

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Doutorado em Saúde Pública

**Desenvolvimento e Validação de um Instrumento
de Informação para a Assessoria do Programa de
Controle de Infecção às Decisões do Dirigente
Hospitalar**

Tese de Doutorado

Sandra Suzana Prade

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro, 2002.

*Aos meus filhos Yanna e Yargo que me motivam
a lutar por um mundo e um futuro melhor;
a Deus, por permitir realizar mais uma etapa de minha evolução nesta
estada;
aos amigos, pelo sentimento fraterno que apóia, reconforta e fortalece,
encorajando a concretizar sonhos e aspirações; e,
aos colaboradores que auxiliaram a consolidar idéias e realizações.*

Lista de Quadros

	página	
Quadro 1	Características das informações para inclusão no SIG de acordo com sua aplicabilidade nos níveis da tomada de decisões	98
Quadro 2	Perfil de características dos tipos de direção hospitalar e estilos de dirigentes	106
Quadro 3	Classificação dos coeficientes de sensibilidade e especificidade para observações dos examinadores do formulário a e b em relação às medidas correspondentes para melhoria do desempenho	149
Quadro 4	Escala de Concordância de Kappa	149
Quadro 5	Quadro de respostas dos dirigentes hospitalares à entrevista estruturada sobre as ações e interações com o PCIH. RJ março, 2002.	162
Quadro 6	Quadro de decisões dos dirigentes para as questões do relatório de informações	163
Quadro 7	Avaliação da satisfação dos dirigentes em relação ao relatório de informação do PCIH.RJ, 2002.	164
Quadro 8	Avaliação da satisfação dos gerentes do PCIH em relação ao relatório de informação do PCIH.RJ, 2002.	165
Quadro 9	Interpretação das respostas dos dirigentes.	171

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição Percentual dos coeficientes de concordância Kappa entre os examinadores dos formulários a e b. RJ, dezembro, 2001.	158
Tabela 2	Distribuição Percentual dos coeficientes de sensibilidade na medida de validade de aplicação dos formulários a e b. RJ, dezembro, 2001.	158
Tabela 3	Distribuição Percentual dos coeficientes de especificidade na medida de validade de aplicação dos formulários a e b. RJ, dezembro, 2001.	159
Tabela 4	Distribuição Percentual dos coeficientes de acurácia na medida de validade da aplicação dos formulários a e b. RJ, dezembro, 2001.	159

Lista de Gráficos

	Página	
Gráfico 1	Coeficiente de concordância (Kappa) entre sete examinadores para classificação de infecção hospitalar. RJ, 2001.	152
Gráfico 2	Coeficiente de concordância (Kappa) entre sete examinadores para classificação da função de antibióticos . RJ, 2001.	153
Gráfico 3	Coeficiente de concordância (Kappa) entre sete examinadores para classificação de cirurgias. RJ, 2001.	153
Gráfico 4	Validade da classificação das infecções hospitalares por sete examinadores. RJ, 2001.	154
Gráfico 5	Validade da classificação da função dos antibióticos por sete examinadores. RJ, 2001.	155
Gráfico 6	Validade da classificação das cirurgias por sete examinadores. RJ, 2001.	155
Gráfico 7	Confiabilidade entre sete examinadores para o formulário b- de avaliação do desempenho das ações do PCIH. Brasília, 2001.	156
Gráfico 8	Validade das avaliações de desempenho, Brasília, 2001.	157

Lista de Figuras

Figura 1	Elementos de um processo, ou uma cadeia cliente-fornecedor	32
Figura 2	Macrofluxo de Processos da Assistência Hospitalar	36
Figura 3	O fenômeno epidemiológico das infecções hospitalares e seu controle	57
Figura 4	Fluxo de interação da CCIH com o SCIH	62
Figura 5	Fluxo da interação dos atores da assistência hospitalar	107
Figura 6	Modelo Estrutural das Ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar	115
Figura 7	Fluxo detalhado das etapas metodológicas e estratégias do estudo	126

Sumário

	Página
Agradecimentos	i
Lista de quadros e tabelas	ii
Lista de gráficos e figuras	iii
Sumário	iv
INTRODUÇÃO	1
1.1. Estado da Arte e o Escopo do Problema	9
1.1.1. Das condições existentes no Setor Saúde brasileiro	9
1.1.2. Os atores da assistência e a qualidade hospitalar	12
1.1.3. A eficiência e eficácia do PCIH	13
1.2. Justificativa	16
2. Revisão da Literatura e referencial teórico	19
Capítulo I- O hospital, a assistência prestada e seus atributos	21
1.1. Organização e funcionamento	21
1.2. Formas de atuação no sistema de saúde	26
1.3. A assistência hospitalar	29
1.4. A qualidade assistencial	37
1.5. A direção hospitalar	44
1.5.1. Os conhecimentos necessários e o preparo para a função	51
Capítulo II- O gerenciamento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e a melhoria da qualidade assistencial	53
2.1. Historicidade do problema e das soluções	53
2.2. Por que um Programa de Controle de Infecção Hospitalar	54
2.3. Âmbito de atuação do Programa de Controle Infecção Hospitalar	56
2.4. Princípios gerenciais do PCIH e sua assessoria ao dirigente	59
2.5. A função do PCIH na melhoria contínua da assistência	64
Capítulo III- A informação que apóia a decisão e movimenta a qualidade assistencial no hospital	67
3.1. O processo de informação para apoiar decisões	67
3.1.1. dados	70
3.1.2. informações	71
3.1.3. comunicação	75
3.1.4. conhecimentos	77

3.1.5. decisão	78
3.1.6. mudança	83
3.2. As diferentes formas e estratégias de obtenção de informações para gerenciamento e apoio às decisões	84
3.2.1. Avaliação de Programas de Saúde	85
3.2.2. Avaliação de Qualidade	87
3.2.3. Avaliação de Desempenho	88
3.2.4. Avaliação Tecnológica	89
3.2.5. Estratégias de Avaliação	90
3.2.5.1. Vigilância Epidemiológica	90
3.2.5.2. Monitoração	91
3.2.5.3. Estudos epidemiológicos	92
3.3. Sistemas de Informação Gerenciais	93
3.4. Requisitos das informações por nível administrativo nas organizações	96
Capítulo IV- A qualidade assistencial do hospital através da informação transversal do PCIH.	101
4.1. Dinâmica da assistência e seu desempenho com qualidade	101
4.2. Os agentes da assistência e sua atuação proficiente	105
4.3. O PCIH efetivo e eficaz	112
4.4. Informações válidas e confiáveis que revelam o hospital através do controle de infecção em quatro dimensões	118
3. Objetivos	123
4. Pressupostos	124
5- Material e Métodos	125
5.1. Plano de desenvolvimento	126
5.2. Procedimentos, técnicas, métodos e estratégias da pesquisa	127
5.2.1. Primeiro momento metodológico	127
5.2.2. Segundo momento metodológico	133
5.3. Amostra e critérios de inclusão/exclusão	134
5.4. Os instrumentos	136
5.5. Coleta de dados	145
5.6. Unidades de análise	146
5.7. Plano de análise dos dados	146
5.8. Critérios	148
5.9. Limitações do Estudo	150
6. Resultados	151

7. Discussão	166
7.1. Do instrumento de coleta dos dados	166
7.2. Do processo avaliativo ao relatório de informações- piloto	168
7.3. Do dirigente	169
7.4. Do gerente do PCIH	173
7.5. Do Sistema de Informações <i>OConsultor</i>	174
CONCLUSÃO	176
9. Referências Bibliográficas	185
10. Resumo	193
11. Abstract	194
Anexos	195
Anexo 1	196
Anexo 2	199
Anexo 3	218
Anexo 4	219
Anexo 5	220

INTRODUÇÃO

A situação que orienta esta pesquisa tem origem nos problemas identificados referentes ao insuficiente conhecimento e informações sobre o desempenho do gerenciamento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e a assessoria prestada ao dirigente do hospital. O resultado disso pode ser observado na insuficiência de decisões e ações intra e interdisciplinar, que, conjuntamente, perpetuam o problema das infecções hospitalares (IH), que tem caráter sistêmico no hospital e características de uma lacuna.

Tais fatos suscitam responder à questão, assim delineada na seguinte pergunta: Será que um sistema de informações que fornece visibilidade sistêmica da qualidade da assistência hospitalar, orientada pelo conteúdo do PCIH, pode gerar um produto que satisfaça o dirigente hospitalar nas necessidades de apoio estratégico para decisões adequadas?

A assistência hospitalar é definida por estudiosos organizacionais e da área social, como uma atividade complexa, devido ao processo de interação entre os saberes profissionais, apoiados pelas condições físico-estruturais e orientados para o alívio da dor e restauração da saúde das populações.

Neste cenário de tradicional centralização de atenção da saúde, vários atores¹ interagem e, todos são importantes, mesmo sob a hegemonia médica, o que garante o direcionamento das tendências assistenciais *pari passo* com o desenvolvimento da indústria tecnológica e farmacêutica. Mas, a despeito desta condição, no hospital, é a ação do conjunto que define a qualidade de sua assistência. Qualidade esta que vem sendo o alvo das melhores intenções, esforços e movimentos de estudiosos, administradores, gestores e ainda, de muitos profissionais da área.

O contexto hospitalar pode ser estudado sob muitos pontos de vista. Olhando-o como prestador de serviços, sua missão básica, é a de prestar assistência secundária ou curativa, de boa qualidade aos que dela necessitem (Leavell & Clark, 1976). Salienta-se, neste sentido, a melhor forma de prestar um serviço individualizado, que contemple as

¹ Atores são, aqui, todas as pessoas que participam da assistência hospitalar, quer como profissionais, quer como usuários, mediadores, gestores, fornecedores, etc, porque cada grupamento representado neste sistema desempenha papel diferente dos demais, compondo-o.

diferenças, cuja qualidade depende da manutenção do equilíbrio entre os diversos serviços e saberes no seu interior.

O objetivo da assistência hospitalar se consolida através do emprego de técnicas e métodos para diagnóstico e terapêutica, cuja finalidade é a de devolver cidadãos em melhor estado de saúde ou curados, à sociedade. Por outro lado, o seu fracasso pode significar a morte ou a instalação de iatrogenias² ou eventos adversos³, com variáveis graus de magnitude e gravidade.

De acordo com o maior ou menor grau de governabilidade e controle da qualidade no setor saúde, estes eventos podem estar presentes em variados graus, na vida individual e coletiva das populações assistidas, porque destacam, entre outros deveres do Estado, o grau de respeito e consideração dedicado ao ser humano e cidadãos daquele contexto social, no qual se localiza o hospital. Este nível de consideração pode ser verificado através do conteúdo das políticas de saúde e das medidas de qualificação e vigilância dos processos assistenciais que estão ativas no sistema.

Para autores, como Donabedian na saúde (Donabedian, 1966; 1980), e Juran e Deming na indústria e comércio (Berwick, 1994), e tantos outros, a qualidade é um atributo do êxito de qualquer atividade, quando é boa ou ótima, de fracasso ou de falência, quando é ruim ou péssima, seja na produção ou na prestação de serviços.

Ao aprofundar esta abordagem, buscando melhores explicações e compreensão sobre a qualidade da assistência, pode-se verificar que aquele hospital que se orienta para a sobrevivência e a prestação de bons serviços, quer público ou privado, passa à burocratização dos seus processos e instala a idéia de monetarização de todas ações e movimentos, privilegiando, sobretudo, o lado econômico. Desta forma, é comum confundir qualidade na prestação da assistência hospitalar com lucratividade máxima.

Naturalmente que a qualidade não é só um resultado econômico, e não se pretende neste momento abordar tal enfoque. No campo da assistência, a qualidade é a habilidade, rapidez e precisão com que se diagnostica problemas de saúde e os trata.

Aqui cabe então, uma indagação:

Como pode ser verificada esta qualidade, quando existem tantos fatores envolvidos?

² iatrogenia é o efeito indesejado de uma atividade assistencial, segundo Holanda (1990).

³ eventos adversos são ocorrências indesejadas decorrentes da atividade assistencial ou de acidentes que ocorram durante a estada neste ambiente.

Pode-se tentar responder, iniciando estudos pelos atributos da qualidade. Tais atributos trazem consigo um conjunto de requisitos, que são atitudes, decisões, comportamentos, hábitos, motivações, disponibilidade contínua de recursos, manutenção de propósitos e consciência social, ética e humanitária, os quais necessitam ser levados em consideração quando se trata de “qualidade da assistência hospitalar”.

Hoje, encontram-se inúmeras iniciativas de qualificação da assistência, através da acreditação de hospitais, da avaliação com múltiplos enfoques na gestão da qualidade, na auditoria, no programa de “reciclagem e treinamento”, e tantas outras. Não obstante, são encontradas tais iniciativas isoladas ou superpostas nestes tipos de organizações.

Freqüentemente, os programas de qualidade são introduzidos no serviço público verticalmente, sem atendimento de necessidades individuais e internas de cada hospital. Constata-se, *a posteriori*, que aquela iniciativa “não vingou”, quando se verifica que os poucos representantes deste tipo de movimento, no interior da organização, estão isolados, sem entrosamento, e cumprindo apenas algum protocolo burocrático que satisfaça a iniciativa que representam. Claro e evidente que este programa de qualidade, além de não alterar nenhum padrão da assistência, ainda sofrerá o descrédito dos trabalhadores e dirigentes que não se envolveram no processo, possivelmente pela falta de habilidade, estratégias, táticas e, principalmente, de conhecimento dos “profissionais da qualidade”.

A assistência hospitalar é uma atividade complexa, porque envolve muitas variáveis e variações, mas é preciso compreendê-la como um sistema que interage internamente, mas também externamente com a comunidade, com o sistema de saúde e outros.

Neste modo de olhar, vai-se encontrar o dirigente do hospital em meio às decisões, tentando resolver problemas, adotando estratégias e negociações, mas também, conduzindo e se envolvendo com os demais atores e serviços do processo de um trabalho que não depende de cada um, mas da contribuição harmônica e conjunta de múltiplos conhecimentos e práticas, dispostas em diferentes dimensões, pelos 36 grupos de profissionais da saúde que trabalham na consolidação da assistência hospitalar (Ministério da Saúde, 1997).

A expressão da qualidade da assistência não se restringe à aplicação e adestramento do pessoal em modelos e dogmas por um grupo reduzido de “gerentes da qualidade”, mas na consciência de que é um trabalho complexo, demorado, coletivo e

gradual, que requer persistência nas estratégias e depende da clara compreensão e disposição de todos os participantes no processo. Para que isso ocorra há necessidade de conhecer o quadro da realidade deste processo em seu melhor detalhamento, e de ser estudado, conjuntamente, pelos operadores, gerentes e o dirigente. A partir da conscientização dos fatos é provável que suscitem sentimentos de responsabilidade, vergonha, e finalmente, o compromisso e disposição em participar das mudanças necessárias e compreender como se age sob estado de contingência. Mas, naturalmente, nada será tão rápido e muito menos fácil, porque um dos pontos fundamentais da mudança está localizado na cultura organizacional.

Ao olhar a cultura organizacional dos hospitais de modo geral, vai-se encontrar um estado de coisas e modos de agir diferentes, naqueles de natureza pública e privada.

O grau de proficiência⁴ assistencial será melhor ou pior, a depender do esforço de direcionamento que lhe é dado pelo seu representante máximo, para cumprir as políticas institucionais assumidas, e também, produzir as mudanças pertinentes na cultura organizacional estabelecida⁵. Mintzberg (1995), aponta que a quebra de resistência às mudanças e a ampliação de conhecimentos e habilidades, durante a vida profissional, seria mais bem sucedida se fosse melhor despertado o senso de responsabilidade dos profissionais em servir o público, mas, se fracassasse, então a pressão deveria se exercer sobre as associações profissionais. Obviamente, isso se dá nos países onde estas desfrutam de força política.

Tudo porque, para a prestação de serviços, participam conjuntamente todos os atores dos serviços assistenciais, de apoio e de direção, os quais integram e vivificam os processos e macroprocessos assistenciais no hospital. O volume de interações e o grau de integração dessas, além de demonstrar a complexidade, localiza os pontos cruciais da assistência, que demonstram, por suas falhas ou desajustes, os gargalos ou estrangulamentos do fluxo assistencial interativo, os quais constituem pontos problemáticos, que, por sua vez, repercutem na qualidade da prestação dos serviços e

⁴ Que tem perfeito conhecimento; competente, capaz. Holanda, (1990).

⁵Tal cultura, a que Malik (1992) se refere, é “o conjunto estruturado de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna. Se estes pressupostos foram validados pela prática, devem ser ensinados aos membros da organização como a forma correta de perceber, pensar e sentir com relação àqueles problemas”.

devem ser solucionados. Isto pode ser verificado em qualquer tipo de hospital, independente de sua natureza.

Da identificação dos pontos cruciais da interação entre atores e serviços criam-se indicadores mais focalizados, que revelam o estado de coisas: o *status quo* daquele hospital em particular. Conforme o motivo da produção desta informação e o nível gerencial que a utiliza, poderá estimular e motivar a tomada de decisões e ações que permeiem, não só o hospital, mas repercutam também na rede hospitalar, ou qualquer outro âmbito.

O desafio posto por Malik e Vecina Neto(1990), e lembrado por Grabois e Sandoval (1993), é de conhecer as causas que contribuem ou determinam o funcionamento ineficiente e ineficaz das organizações hospitalares. No entanto, se o raciocínio de busca destas causas se deslocar dos indicadores de resultados, para o interior do processo produtivo ou da prestação dos serviços, pode-se então entender como se desenvolvem os microprocessos que os compõem e ali solucionar problemas, indesejados por todos.

A contribuição deste modo de olhar e ver pode, além de interferir na organização em si, transmitir-se em outros âmbitos do sistema a que pertence. Mas este instrumental é somente uma estratégia que deve possibilitar a análise causal dos acontecimentos e facilitar a compreensão coletiva sobre a responsabilidade e a necessidade de intervir.

Partindo deste raciocínio, vai-se identificar na figura do dirigente hospitalar, aquele que é o responsável pela qualidade da assistência prestada no hospital, porque ele detém poderes e responsabilidades cívicas, penais e nas relações de consumo, sobre todas as ações ali realizadas, além da responsabilidade de conduzir o hospital dentro das diretrizes de saúde do sistema e alinhá-las no interior da organização (Barbosa e Lima, 1996). No entanto, ao estudá-lo, deve-se considerar marcantes diferenças de requisitos para atuar na direção de hospitais, quer de natureza pública ou não.

Notadamente, são duas lógicas que distinguem a direção destes dois tipos de hospitais no Brasil: uma é a de mercado e a outra é política, mas independente da lógica que orienta o estilo de direção hospitalar, é seu dirigente o responsável legal por todas as ações e resultados delas advindos.

Mas haverá distinção no comportamento desses em relação aos resultados assistenciais?

Há, segundo Cremadez (1992), Novaes e Motta (1996), Cherubin (1993), Malik (1996), e outros. A orientação pelo mercado sugere profissionalização, competitividade, sobrevivência e a dependência à satisfação dos clientes. E como este tipo de orientação

necessita de tecnologia cara e de ponta para atrair clientela, muitas vezes o investimento torna-se maior que as receitas, e então recorre-se à prestação de serviços ao governo para garantir uma receita fixa e previsível, mesmo sob a queixa de insuficiente.

Enquanto, por outro lado, na lógica de orientação política sugere-se forte jogo de interesses; pouca ou nenhuma profissionalização ou prestação de contas. O incrementalismo e a improvisação são freqüentes meios de planejamento e programação. Advém daí problemas de diferentes ordens, que existem e precisam ser enfrentados.

A despeito dessas posições e com base no direito à assistência do cidadão brasileiro, garantida pela Constituição (Brasil, 1988), qualquer que seja a aspiração do dirigente (autonomia, liderança de mercado, etc), deverá estar garantida a qualidade da assistência em nível da prevenção de iatrogenias e eventos adversos, que são indicadores medulares neste tipo de prestação de serviços.

A questão da qualidade da assistência tem múltiplas faces e pode-se a grosso modo, apontar algumas que compõem grandes eixos temáticos, que se referem:

- ❖ A defesa dos direitos e a satisfação da população;
- ❖ a delegação maciça do atendimento hospitalar a médicos residentes sabido o seu despreparo para um desempenho com qualidade;
- ❖ a avaliações e decisões do governo no descredenciamento ou interdição de hospitais, sem a menor qualidade de operação;
- ❖ a pressões da indústria tecnológica e do *lobbying*;
- ❖ ao conhecimento e consciência dos gestores e suas equipes, sobre a verdadeira qualidade da assistência, sem demandar nenhum centavo a mais.

Hoje existem muitos métodos e modelos gerenciais à disposição. No entanto, aqueles de visão sistêmica e ação democrática e integrada têm mais chances de resolver problemas e avançar evolutivamente. Exemplifica isto o “*gerenciamento de processos*”, que

derruba barreiras entre as áreas da organização, elimina feudos e promove a “*administração baseada em evidências*” (Axelsson, 1998), “*a administração estratégica*” (Ansoff, 1990), o “*aprendizado organizacional*” (Senge, 1990) ou outros modelos.

A qualidade dos serviços constitui-se num dos parâmetros essenciais para avaliação da eficiência dos recursos empregados. Para Grabois (1993),

“esta qualidade dos serviços de saúde ressentiu-se muito da carência de recursos para investimentos no aperfeiçoamento dos profissionais, sendo também objeto de distorções, induzidas pelo padrão vigente de determinar atos médicos, mas reconhece-se que mais dinheiro não significa melhor qualidade, e que instrumentos de avaliação desta qualidade devem ser postos em prática”.

A tecnicidade crescente e os desafios financeiros e sociais do hospital não permitem mais que se confie a sua direção a uma pessoa sem competência gerencial, e que não disponha do tempo necessário ao exercício desta função (Grabois & Sandoval, 1993; Cherubin, 1993).

Ao que Junqueira (1992) relata necessitar de pessoa de decisão que saiba ler as informações produzidas no hospital ao invés de “*discursar e praticar o apaga incêndio, que é comum no serviço público*”, porque segundo ele “*a administração é improvisada*”.

Desde a promulgação da Portaria 196 (Brasil, 1983), a administração hospitalar, no Brasil, ganhou virtualmente uma “*assessoria*”⁶. Tal ato define, desde então, que o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) tem essa e também a função de vigiar o fenômeno das infecções hospitalares. Ao longo desses quase 20 anos, adaptações à legislação da saúde e em adequação às descobertas científicas modificaram a estrutura e conteúdo deste programa, mantendo no entanto, as funções básicas.

A partir da legislação a configuração do PCIH pôde ser delineada em atividade: gerencial na prevenção e controle do fenômeno epidemiológico e de assessoria.

O gerenciamento deste Programa abrange todos os processos assistenciais, permeando-os, nas questões referentes à qualidade do proceder que envolve, riscos e seus efeitos indesejados. Na medida em que vigia os efeitos dos procedimentos de risco

para infecção hospitalar, intervêm ajustando-os, para minimizar a presença dessa iatrogenia.

Desta maneira, o controle se estabelece, por um lado, limitando a disseminação dos microrganismos causadores de infecções a partir de focos conhecidos destes e, por outro, na prevenção, evitando a entrada de microrganismos onde eles não existem, e se forem inoculados causam danos em órgãos vitais e até a morte. Muitos procedimentos, táticas e estratégias são passíveis de aplicação para ajustar e manter o máximo equilíbrio e alto desempenho assistencial. Os efeitos das intervenções podem ser cientificamente observados, em variados graus de abrangência e profundidade. Por este conjunto de fatores, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar é considerado o mais antigo e importante programa de qualidade da assistência hospitalar.

A assessoria prevê, segundo Mintzberg (1995), que as atividades desta não fazem parte da hierarquia e não há subordinação do grupo operacional ou de gerentes intermediários. Tem a função de analisar a organização, treinar operadores, sugerir mudanças e outras questões referentes à produção e análise de informações.

A assessoria tem a função de produzir informações visando oferecer alternativas e apoiar as decisões de intervenção no processo, tanto do dirigente, como dos serviços do hospital, e deve sua existência ao volume e pertinência dessa necessidade. Assim sendo, para delinear um perfil amplo da assistência e ressaltar os pontos destoantes em relação aos padrões de qualidade desejados, é necessário incluir os indicadores gerais e também focar as demais dimensões da atividade meio e fim do hospital.

Para assessorar é necessário informar. Para informar é necessário, todavia um sistema de informações, capaz de abranger as instâncias de atuação do tema. Não bastando isso, também o instrumento que recolhe dados para este sistema deve estar orientado e afinado, válido e confiável, para que as decisões decorrentes sejam pertinentes e adequadas no desenvolvimento e na melhoria dos serviços.

A prática científica de assessoria encontra princípios similares nas atividades “*baseadas em evidências*”, pois, a partir do estudo de cada realidade local e identificação de problemas, buscam-se alternativas já experienciadas com sucesso, que, após as adaptações necessárias, são também experimentadas sob rigorosa observação

⁶ Assessoria é mais discutida no capítulo II- item 2.4. Os princípios gerenciais do PCIH e sua assessoria ao dirigente.

científica. Os resultados, posteriormente, são analisados e divulgados, independentemente do teor de sucesso desses (Axelsson, 1998).

O que se está propondo tem maior aproximação com os princípios de melhoria contínua (Gilmore e Novaes, 1996), porque a presença de problemas é constante e a sua solução obedece a prioridades, que se revezam indefinidamente, pois enquanto a assistência for prestada, eventos adversos e iatrogenias são passíveis de existir e serão, obrigatoriamente, alvos de atenção permanente e intervenção.

Motivada pela pretensão de melhorar o desempenho do hospital, através do incremento gerencial do PCIH, julga-se que a construção de “mais um” sistema de informações seja o ponto crucial dessa contribuição, mas também o ponto inicial de uma nova forma de ver e tratar o tema, em múltiplas dimensões relacionadas. Nesta construção está contido o propósito avançado de melhoria contínua do gerenciamento do PCIH e sua assessoria ao dirigente do hospital, tentando efetivar o imprescindível apoio às decisões.

O trabalho é desenvolvido partindo-se da análise situacional do tema no País e no mundo, através da descrição do estado da arte e do escopo de abrangência do problema.

Como o objeto deste é limítrofe entre três áreas do conhecimento, julgou-se necessário incluir uma extensa revisão da literatura, proporcionando aos leitores, profissionais de uma das áreas, conhecer as demais para possibilitar a emissão de análises e julgamentos. Esta revisão contempla os temas da assistência hospitalar, o hospital e seu dirigente; o Programa de Controle de Infecção Hospitalar e a informação como instrumento de assessoria. Segue-se a esta revisão um capítulo no qual estabelece-se a base teórica que se assumiu ao desenvolver a presente proposta. O método descreve o desenvolvimento do instrumento e estudos de validade, confiabilidade, limitando-lhe a aplicação na realidade prática, a estudos sobre os efeitos preliminares do sistema de informações junto aos atores dessa ação.

1.1. O Estado da Arte e o Escopo do Problema

1.1.1. Das condições existentes no Setor Saúde brasileiro

A história do aparato estatal no Brasil, e seus reflexos na gestão do setor saúde privilegiam o modo patrimonialista, clientelista e centralizador para o seu

desenvolvimento, financiando o setor privado para lhe comprar, posteriormente, os serviços, disponibilizando seu aparato burocrático ao interesse desse setor. E, nesta perspectiva, organizações são criadas, acomodando interesses privados, que muitas vezes não se articulam entre si, porque não convém a esses interesses a racionalização de recursos públicos. A lógica que prevalece é a da burocracia e das corporações e os recursos são freqüentemente distribuídos com critérios que privilegiam os interesses particulares e a sobrevivência de organizações privadas (Almeida, 1995).

A partir da Constituição de 1988, consolida-se o dever do Estado na prestação de serviços de saúde à população. No entanto, não basta que exista o direito legislado, mas que, na prática, os serviços apresentem competência técnica e administrativa, sem o excesso de burocratização, e ofereçam os serviços dentro dos princípios de qualidade.

A iniciativa a seguir é a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990) que irá regular toda a reforma do setor. Junqueira (1992), quando do preparo de texto para a IX Conferência Nacional de Saúde, apontava que a baixa qualidade e ineficácia dos serviços públicos de saúde no País não podiam ser somente relacionadas às más condições de trabalho, aos baixos salários, à falta de recursos humanos, mas referia os gargalos ou estrangulamentos causados na inter-relação entre estes fatores, atribuindo-os à ausência de regulação e direcionamento do sistema.

Uma década após, mesmo sob a regência de Normas Operacionais que regulamentam o modelo sanitário e as formas de proceder, ainda se mantém forte tendência à centralização, enunciada pelo federalismo e a autonomia dos estados e municípios, que se observa também nas relações do sistema de saúde.

O contexto democrático que foi se consolidando na última década estabeleceu forte imperativo para a sobrevivência e competitividade política que tem no julgamento do eleitorado/população o grande estímulo para “um bom governo”, como esclarece Costa (2000). A partir dessa crescente dependência da opinião pública, o modelo administrativo mais flexível dos hospitais, do setor público, começou a ser experimentado, a tal ponto que em 1999, dentre 23 hospitais públicos estudados, no eixo Rio-São Paulo, 47,8% das administrações já experimentavam o modelo flexibilizado, perante uma maioria, ainda burocratizada.

A falta de autonomia do hospital público é apontada repetidas vezes durante a última década como a responsável pelas dificuldades de gestão (Barbosa e Lima, 1996, Junqueira, 1992). No entanto, já se pode verificar que 40,9% dos hospitais participantes

de um estudo de Costa (2000), já possuem autonomia orçamentária; 45,5% autonomia gerencial, e 31,8% já têm autonomia na gestão dos recursos humanos. Outrossim, não são conhecidas, as alterações na qualidade assistencial resultante destes avanços, como a redução de desperdícios e iatrogenias, a melhora no desempenho e a taxa de resolutividade, por exemplo.

Grabois (1993), defende não apenas a autonomia, mas acrescenta ser necessário um mecanismo de responsabilização do dirigente em relação aos resultados obtidos, como forma de melhorar seu desempenho.

Valoriza-se cada vez mais a realização de procedimentos (porque, mesmo em valores abaixo do mercado, o SUS os paga) deificando os meios, mas verificam-se cada vez menos, se a mobilização desses meios produziu ou não saúde.

Neste sentido, a ausência de um modelo assistencial de base epidemiológica e de uma política mais global de planejamento da assistência ou da estrutura médico-hospitalar (Grabois e Sandoval, 1993), está associada à lacuna avaliativa da qualidade processual, verificada na assistência hospitalar, a qual poderia estar monitorando a consecução dos seus propósitos e a magnitude dos efeitos indesejáveis.

Exemplo disso pode ser verificado nas avaliações de credenciamento hospitalar, no Brasil, e nelas o controle de infecção hospitalar é só um dado, sem que seu mérito mereça considerações. Outro conhecido exemplo pode ser apontado no credenciamento do “Hospital Amigo da Criança”, iniciativa da Unicef, para estímulo ao aleitamento materno e redução da mortalidade neonatal, no qual inexistente qualquer exigência, de haver um PCIH atuante ou eficaz, já que se sabe ser, o recém-nascido, o paciente brasileiro mais suscetível de infecção hospitalar (Prade, et al. 1995a).

O grande motivador de um processo de informação (ou, no mínimo, de prestação de contas) na área de saúde parte dos financiadores da área da saúde, que passam a querer saber pelo que pagam. E nos perguntamos: a que tipo de prestação de contas o dirigente hospitalar está obrigado, no Brasil? Parece não haver resposta bem definida, mesmo a legislação definindo a transparência, a participação ampla dos atores e a prestação de contas pública, o entendimento e prática destes propósitos ainda não se concretizaram no sistema de saúde, além de uma ação mecânica e desprovida de análise.

Numa busca de dados para estudar as possibilidades de coletar dados de infecção hospitalar a partir dos Sistemas de Informações do SUS (Prade e Vasconcelos, 2001), não foi possível criar qualquer informação a partir destas fontes.

Um problema básico desses sistemas de informação se refere a sua formulação e implantação vertical (de cima para baixo) no sistema de saúde. Exemplifica isso, a Portaria GM-MS 212 (Brasil, 1999) que implanta o campo da AIH para preencher se o paciente teve ou não infecção hospitalar. Além de nunca ter sido avaliada sua utilidade, também nunca foi processado, possivelmente por falta de preenchimento, e tão pouco está disponível.

1.1.2. Os atores da assistência e a qualidade hospitalar

Estudiosos como Novaes e Motta, (1996), Azevedo (1995), Grabois e Sandoval (1993), Junqueira (1992) e Junqueira e Inojosa (1992), e Cherubin (1993), entre outros, relatam que predomina no hospital, como dirigente, um médico com larga experiência na área técnica, porém amador no cargo. Tem mínima formação para a direção e desconhece técnicas e estratégias gerenciais, de planejamento, de leitura da organização através das informações disponíveis, de economia, administração e visão empresarial. Presumem que sua experiência técnica, o senso comum e sua prática de líder de equipe sejam suficientes para um bom desempenho, na direção do hospital. Entre táticas e estratégias, acomodam interesses e apoios numa colcha de retalhos incremental, a que chamam, quando o fazem, de plano institucional. Também há consenso de que este tipo administra com técnica de improvisação. Costa (2000), relata que 52% dos hospitais têm uma gestão burocrática em 23 hospitais do eixo Rio-São Paulo.

Os problemas deste tipo de gestão incremental, ou mesmo *laissez-faire*⁷, não há um plano orçamentário para o hospital, e de acordo com a onda política os recursos são locados nas equipes que apóiam o dirigente, ou são mais destacados, influentes, etc, e cujas práticas gerenciais se associam ao tipo já referido de improvisação, em face da emergência.

Grabois (1993), alerta que para a administração de organizações complexas, como os hospitais, os profissionais devem ter formação exclusiva e diferenciada para apreender o conhecimento necessário deste tipo de gestão. E também reclama inexistir a cobrança de um nível de profissionalização do dirigente similar ao exigido do médico,

⁷ Neste tipo de gestão não há plano, não há coordenação e cada um faz como quer e o que quer (Chiavenato, 1983).

referindo que este aspecto na área pública apresenta retardo importante em relação a muitos outros países.

Novaes e Motta (1996), apontam grandes problemas do diretor sem preparo, referindo-se à insuficiência de experiência técnica; à insuficiência de sentido comum; e, insuficiência da prática em posições de liderança, que cursos de especialização poderão suprir.

De outro modo, para abordar a qualidade do desempenho dos profissionais durante o exercício da assistência hospitalar, parte-se da conclusão de Campos (1997), referindo que a prática médica, *“tanto no processo de formação, como a experiência institucional dos profissionais, exercem um duplo efeito sobre suas subjetividades: não somente os treinam a se relacionarem com sujeitos degradados à condição de objeto, como reforçam sua alienação e desmotivação. São agentes produtores burocratizados com baixo grau de compromisso e de responsabilização”*. Quanto à enfermagem, há um acomodamento e defasagem intelectual, em função do número de empregos necessários para conseguir a sobrevivência, porque os salários são os menores deste mercado.

1.1.3. A eficiência e eficácia do PCIH

Abordando a situação do programa de saúde, que trata da manutenção em níveis mínimos do evento adverso ou iatrogenia infecção hospitalar, nos hospitais do País, vai-se encontrar diferentes enfoques que demonstram o problema de sua ineficácia.

Passadas quase duas décadas de investimentos oficiais na estruturação reguladora e fiscalizadora desta área profissional, tanto o gerenciamento do PCIH, quanto à assessoria ao dirigente hospitalar ainda são incipientes e imperceptíveis. Inúmeros fatores concorrem para isso.

A primeira iniciativa de se verificar o impacto nacional, causado pelos primeiros movimentos de construção deste conhecimento e práticas, ocorreu em 1994 (Prade et al, 1995 a, b), demonstrando o que segue:

- As infecções hospitalares prevalecem em 13% dos pacientes internados nos hospitais terciários (os mais complexos e de risco), enquanto a média mundial, por prevalência, está entre 8 e 10%, mas cerca de 39% dos pacientes já internam infectados, e representa uma grande parcela da demanda ao hospital;

- o sítio de infecção mais prevalente é o respiratório e quando associado ao uso de tubo endotraqueal, traqueostomia e respirador, o que aumenta o risco em cerca de 8 a 11 vezes mais em adquirir infecção hospitalar. Se for urinária, com a presença de cateter, o risco de infecção hospitalar também aumenta em 11 vezes. De acordo com o tipo de drenagem urinária, o risco aumenta em 24 vezes se for drenagem aberta, prática defasada, mas ainda em uso no Brasil;
- naquele Estudo Brasileiro (idem) as infecções hospitalares são mais prevalentes na região Sudeste (16%) e nos hospitais públicos (18%); para crianças na faixa etária de até 30 dias (22%), e desta até um ano de idade (25%). Predominando, portanto, a suscetibilidade maior no primeiro ano de vida;
- a ocorrência destas infecções está concentrada nas unidades de terapia intensiva, onde ocorrem 25% de todas das infecções hospitalares e na neonatal, que já em 1994 era a mais prevalente do País, pois 46% dos internados estavam com IH. Igualmente, a UTI pediátrica e de adultos apresentavam taxas elevadas, ambas com 32%, e nada foi incrementado para que este quadro mudasse;
- Metade dos pacientes estudados (total de 8642) dos hospitais públicos e das regiões brasileiras, exceto a Sul, recebiam antibióticos sistêmicos no dia do estudo e somente 29% dos hospitais declararam implantada alguma política do controle de antibióticos e no entanto, só 10% tinham os microrganismos das infecções identificados;
- O tempo médio de internação dos pacientes com infecção hospitalar no estudo foi de 21 dias, e os pacientes sem infecção foi de 10 dias, enquanto o SUS declara ter uma média nacional de 6 dias de internação;
- Os gastos desta diferença e as fontes de recursos para cobri-los não foram estudadas em nenhuma investigação deste âmbito, assim como a mortalidade e a letalidade por infecção hospitalar;
- Acresce-se ainda que as ações referentes ao dirigente foram encontradas como a de menor desempenho nacional (15%), entre 13 áreas temáticas de desempenho das ações de controle de infecção hospitalar. No desempenho geral dos 99 hospitais terciários brasileiros a média de 35% foi considerada insuficiente, enquanto estava sendo esperado um mínimo aceitável de 70%.

Outro componente do problema das infecções hospitalares no Brasil, está na área educativa, onde possivelmente encontra-se a causa básica de tais repercussões, porque oficialmente existem não mais que meia dúzia de escolas de saúde com disciplinas referentes ao CIH e são conhecidos raros cursos oficiais de pós-graduação na especialidade. Mas nenhum aborda as ações de gerenciamento do PCIH, apenas as áreas técnicas e científicas são contempladas.

Scheidt (1997) encontrou, em seu estudo sobre a capacitação de enfermeiros do PCIH atuantes em 10 hospitais do Rio de Janeiro, a queixa da “*falta de apoio ao SCIH*” por parte da administração do hospital, mas também uma parcialidade de ações, uma dedicação excessiva à vigilância epidemiológica e o equívoco sobre os elementos que resultam na efetividade das ações.

Os congressos nacionais da área se estabeleceram a partir da Associação Brasileira de Controle de Infecção, desde 1987. Ocorrem a cada dois anos, promovem a difusão de produtos antimicrobianos de uso humano e ambiental e perpetuam uma prática colonialista de trazer americanos do mesmo grupo em todos os congressos. Não há senso comum ou preocupação em criar uma cultura profissional nacional, com perfil brasileiro, como se faz em outros países, buscando solucionar os próprios problemas com as próprias soluções e não importando-as sem avaliação e críticas.

A existência de literatura em português sobre a área é escassa e repetitiva, e limita-se a compêndios que compilam traduções, com algum arranjo e exemplos isolados de práticas nacionais. Tais livros discorrem sobre o conteúdo técnico do PCIH, principalmente os dos países centrais, que apresentam problemas e um quadro epidemiológico bem diverso do nosso (Rodrigues, 1997). Mas, ainda se encontram como representantes da literatura nacional autêntica, resumos de teses e relatos de experiências metodológicas de sucesso (Pereira, 1990; Lacerda, et al, 1996; Gontijo, 1991; Prade, 1988), mas, naturalmente, de baixo impacto.

Caracterizando o perfil do processo de trabalho do PCIH de acordo com o Ministério da Saúde (Prade et al, 1995a), na maioria dos hospitais do Brasil, fica clara uma incipiência crônica caracterizada pelo trabalho:

- Fragmentado, por atuar em parte das atividades;
- segmentado, de acordo com o profissional que é o gerente;

- ineficiente, por não demonstrar resultados na assistência ou serem muito tímidos;
- incapaz de processar, analisar e divulgar informações bem estruturadas e atingir a compreensão dos demais sobre o escopo do problema e provocar alterações; e,
- limitado no conhecimento e nas habilidades gerenciais e de assessoria.

Complementando, cabe ressaltar que o tema só entra na agenda dos tomadores de decisão, quando se transforma em problema, principalmente quando ocorrem grandes surtos letais que repercutem pela imprensa, nacionalmente, porque gestores e dirigentes não estão suficientemente sensibilizados e comprometidos pelo trabalho.

O problema se configura de várias maneiras: por um lado, não existe qualquer sistema de informações deste tema no Brasil, capaz de dar suporte às decisões do dirigente no hospital ou outros níveis do sistema de saúde, e também, de avaliar a eficiência e eficácia do gerenciamento do PCIH. Por outro lado, os atores de que trata este trabalho, não estão suficientemente preparados profissionalmente para interagir na solução dos problemas.

Mediante estes fatos, é possível concluir que as informações do PCIH são mal processadas, provavelmente por desconhecimento dos gerentes, e, em decorrência disso, a comunicação e a assessoria do gerente do CIH ao dirigente hospitalar é insuficiente e inadequada. Mas o dirigente, por sua vez, desconhece a interpretação das informações geradas pelo PCIH. Tais informações se referem à vigilância e avaliação de problemas cruciais na qualidade da assistência hospitalar e são de utilidade no processo decisório, no planejamento e nas intervenções. E, da mesma forma, não solicita uma prestação de contas, como prevê Matus (1997), ou exige proficiência profissional para o cargo de gerente do Programa, porque, provavelmente, desconhece a abrangência da atividade e os critérios do desempenho de um bom Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

1.2. Justificativa

Pela constatação de que as infecções hospitalares constituem um problema de iatrogenia hospitalar de repercussão grave no sistema de saúde; que a ocorrência destas,

por microrganismos multirresistentes, mata com uma rapidez assustadora, principalmente os pacientes imunodeprimidos (Haley, 1986); e que muitas variáveis causadoras e perpetuadoras do problema ainda sem controle, dependem da intenção e interação do dirigente hospitalar e do gerente do PCIH, propõe-se o presente trabalho.

Acredita-se que a situação das infecções hospitalares no Brasil, que é associada a múltiplos fatores, tenha na falta de informações o não reconhecimento da extensão e profundidade do problema.

O presente trabalho encontra razões óbvias quando pretende minimizar problemas iatrogênicos, mortes e salvar recursos do sistema de saúde, na medida em que busca estratégias para o preenchimento de uma lacuna importante na gestão dos serviços prestados nos hospitais brasileiros. Isto porque o problema é relevante e supera expectativas, e, no entanto é quase desconhecido dos brasileiros, dos profissionais e dos gestores.

A qualidade da assistência hospitalar prestada não pode ser apenas observada pela aparência física e presença de equipamentos de última geração no hospital ou pelo número de funcionários, mas, segundo Sá⁸, *“a sociedade valora um problema de saúde dependendo da acumulação que ela tem sobre ele e disso irá depender sua resposta para resolvê-lo”*. Assim, também as infecções hospitalares possivelmente começam a ter sua prevenção e controle valorizadas por autoridades e população, a partir dos efeitos desastrosos, quando o fenômeno então passa a ser visto como um problema e, nesta condição, medidas sanitárias e legais são instituídas, como exemplifica a promulgação da Resolução RCD 48 de 2/6/2000, pela ANVS (Brasil, 2000), que se seguiu aos inúmeros surtos letais de infecção hospitalar em berçários no País. Todavia, medidas legais não resolvem o problema em sua origem, porque é possível que esteja localizado no interior da assistência e no conhecimento dos profissionais que lá atuam.

Se a assistência hospitalar é um serviço, e, como tal, intangível. Então, sua qualidade não pode ser medida pelas tradicionais medidas de produção, como volume de demandas, número de atendimentos e movimento hospitalar. Tangibilizam-se tais medidas avaliando o grau de conformidade das práticas de risco para iatrogenias, em relação às evidências científicas para estas práticas e seus resultados. Evidências essas que compõem os instrumentos de avaliação, como sugere Axelsson, (1998).

⁸ Notas de aula: Disciplina de Planejamento em Saúde-Curso Doutorado-ENSP-Fiocruz-1999, Prof^a Marilena Sá.

Acredita-se que com o incremento das informações do PCIH, através de um sistema exclusivo, possibilite criar suporte de um corpo de informações e conhecimentos para ampliar tanto o desempenho do gerente do PCIH, quanto à visão do dirigente.

A repercussão pode ser verificada na melhoria da qualidade dos serviços prestados no hospital.

Tal esforço também se justifica pelo fato de inexistirem informações e dados consistentes e adequados nos sistemas de informação brasileiros, motivo pelo que o início é no hospital, que é considerado como a célula informacional deste sistema, na possibilidade de ampliação.

Uma outra razão motivadora deste trabalho encontra-se na inexistência de discussão no Brasil, conquanto legislada, das práticas gerenciais e dos mecanismos de assessoria do controle de infecções hospitalares e suas repercussões na assistência hospitalar, o que é inovador e possivelmente inédito, inaugurando campo de debates.

2. REVISÃO DA LITERATURA E O REFERENCIAL TÉORICO

Para melhor localizar o objeto deste estudo e o desenvolvimento de sua proposta buscar-se-á delinear o contexto da ação onde ele ocorre e o *modus operandi* corrente dos atores envolvidos na abordagem, enfocando principalmente a direção hospitalar e as ações de gerenciamento e assessoria do PCIH, bem como as nuances do conhecimento sobre a estratégia instrumental da informação.

Julga-se importante esta abordagem teórica e conceitual para, além de cumprir com o protocolo deste tipo de trabalho, oferecer melhor compreensão quanto às atividades dos atores hospitalares e seus efeitos na qualidade da assistência, para balizarem as observações que se seguem. Ao leitor poderá parecer demasiado extensa tal abordagem, mas julgou-se necessária, uma vez que o objeto deste trabalho permeia diferentes áreas compostas a partir da gestão hospitalar, da produção sistemas de informações por métodos científicos e epidemiológicos e do Controle de Infecção Hospitalar como recente área de saúde no hospital. Igualmente pela necessidade de balizar o seqüenciamento futuro do tema.

Parte-se de uma abordagem sistêmica da assistência hospitalar, indo até seu âmago, na tentativa de melhor entender e explicar as variáveis deste contexto, do processo interativo e condutor que origina uma assistência de boa ou má qualidade, a qual é capturada pela informação.

Naturalmente o tema se insere na gestão hospitalar e nos mecanismos de apoio às decisões e ações, direcionados para a qualidade da assistência prestada, como um produto desse serviço.

Neste âmbito, busca-se os requisitos de uma administração hospitalar orientada por evidências que tenham na informação sistemática individualizada (a cada instituição), e cientificamente produzida, a infraestrutura para as decisões.

A aproximação do objeto do estudo requer uma contextualização no âmbito de sua formulação e sua prática. Para tal, a abordagem ao hospital, sua assistência e o

diferencial produzido na qualidade desta, por ação do PCIH, localiza-se espacial e funcionalmente neste universo organizacional, por onde a ação circula, e que efeitos podem ser demonstrados. Os atores-alvo desse estudo (o dirigente e o gerente) são destacados, porque são os que centralizam as responsabilidades, decidem e desencadeiam interações e ações para a melhoria da situação no hospital.

Finaliza-se a abordagem teórica com a revisão sobre os componentes do processo de informação para a decisão e mudanças; dos métodos de avaliação e monitoração da qualidade assistencial, assim como as estratégias metodológicas utilizadas freqüentemente na área de saúde, para concluir-se com um capítulo que sintetiza o apreendido e consubstancia a presente proposição.

Capítulo I

O hospital, a assistência prestada e seus atributos

1.1. Organização e funcionamento

O hospital é o *locus* social destinado historicamente ao cuidado dos doentes que, devido à multicausalidade das doenças e da sintomatologia, devem ser abrigados no nosocômio para ter tratamento e observação das respostas individuais a estes. Primitivamente, o hospital era uma hospedaria para pobres, abrigo para mendigos e viajantes, mas também abrigava os doentes. Somente a partir de 1780 tornou-se uma instituição destinada ao cuidado exclusivo de doentes, enquanto o hotel destinava-se à hospedagem (Foucault, 1994). Estas instituições existem desde culturas remotas e vêm se modificando e adaptando-se às transformações sociais, científicas e técnicas.

O hospital pode ser definido como o local para abrigar e tratar pessoas doentes, prestando-se, segundo Ortiz (1983) a colaborar direta e indiretamente com a promoção, proteção à saúde e prevenção de doenças, porque para esse autor “*os hospitais têm a função de promoção da saúde, proteção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, limitação da incapacidade, lesão ou dano; reabilitação, educação e pesquisa*”. E Bueno (1997) complementa ser a dimensão-chave deste órgão de saúde o encontro com o usuário final, cujo objetivo é prestar assistência de forma resolutiva e humanizada, apontando-a como a sua missão.

Hoje, o hospital concentra tantos recursos que para o usuário é o lugar para a melhor assistência, mas também é a cidadela do poder médico e de seu projeto (idem).

O hospital acaba sendo modelado sob a ação de duas forças principais que fazem pressões desde a base: de um lado pela demanda, de outro pelos saberes profissionais, principalmente do médico. Tais forças são legítimas e devem ser consideradas. mas não são as únicas definidoras do perfil do hospital (Cecilio, 1997).

Como organização que produz bens e serviços, o hospital é estruturado como as demais, como descreve Mintzberg (1995) tendo “operadores”, “um centro de

decisões”; de “*gerentes*” e de “*analistas*” que compõem a “*tecnoestrutura*”, e atuam sob “*uma cultura organizacional*”.

Matus (1997) caracteriza um sistema organizacional, através de regras e elementos vistos como:

- a missão que é reconhecida pelas regras de direcionalidade;
- a estrutura organizacional, através das regras de departamentalização;
- as capacidades e competências, através das regras de governabilidade;
- e a responsabilidade, através das regras de responsabilidade, cobrança e prestação de contas.

A estrutura de uma organização, segundo Dussault (1992), é o conjunto de mecanismos de divisão e de coordenação do trabalho e aponta que os seguintes “*parâmetros básicos*” são determinantes nas estruturas organizacionais como :

- ”*O grau de especialização das funções;*
- *formalização do comportamento;*
- *o tipo de treinamento necessário;*
- *o tipo de agrupamento das unidades;*
- *o tipo de mecanismo de ligação entre as unidades;*
- *sistemas de planejamento e controle; e,*
- *o grau de centralização da tomada de decisões”.*

Estes parâmetros, por sua vez, podem ser influenciados pela “*idade e tamanho da organização; pelo sistema de produção do ambiente e pela organização do poder*”.

Ainda este autor esclarece que as organizações de serviços de saúde têm características que geram exigências particulares em termos de organização e gestão das demais, porque atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biofísicas e psicossociais, cuja definição varia em função da classe social, de

perspectivas do estado de saúde, da doença, da morte, da clientela (crianças, velhos, etc) e do tipo de problema (agudo, crônico, etc).

Para os teóricos organizacionais, o hospital e as universidades são organizações burocráticas profissionais e apresentam, segundo as configurações de Mintzberg (1995), estrutura organizacional horizontalizada; com concentração na base operacional, e o processo decisório tem desconcentração efetiva do poder sobre a gestão do cotidiano. Para as áreas operativas e demais áreas, o poder é dual porque o profissional de um lado operativo e o coordenador financeiro e patrimonial do outro, produzem este perfil. Para este autor ainda (idem), “*a estrutura é inflexível para inovações*” e a configuração encontra nexos com a estrutura simples ou carismática e a adhocrática.

As organizações hospitalares utilizam vários mecanismos de coordenação, mas habitualmente enfatizam um deles. O mecanismo de ajustamento mútuo dá-se pela comunicação informal e lateral, e também se apóia no treinamento e na doutrinação. Assim sendo, o mecanismo predominante de coordenação é a padronização de qualificações, onde o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e das normas, definidas pelas associações profissionais (Dussault, 1992).

O poder do profissional médico deriva do fato de que seu trabalho não só é muito complexo para ser supervisionado por gerentes, ou padronizado por analistas, como também porque seus serviços são caracteristicamente de grande procura. Assim, o poder profissional deriva da perícia e não da função ou da hierarquia. Isso dá mobilidade ao profissional, o que lhe permite autonomia em seu trabalho, não somente porque controla o próprio trabalho, mas também porque busca o controle coletivo sobre as decisões que afetam seus interesses. No entanto, pretende-se que os administradores protejam sua autonomia, no interior da instituição, como um pára-choques das pressões externas (Mintzberg, 1995).

Em decorrência disso, a profissionalização e a configuração, em unidades de produção ou equipes, tende a favorecer a segmentação, em grupos com interesses divergentes (Dussault, 1992).

As estratégias de gestão da burocracia profissional em grande parte são a dos profissionais no interior da organização e as associações profissionais no exterior (Mintzberg, 1995). Não obstante, “*...os de fora da profissão...*” vêm os problemas como resultado da falta de controle externo sobre os profissionais, e sua profissão, que

por sua vez vão “... tentar controlar o trabalho com um dos outros mecanismos de coordenação, a saber: a supervisão direta, a padronização dos processos de trabalho ou a padronização dos resultados”.

Hoje, as organizações hospitalares já aceitam a contingência da demanda (Morgan, 1996), cuja configuração aproxima-se da visão natural, enfatizando a complexidade, o caráter sistêmico e holográfico, a multicausalidade e a indeterminação das mudanças, bem como a inexistência de uma ordem natural (Dussault, 1992), características estas, que devido a sua importância, merecem aqui, melhor análise.

O caráter sistêmico e holográfico do hospital deve-se às múltiplas e simultâneas interações produzidas com o ambiente externo e interno, animado pelas demandas externas e internas, resultando em doentes curados, ou com o dano limitado, à sociedade. É uma compreensão em movimento circular e tridimensional.

Encontram-se muitas referências quanto à complexidade do hospital e sua assistência. Tarride (1998), enfatiza que “*um sistema é considerado mais complexo, na medida em que seus estados são menos especificados*”. Para compreender um sistema complexo (leia-se caixa-preta), é necessário compreender os elementos que o compõem. E nesta tentativa a decomposição do sistema revela suas especificidades (abrindo a caixa).

A complexidade, para Mintzberg (1995), refere-se ao “*processo de trabalho da burocracia profissional*”, “*à multiplicidade profissional*”, ao “*ambiente*” e à “*organização*”, referindo-se ao uso de procedimentos difíceis, que somente podem ser apreendidos em demorados programas de treinamento. Estáveis o suficiente para permitir que tais habilidades se tornem bem definidas, mas, na verdade, padronizadas.

Barbosa (1996) acentua que a noção de complexidade tem a dimensão “*da organização do trabalho em si*”, na qual considera o processo e os resultados e, em outra dimensão, está relacionada à “*coordenação das ações específicas*”, com a procura da eficiência e eficácia. E Mintzberg (1995) complementa este enfoque, explicando que o processo de trabalho é complexo pela possibilidade de submetê-lo à formalização, através de normas e regulamentos, e acrescenta que “*os vagos resultados não podem ser padronizados pelos sistemas de planejamento e controle*” .

Dussault (1992), refere-se à complexidade, em relação “às *necessidades dos clientes da prestação dos serviços de saúde*”, enquanto para Testa (1997), as organizações são até denominadas “*hipercomplexas, porque manifestam todos os problemas institucionais em sua máxima dificuldade*”, diferenciando os hospitais e as instituições que agregam, além da prestação de serviços, a pesquisa e o desenvolvimento.

A complexidade, na visão de Morin (1998), “*é a quantidade de interações criadas num processo social de trabalho*”, conceito este que é adotado por melhor explicar os demais conceitos de complexidade expostos e por melhor orientar a dinâmica da visão sistêmica, holística e holográfica das organizações de saúde, a que se refere Dussault (1992).

A multicausalidade e a indeterminação às mudanças é caracterizada pelas diferentes doenças e sintomas que acometem os usuários e que necessitam ali estar para receber tratamentos, fazer diagnósticos e ter sob observação a sua resposta individual aos processos terapêuticos. A contingência é determinada pela individualidade de cada moléstia, em cada indivíduo, exclusivamente, o que requer atenção individual, pouco protocolar e particularizada.

A funcionalidade do hospital é vista como um “*organismo*”, quando considerado como sistema (Merhy et al, 1997), mas também pode ser tratado por “*arena*“, porque atuam distintos atores institucionais, com perspectivas de ação nem sempre comuns, ainda que não necessariamente contraditórias.

Nesta arena, os atores, suas intervenções e interações, têm um caráter operacional de complementaridade e interdependência, mas de disputas sob a hegemonia do poder.

Estas duas formas não se excluem, porque na visão orgânica o hospital atua como um sistema que interage com o ambiente do qual faz parte. E como arena quando, sob a visão política, é visto em seu interior organizacional, sob a interação dos atores e seus interesses profissionais, pessoais, etc.

No mundo moderno, o progresso das instituições hospitalares pode ser visto como resultante da capacidade de resposta aos grandes desafios impostos no contexto social, econômico, político e tecnológico. Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (Novaes e Motta, 1996), entre estas condições e mudanças contextuais, podem destacar-se:

1. o progresso tecnológico da área médico-hospitalar;
2. o estado de desenvolvimento sócio-econômico das Américas, responsável pelo aumento da complexidade das demandas de saúde;
3. o aumento da consciência crítica dos usuários, criando necessidade de melhores serviços;
4. o aumento da complexidade e especialização da atenção e incorporação de novos conhecimentos e tecnologia;
5. a absorção de atividades médicas pelo hospital, antes desempenhadas em ambulatórios e no domicílio;
6. as novas formas de financiamento da assistência que criaram conglomerados em busca de economia de escala, favorecendo de certa forma o hospital, mas criando maiores exigências dos controles administrativos;
7. o desenvolvimento das ciências médicas, que individualizaram os tratamentos, estabelecendo definitivamente a contingência, o que requer adaptação administrativa constante;
8. a difusão da imagem de que no hospital, qualquer assistência prestada é melhor que em postos ou ambulatórios, o que cria a resistência ao acesso primário;
9. a pressão do governo para a redução de custos hospitalares, em relação aos gastos da saúde, em termos de produto interno bruto dos países;
10. o crescimento da multiprofissionalidade na prestação dos serviços hospitalares.

1.2. Formas de atuação no sistema de saúde

Predomina a administração mais profissionalizada no setor privado, que é alinhada às tendências e lógica de mercado, tem como missão:

- ◆ oferecer serviços de alta qualidade para satisfazer os clientes a um menor custo; restringir e limitar a autonomia

- ◆ de profissionais médicos na escolha tecnológica e farmacêutica;
- ◆ controlar rigidamente os gastos;
- ◆ cumprir metas e objetivos, geralmente planejados conjuntamente, como prevê a administração profissionalizada.

Tudo isso porque a continuidade da prestação da assistência, em bom nível de qualidade, depende de equilíbrio e constância, mantido entre a receita e as despesas. Mas como há dificuldades para isso, recorre-se à prestação de serviços ao governo, para garantir uma receita previsível, mas em muito diferenciando o acesso e a equidade.

Por outro lado, no serviço público a lógica da sobrevivência, a manutenção dos níveis de boa qualidade e o equilíbrio entre a receita e as despesas, salvo algumas exceções, pouco contam com a orientação de seu dirigente, porque, a maioria dos ocupantes destes cargos são médicos, que se destacaram em suas especialidades e gozam de carisma pessoal, que os levaram a ocupar tal cargo. Como observa Cremadez (1992), “*através de uma gestão incremental*” vão alinhando um plano de interesses de subgrupos que os apóiam politicamente, que é ajustado orçamentariamente junto ao gestor local, ou imediatamente superior, de acordo com o grau de compatibilidade ideológica ou de interesses que desenvolvem.

Por causa de sua importância social e econômica o setor saúde é disputado, segundo Dussault (1992):

- pelos usuários, que querem serviços de qualidade e baratos;
- pelos profissionais, que querem melhorar conhecimentos, habilidades, ganhos financeiros e prestar bons serviços;
- pelas empresas, os seguros e os estabelecimentos privados, que querem fazer bons negócios;
- pelo governo, que quer benefícios políticos.

Pode-se identificar algumas características que marcam as diferenças entre o hospital público e o privado, segundo diferentes autores (Cecílio, 1997; Novaes e Motta, 1996; Dussault, 1992; Barbosa e Lamy, 1993; Grabois e Sandoval, 1993; Junqueira, 1992; Malik, 1992 e 1996, Harrow & Wilcocks, 1990 e outros) por exemplo:

No setor público:

- O patrimônio é público e o estado o proprietário, depositário do direito e do dever de bem conservá-lo;
- depende do ambiente sócio-político e é regulado externamente;
- até pode ter autonomia, mas é limitada. Seus objetivos vêm do governo e, devido ao distanciamento, estes objetivos são geralmente intangíveis e vagos;
- pode estar sujeito à redução de custos definida pelo governo, sem levar em consideração o volume de demandas e acesso dos usuários;
- os recursos disponíveis tendem a depender da decisão política e das flutuações da capacidade econômica do Estado;
- as organizações de serviço público são mais vulneráveis à interferência política no sentido geral do termo.
- pode ter contaminação burocrática e excesso de burocratização;
- a autoridade dos dirigentes é delegada, e, no âmbito da decisão, é mais limitada que no setor privado (Dussault, 1992), acrescido do fato de existir pouca autonomia para deliberar e prover sobre os recursos;
- os dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa ao sistema, e observa-se uma tendência à centralização das decisões;
- o serviço tem de ser obrigatoriamente prestado, enquanto no setor privado não tem essa obrigatoriedade, porque os cidadãos têm direito adquirido de receber atendimento;
- as organizações públicas não são submetidas às regras de mercado e podem sobreviver precarizadas, mesmo quando não são eficientes;
- o processo decisório não é tão racional quanto no setor privado e em geral o projeto institucional é incremental criado pelas alianças do dirigente com as equipes que o apoiam;
- não controla os recursos existentes, e também os dirigentes de hospitais públicos têm uma obrigação de “*prestar contas de suas ações publicamente*”.

Junqueira (1992), relaciona o baixo desempenho do setor público não pela incompetência, pela desmotivação, ou pelos baixos salários e más condições de trabalho, mas também, pela irresponsabilidade gerencial de um indivíduo conduzir seu grupo para os objetivos organizacionais. Para Junqueira e Inojosa (1992) a eficácia da gerência pública não se resolve apenas com treinamento e com disponibilidade de recursos financeiros, materiais e tecnológicos, porque é necessária autonomia, inclusive para gerir recursos humanos. Ao que Grabois (1993) esclarece, ser uma forma de aumentar a responsabilidade pública na prestação de contas relativamente aos resultados alcançados.

No setor privado:

- a administração é predominantemente profissionalizada;
- atua sob a lógica de mercado, de modo a manter alta competitividade e garantir a sobrevivência no mercado;
- incorpora tecnologia de ponta para manter a clientela interna (médicos principalmente);
- os ganhos são flutuantes e dependem da clientela interna (médicos) para manter um fluxo de receitas;
- freqüentemente tornam-se prestadores de serviços ao Sistema de Saúde, para garantir um fluxo de receita previsível;

Mesmo com as diferenças marcadas pela atuação social do hospital público e privado, a assistência prestada tem por obrigação ser de boa qualidade, independentemente do prestador, porque a missão social é a mesma e a população deve ter seus direitos garantidos em qualquer estabelecimento do território nacional. A assistência tem suas bases ancoradas nos mesmos princípios e, portanto, não importa a natureza do prestador ou de seus propósitos particulares.

1.3. A assistência hospitalar

As transformações decisivas da assistência hospitalar foram provocadas pelo *boom* industrial ocorrido após a Segunda Guerra Mundial, com a progressiva absorção de novas tecnologias e medicamentos desenvolvidos por força do estado de crise

mundial e incentivados pelo *Welfare State* (Almeida, 1995). Esta filosofia estatal de manutenção da saúde dos seus cidadãos (leia-se, trabalhadores) foi mundial.

O esforço para o desenvolvimento da assistência à saúde teve no hospital o seu núcleo, que além de levar o médico definitivamente para o seu interior, naturalmente atraiu a produção industrial, junto à crescente “*autonomia médica*”, e a seus projetos profissionais (idem). Como consequência, o enorme volume de recursos destinados pelo Estado foi objeto de grandes debates na década de 60, primeiramente na América do Norte. Assim, a crise do *Welfare State* começou pela retirada dos investimentos infundados para a assistência hospitalar, com uma crescente descentralização e fragmentação do processo assistencial à saúde da população.

Foi quando se introduziu o movimento da medicina preventiva, que orientaria a assistência com base na história natural das doenças, interferindo na educação e consciência de cidadãos e responsabilizando-os, desde cedo, pela manutenção da saúde, para que se evitasse assim a instalação de doenças e o consequente tratamento. Até hoje, a divisão da assistência à saúde é prestada em instâncias, como nos moldes da medicina preventiva.

Neste modelo, o nível de prevenção é primário, quando se trata de promoção da saúde e da prevenção de doenças, por imunizações, educação e saneamento (Leavell & Clark, 1976). Desta maneira, o nível de assistência primário está, teoricamente, fora do hospital e pertence aos postos de saúde, programas de imunização, saúde da família, e outros, apesar de Lima-Gonçalves & Aché (1999) atribuir tal nível ao “*hospital moderno*”, quando se trata da visão orientada pela lógica de mercado, pois o ingresso ao sistema de saúde dar-se-ia no local de grande resolutividade.

O nível secundário é mais complexo e refere-se ao diagnóstico precoce, tratamento imediato e limitação do dano, estando no hospital o local deste tipo de assistência. O nível terciário refere-se à reabilitação do sujeito e, não necessariamente é de nível hospitalar (Leavell & Clark, 1976).

Com base nesta orientação, e segundo Donabedian (1993b), “*o processo assistencial hospitalar compreende tudo o que realmente é feito, desde a admissão até a alta do paciente, incluindo acomodação, serviço de enfermagem, diagnóstico e tratamento. Envolve o conforto, a adequação de métodos diagnósticos utilizados, os tratamentos efetuados e os cuidados, no tempo e em quantidade necessária*”.

Malik (1992), reconhece que a assistência hospitalar se comporta como um sistema, e tem um de seus termos-chaves o processo. Esse “*processo assistencial*” deixa de ser uma “*caixa preta*” a partir de seu conhecimento em profundidade, quando é possível localizar os pontos desequilibrados e iniciar as mudanças necessárias.

Aproximando-se mais desse tipo de serviço vai se encontrar uma dinâmica interna própria, construída lateralmente pelos atores, cujo processo é caracterizado como orgânico e sistêmico. Porque à medida que este sistema interage com o ambiente para suprir-se em seus propósitos, por um lado, supre a demanda da assistência secundária à população, por outro.

A prestação da assistência hospitalar vista pelo prisma da cadeia cliente-fornecedor, cada serviço ou profissional se alterna no papel, ora de **cliente**, ora de fornecedor (figura 1). Age como cliente quando **necessita ou recebe um serviço ou produto**, por exemplo: ao solicitar um exame, uma dieta, um capote, algum medicamento, prescrever um tratamento que depende da enfermagem administrá-lo, ou deitar no leito como o cliente clássico e conhecido. A dependência é que define a situação de “*cliente*”.

Por outro lado, este mesmo **serviço ou profissional quando entrega um produto ou presta algum serviço** solicitado, está no papel de **fornecedor**, o que pode ser melhor compreendido pela demonstração da figura 1.

Transpondo esta cadeia cliente- fornecedor para a assistência hospitalar, tem-se o *input* ou entrada, nas necessidades do sistema de saúde, da população e dos profissionais, aquelas demandas para o exercício de sua ação. O processo constitui a assistência propriamente dita, que no modelo sistêmico é considerado a “*caixa preta*”.

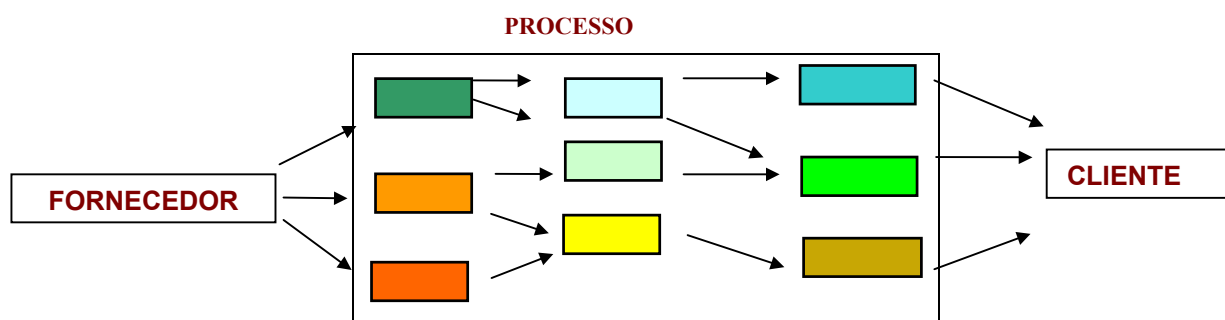
No entanto, nesta abordagem hospitalar, a caixa é aberta e grande parte do seu conteúdo (inter-relações diretas e indiretas), pode ser conhecido por métodos científicos aplicados (avaliações, vigilância epidemiológica, investigações e estudos). E, os *outputs* e *outcomes*, que são os resultados e seus efeitos, como produto do serviço oferecido e entregue à sociedade, ao sistema de saúde e também aos profissionais.

A assistência hospitalar tem dois tipos de “*produtos*”, que se dão, por exemplo: através do *fornecimento de serviços* profissionais do patologista, para auxiliar no diagnóstico do médico, e, também, através do *fornecimento de produtos* de consumo, como roupas limpas, refeições quentes e adequadas ao estado do paciente, etc.

Essa assistência, segundo uma visão coerente com a teoria dos sistemas, associada ao nível secundário da assistência à saúde no hospital e orientada pela administração estratégica, é concebida em estudo anterior, a partir de quatro grandes macroprocessos assistenciais (Prade, 1998), em que são definidos e detalhados em blocos de prestação de serviços, assim considerados (figura 2): a internação eficiente, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e a saída eficiente, sendo as principais atividades e atributos para a assistência hospitalar de sucesso. Nesta forma de ver, é possível identificar a multiplicidade de interações entre os diversos clientes e fornecedores, presentes e atravessando toda a organização, que caracterizam sua complexidade, como concordam Berwick (1994) e Cecílio (1997).

Estes macroprocessos assistenciais são apoiados ou assessorados em todos seus microprocessos por serviços de larga abrangência ou cobertura como a limpeza, Central de Material e Esterilização, o próprio PCIH, a administração, e outros, também conhecidos como apoio logístico e administrativo. Conforme a natureza, o hospital pode ainda contar com os macroprocessos de pesquisa e ensino, mas, como não são encontrados em todos os hospitais, não foram considerados básicos para a prestação da assistência no estudo preliminar referido.

Figura 1. Elementos de um processo, ou uma cadeia cliente-fornecedor.



Fonte: Berwick, 1994.

Para esclarecer as ações que animam a cadeia clientes-fornecedores no hospital, parte-se de um olhar sobre o macrofluxo da assistência hospitalar (figura 2), baseado na missão básica desta organização, que se divide em quatro grandes macroprocessos, onde o primeiro é a **Internação**. Neste macroprocesso são necessárias informações pregressas, de hábitos de vida, sinais e sintomas que são fornecidas pelo cliente externo e seus familiares, que aqui atuam como fornecedores de informações. Como fornecedores é requerida qualidade destas informações, no que se refere à clareza,

exatidão e outros predicados, que irão facilitar o levantamento de hipóteses diagnósticas e orientar a necessidade de exames, tratamento, intervenções e até mesmo uma previsão de tempo de internação. A eficiência neste macroprocesso é demonstrada pela quantidade e qualidade das informações recolhidas nos primeiros atendimentos ao cliente externo, de modo a produzir dentro do menor tempo possível, as hipóteses diagnósticas que orientam empiricamente as primeiras solicitações de exames diagnósticos e as observações.

No macroprocesso **Diagnóstico**, que tem o atributo de eficiência, na precocidade de sua obtenção, vai depender de microprocessos constituídos pelo desempenho do laboratório de bioquímica, microbiologia, hematologia, genética, patologia, radiologia, cirurgia, e da proficiência dos médicos em semiologia e das enfermeiras, em observações e monitoramentos de processos fisiológicos dos clientes externos internados.

Neste macroprocesso a quantidade de inter-relações e de clientes e fornecedores são tantas, que se estiverem desajustadas ou pouco articuladas demonstram conflitos organizacionais, desperdícios, erros diagnósticos, retardo no diagnóstico, aumento desnecessário de tempo de internação e também o surgimento de iatrogenias ou eventos adversos (Wilson et al, 1995).

Quanto mais freqüentes e invasivos forem os métodos diagnósticos, mais rigor e atenção à qualidade e proficiência devem ser garantidas pelo hospital, porque é nesses procedimentos que os riscos de iatrogenias ou eventos adversos estão presentes.

No macroprocesso **Tratamento**, a precocidade é atributo para o início da intervenção, procurando garantir-se o maior nível de prevenção de complicações e agravos neste ponto de assistência.

Os microprocessos que compõem este macroprocesso são todas as formas de tratamento clínico, cirúrgico, fisioterápico e outros, tendo nos profissionais e equipes de serviços os fornecedores e no paciente o principal cliente .

Neste ponto reside a maior rigor na qualidade do proceder, porque também é através destes procedimentos que se originam diversas iatrogenias ou eventos adversos (Wilson et al,1995).

No macroprocesso **Saída**, os microprocessos envolvidos referem-se ao preparo da alta, às condições da alta propriamente dita, o seguimento ambulatorial e de controle.

No caso de óbito, o microprocesso deve contar com necropsia (patologia clínica, cultura de tecidos, citologia, histologia, etc), buscando identificar-se a presença de microorganismos em tecidos e órgãos, no intuito de esclarecer diagnósticos e defini-los, assim como liberar o corpo e documentos o mais rápido possível.

Identificam-se neste contexto outros dois macroprocessos que permeiam toda a organização: um já citado anteriormente, que é o de *Apoio*; outro, não menos importante, que é *Gerenciamento* ou *Direção*, que orienta as diretrizes e harmoniza direta ou indiretamente as inter-relações entre os diversos clientes e fornecedores desta arena social e tem no dirigente, o principal articulador dos ajustes e relações harmoniosas.

No refinamento destes macroprocessos encontram-se os microprocessos da assistência, ou os serviços individualizados como radiologia, lactário, lavanderia, etc, cuja interação se dá em fluxo contínuo de demanda-pronta prestação de serviços ou entrega de produtos, caracterizados por elevada interdependência, complexidade e instabilidade, como descreve Bueno (1997).

A característica geral do resultado destas unidades é o atendimento prestado aos clientes. Não há o produto tangível como tal. A passagem do estado de doença para o estado de saúde é o principal resultado e não pode ser comparado à passagem de matéria- bruta para um produto final.

Na análise dos resultados da assistência deve-se levar em consideração o estado de equilíbrio dos chamados fatores intrínsecos do cliente, constituídos pelos tratamentos e estado geral de saúde e sua resposta aos fatores extrínsecos e ao ambiente. Mas também é possível verificar dentre os prestadores de serviços e fornecedores de produtos internos do hospital, quais serviços e produtos estão fornecendo e se seus clientes estão satisfeitos (médicos, enfermagem, etc).

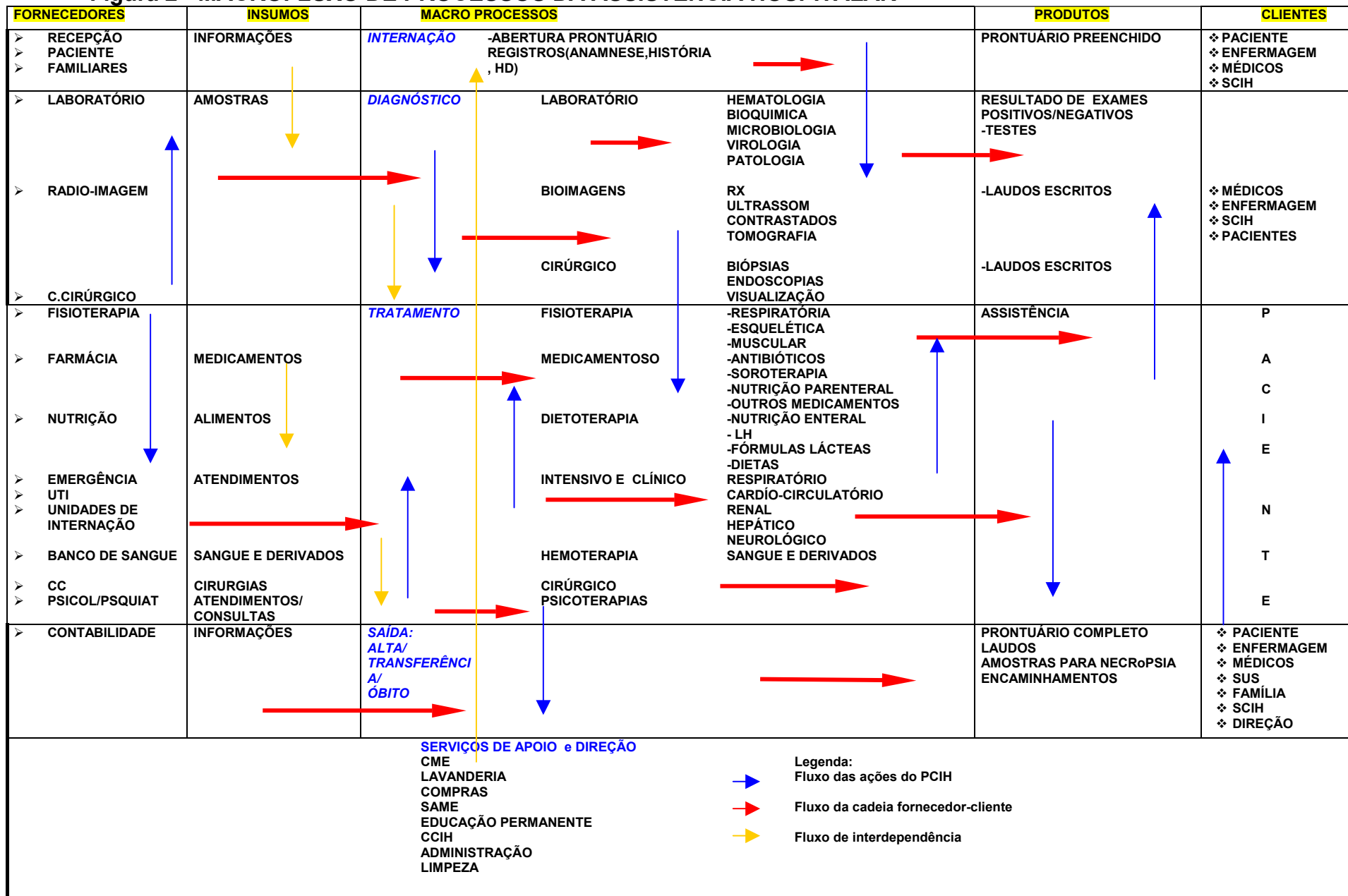
Baseando-se nas necessidades de satisfação dos clientes internos e externos da assistência hospitalar e aprofundando a busca, para identificar o que é crucial em cada serviço fornecido (figura 2), são encontrados os pontos-chave do fornecimento dos serviços e produtos. Destes pontos-chaves derivam os indicadores que deverão traduzir o desempenho da organização. A avaliação e vigilância destes indicadores podem, não só localizar os pontos problemáticos, quanto apoiar decisões e motivar a participação para resolvê-los.

Em cada microprocesso encontram-se os pontos-chaves ou cruciais de seu funcionamento eficiente e eficaz, e, são transformados em indicadores que, segundo Donabedian (1966), podem ser de estrutura, processo e resultados; de acordo com os planejadores estratégicos são estratégicos, táticos e operacionais; ou ainda sentinela, de trajetória, assim como indicadores indispensáveis ao funcionamento do PCIH (Prade, et al, 1995b), e de desperdício e de demanda de serviços entre outros.

A eficácia do hospital é determinada pela inter-relação de todos estes fatores, sendo ideal o equilíbrio entre todos eles. Para uns, a eficácia de um hospital pode ser medida considerando-se todo o espaço, instalações, equipamento e pessoal treinado para atender aos doentes que nele ingressam. Para outros como Grabois e Sandoval (1993) apontam que a homogeneidade entre recursos, ações e resultados é que cria a referência como instituição ou serviço. No entanto, sob a vertente humanista, e na perspectiva da humanização do atendimento e defesa da vida, ainda é território virgem de trabalho (Cecílio, 1997).

A assistência hospitalar pode ser medida em seu desempenho, qualidade e resultados como referem muitos autores (Contandriopoulos et al, 1997b; Azevedo, 1992; Donabedian, 1966, 1988), e os indicadores destas medidas demonstram a eficácia, eficiência e efetividade com que é oferecida tal assistência à população. No entanto, autor renomado como Mintzberg (1995), afirma “*não ser possível avaliar o trabalho da burocracia profissional*”.

Figura 2- MACROFLUXO DE PROCESSOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR



1.4. A qualidade assistencial

A qualidade da assistência hospitalar é um atributo desejável desse serviço, assim como no fornecimento de água potável, de produtos alimentícios, de medicamentos, etc. Para todas as necessidades humanas (e também de outros animais), os produtos e os serviços têm esse requisito para que se evitem doenças, problemas de toda ordem e agravos, até irreversíveis, como a morte. Dussault (1992) afirma que, na prestação dos serviços, as organizações de saúde *“têm que respeitar normas de qualidade, sem muita formalização”*.

A ciência trouxe inestimável avanço a todas as áreas da vida humana, mas trouxe consigo por vezes a falha, a negligência, a imperícia e a imprudência daquele que opera tal prática, porque, como efeito indesejado ou colateral não pode ser previsto, mas como na ciência, o cerco preliminar aos erros e vieses traduz um esforço similar na área de saúde com o treinamento continuado e a proficiência técnica para o desempenho das funções profissionais na assistência. A qualidade da assistência está sob cortina similar, porque como intangível e encontrando-se sua origem na subjetividade do profissional, encontra até estudiosos de renome como Mintzberg (1995) para dizer que *... “estes processos de trabalho não podem ser avaliados, porque sendo um trabalho profissional não há controle do trabalho, além da profissão em si, e nenhuma forma de controlar as deficiências que os profissionais por si mesmos decidem omitir”*...e também que *“os controles tecnocráticos não melhoram o tipo de trabalho”*. Mas parece referir-se ao trabalho do médico, que não é único na assistência hospitalar, ao invés de uma abordagem multidisciplinar, que é mais adequada.

A qualidade do cuidado hospitalar aqui tratada não é aquela que após a II Guerra Mundial foi introduzida na indústria, objetivando alcançar o *“erro zero”* (Galvão & Mendonça, 1997), mas aquela necessária à prestação de serviços profissionais que pretende prevenir o surgimento de eventos adversos ou iatrogenias e evitar desperdícios de toda ordem.

Trata-se da qualidade técnica profissional a que Donabedian (1988) se refere, mas também da qualidade do ambiente e a satisfação das necessidades de recuperação do estado de saúde do usuário. Assim, há várias definições de qualidade em saúde, como exemplifica a do grupo de auditoria em saúde do Leste Australiano (Auditor General, 1996), assim formulada:

“qualidade em saúde é uma extensão, na qual os serviços do hospital aumentam a probabilidade de realização dos efeitos desejados para a saúde dos pacientes”⁹

Para Malik (1992), o conceito de qualidade é o fornecimento daquilo que o cliente deseja. Esclarecendo que há o **cliente externo**- o usuário do sistema de saúde, seja ele público ou privado; e o **cliente interno**- aqueles profissionais que se servem da organização estruturada, para a prática de suas profissões.

Para Leite, citado por Affonso Netto (1997) qualidade *“é a totalidade de requisitos de um produto ou serviço que lhe confere a aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas.”* A qualidade para ele é uma propriedade do produto ou serviço de adequar-se ao uso esperado.

No entanto, o clássico conceito de qualidade do cuidado em saúde de Donabedian (1980) esclarece o pretendido, como segue:

“A qualidade do cuidado técnico consiste na aplicação da ciência médica e tecnologia num sentido que maximiza estes benefícios sem corresponder ao aumento de riscos. O grau de qualidade é, desta maneira, uma extensão do cuidado oferecido, esperado por ser o mais favorável equilíbrio entre os riscos e os benefícios.”¹⁰

A conscientização de que qualidade da assistência hospitalar era importante porque salvava vidas, surgiu no século XIX, quando a primeira enfermeira profissional- Florence Nightgale estabeleceu que a higiene e a vigilância epidemiológica dos feridos na guerra da Criméia¹¹, deveriam ser rigorosas.

A partir deste fato, o outro, que é relevante, ocorreu na América do Norte, no início dos anos 50, desencadeando os primeiros movimentos de controle de infecção hospitalar. Foram epidemias neonatais de *Staphylococcus aureus*, associadas à introdução da penicilina e ao uso do hexaclorofeno.

Simultaneamente, os primeiros movimentos para acreditação de hospitais também se instalaram. Estabeleciam padrões e critérios de boa assistência, para informar à

⁹ Tradução da autora. “as the extent to wich hospital services increase the likelihood of desired health outcomes for patients being achieved” Auditor General (1996).

¹⁰ Tradução da autora.

¹¹ A guerra da Criméia ocorreu de 1854 até 1856 entre russos contra os franceses e ingleses (Nightgale,1989).

população e aos financiadores, relativamente os esforços existentes em cada instituição, no sentido de melhorar seus padrões de assistência.

Hoje está em prática, nos Países do Norte e nos desenvolvidos, a medicina defensiva, que tem uma indústria de seguros institucionais e profissionais para cobrir os custos de processos judiciais estabelecidos por usuários e sentenciados por imperícia, imprudência e negligência na assistência prestada (Malik, 1996).

Todavia, iniciativas na área de saúde, como a Acreditação de Hospitais, a partir da década de 50, nos EUA, foi difundida pela Organização Pan-americana de Saúde-OPAS, para a América Latina e Caribe, na década de 80. Além de iniciativas pontuais e de grupos profissionais, auxiliaram a difundir o conceito e melhorar o entendimento do que seja qualidade nas organizações de saúde. Desenvolveram, através de reconhecimento público e da busca de melhoria contínua, uma nova forma de olhar para as avaliações de modo geral e, mais particularmente, a da qualidade.

Malik (1992), ressalta sobre este enfoque que a qualidade já pode ser vista como *“uma atitude interna, prospectiva, auto-avaliativa e, fundamentalmente, educativa”*. Esta pesquisadora acentua ainda que a qualidade e sobrevivência institucional estão muito próximas no hospital, mesmo nos públicos. Os instrumentos gerenciais ajustam o projeto institucional a um orçamento e a assistência à demanda, além de refletir, em seus efeitos, as intenções e a capacidade de realizá-las. E também um meio de verificar os acontecimentos e os fatos do hospital e permitir analisar a distância que se encontram ao que foi planejado. No nível operacional, ela afirma que qualidade se estabelece introduzindo mudanças nas rotinas do cotidiano hospitalar e acompanhadas, necessariamente, de duradouro processo educativo.

Existem hoje, várias tendências de promoção da qualidade nas organizações, podendo-se identificar os seguintes programas:

1- Círculos de controle da qualidade (CCQ): na década de 80 apoiaram as técnicas de Administração por objetivos e a participativa. A iniciativa japonesa buscava a solução de problemas operacionais e do cotidiano, a partir de seus operadores, que galgavam melhorias progressivas e introduziam as idéias suscitadas pelos operadores. Necessariamente, o dirigente tinha que estar envolvido e liderar tal movimento (Wood & Urdan, 1994).

2- Controle da Qualidade Total (TQC): originado no Japão, a partir da consultoria de dois americanos, Edward Deming e Juran, é um sistema administrativo, orientado para pessoas, com o objetivo de incrementar continuamente a satisfação do cliente a custos reais decrescentes. É uma abordagem sistêmica e parte de uma estratégia da alta administração e atua horizontalmente através das funções e departamentos; envolve todos os funcionários, fornecedores e clientes da empresa e enfatiza o aprendizado e a adaptação às mudanças como fator-chave para o sucesso organizacional. (Wood & Urban, 1994). Estes mesmos autores - citando Zablocki (1993) e Geber (1992), que estudaram o TQC nos hospitais - alertam que apesar dos benefícios trazidos com a redução desperdícios e ineficiências, a TQC não demonstrou efeitos na melhoria da assistência dos pacientes.

3- Programa de melhoria contínua: Iniciou na década de 80 e constitui uma vertente do Programa de Qualidade que Deming (Berwick, 1994) consolidou na indústria, no qual sucessivos patamares de qualidade (leia-se, adequação com o esperado) são conquistados e mantidos sob vigilância, indefinidamente. Isso porque, através do controle estatístico dos processos (Kume, 1989), pode-se verificar e vigiar o desempenho de cada parte do processo de produção ou de serviços. Identificando o que está fora de controle (ou de adequação), é possível realizar esforços de correção, re-equilíbrio, mudanças ou o que seja pertinente de forma dirigida e pontual. Ajusta-se o sistema a partir do re-equilíbrio das partes, agregando melhoras nos processos e desta forma incremental, adequando os tipos de mudanças às necessidades progressivas. Tem na estatística e na epidemiologia a sua base.

4- Reengenharia: proposta da década de 90 propõe mudança radical nos processos organizacionais e tornou-se um meio distorcido de enxugamento de pessoal das empresas. Gill e Whittle (1993), citado por Wood & Urban (1994), classifica de “panacéia “ gerencial, por se constituir uma metodologia fechada (pacote) que cai na transitoriedade, atribuindo-lhe ainda estar numa etapa de adolescência, dentro de um ciclo de vida.

5- Acreditação: O programa de acreditação teve seu início na era moderna em 1952, pela Joint Commission, nos EUA. Neste programa a adesão também é voluntária. Busca gerar melhoria pela adesão progressiva aos critérios e padrões para fins de credencial com financiadores, compradores de serviços assistenciais e usuários. Recentemente, a OPAS (Novaes e Pagannini, 1994) realizou esforço para atingir hospitais de todas as naturezas, tamanhos e especialidades na América Latina. A

iniciativa teve diferentes graus de adesão, até que, no final da década de 90, entrou para a agenda do setor saúde no Brasil. Na busca de melhor qualidade e visibilidade ao trabalho, o Ministério da Saúde tentou reunir os diversos grupos que estavam envolvidos com a implantação de programas de acreditação no seu setor ou segmento, e vão configurando outro tipo de participação, mas desta vez oficial (Malik, 1996). A acreditação está apoiada no programa de qualidade e qualquer implementação, necessariamente deve ser colaborativa, ampla e visando mudanças.

6- Prêmios de Qualidade: Como forma de incentivo e aumento da competitividade, foram criados o Prêmio Malcom Baldrige, nos EUA, o Prêmio Euroquali, nos países participantes do Mercado Comum Europeu, o Prêmio Nacional da Qualidade (Brasil, 1996b) e o Prêmio Gaúcho da Qualidade, no Brasil, e tantos outros pelo mundo. O prêmio baseia-se em critérios estabelecidos das etapas bem-sucedidas de implantação do gerenciamento da qualidade total. A adesão ao prêmio é voluntária e a certificação é progressiva, a candidatura também tem critérios e limites. Wood & Urban (1994) alertam sobre o sinal de decadência desta estratégia, constatado pela diminuição de inscrições. E atribui este estado à criação de mecanismos gerenciais paralelos pelo “*grupo da qualidade*” em relação aos processos organizacionais, por apresentar falhas grosseiras de implementação, cuja responsabilidade é a dos gerentes com pouco conhecimento para o trabalho. Estes prêmios certificam as empresas em conformidade aos mecanismos e em relação esforços destes na obtenção da qualidade para os seus clientes.

7- Sistema International Standard Organization (ISO) (NBR, 1993): Implantado a partir de 1987, é composto por seis normas referentes à produção, serviços e preservação ambiental das indústrias e referem-se à padronização internacional de boas práticas, com o intuito de contemplar a globalização dos mercados. As críticas a esse sistema de conformidade aos padrões é a de que está apoiado em paradigma organizacional superado e ligado excessivamente às normas escritas, criando uma camisa de força burocrática naquelas empresas com certo grau de organização estabelecido. Mas, de alguma maneira organizam aquelas que não têm nenhum nível de organização do processo de trabalho, sem que isso necessariamente produza qualidade.

8- O Programa de Controle de Infecção Hospitalar: Instituído no mundo moderno, a partir de 1950, e, no Brasil, desde 1983, pretende manter sob controle o fenômeno epidemiológico e evento adverso ou iatrogenia, chamado infecção hospitalar, vigiando e intervindo nas práticas e educação dos prestadores diretos da assistência hospitalar. É

um Programa complexo porque integra conhecimentos de epidemiologia, estatística, gestão de risco, microbiologia, farmacologia, gestão hospitalar, gerenciamento, biossegurança, marketing, pedagogia e administração do processo assistencial hospitalar, entre outros, ainda que não exista um programa educativo que contemple esse escopo de exigências, malgrado alguns esforços fragmentados públicos e privados nesse sentido. Em poucos casos, são encontradas experiências de sucesso que repercutem no controle da iatrogenia, associadas à melhora da qualidade assistencial.

9- Auditoria: Gilmore e Novaes (1996), tomando as explicações de Juran, esclarecem que é a inspeção ou exame de um processo ou sistema de qualidade para garantir que se satisfaçam os requisitos. A auditoria pode aplicar-se a toda a organização ou ser especial para uma função ou um passo da produção.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 1996b), que foi instituído pelo Art 6º da Lei 8689 de 27/7/1993 e regulamentado pelo Decreto 1651 de 28/9/95, desdobra-se nos três níveis de gestão que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), e visa acompanhar, examinar e avaliar a execução de projetos governamentais, bem como a aplicação dos recursos descentralizados, segundo o Ministério da Saúde. No SUS faz avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial. Tem a finalidade de verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos da União repassados aos Estados, Municípios e Distrito Federal; avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada e seus resultados, bem como apresentar sugestões para seu aprimoramento.

10- Avaliação de programas de saúde: consiste em esforços sistemáticos para determinar o valor dos serviços oferecidos à população com finalidade social. Tal valor pode ser definido pela consecução dos objetivos finais ou intermediários: como custo dos serviços; a satisfação pelo serviço; a eficácia do serviço ou pela combinação de uma ou mais dessas variáveis (Levine & Rosenberg, 1979). Antes da década de 60 os programas de avaliação se detinham mais em avaliar recursos e métodos de gestão, modelo organizativo, em avaliações clínicas de conduta e desempenho médico (Gomez et al, 1986).

No entanto, na década de 60, com o surgimento da abordagem da avaliação da qualidade em saúde estabelecido por Donadedian (1966), através das três dimensões; a estrutura, os processos e os resultados foi um definidor de fronteiras. Até os anos 80

várias derivações e combinações foram propostas para a estratégia de Donabedian, porém, ele mesmo conclui nesta década, que nada alterou sua proposta inicial.

As avaliações foram praticadas pioneiramente pelos americanos, que buscavam entender o impacto produzido pelos programas de saúde, no sentido de verificar se eram pertinentes e atingiam os resultados esperados; se o investimento deveria ser suprimido ou o programa seria alterado e quais eram os efeitos das práticas médicas daquela época. Muitas avaliações, por terem sido mal formuladas, não atentas ao método científico, e por deixarem de avaliar os fatores concorrentes e contextuais que alteravam os efeitos do programa, geraram decisões inadequadas, até com a eliminação de programas sociais importantes como relata Gordis (1973).

No entanto, atualmente os canadenses Contandriopoulos, Champagne e outros autores, implementaram as avaliações em saúde baseados em métodos epidemiológicos que controlam a introdução de erros aleatórios ou sistemáticos (Contandriopoulos, et al., 1997b; Denis & Champagne, 1997), tornando-se, portanto, passíveis de análises científicas.

Hoje ainda existe uma iniciativa com propósitos pouco claros, que parte da vigilância sanitária (Brasil, 2000), mas sem dúvidas parciais, de avaliar os programas de saúde no qual encontra-se o programa de controle de infecção hospitalar através de um roteiro excessivamente subjetivo, sem parâmetros de observação e que depende basicamente do bom senso e conhecimento do fiscal.

Tal é a subjetividade que as punições legais que pretendem, podem ser facilmente contextadas devido a ausência de critérios e parâmetros que balizem as respostas.

Nas questões da qualidade da assistência hospitalar Malik (1996), referindo-se aos dirigentes dos hospitais e, também, aos promotores dos múltiplos programas de acreditação existentes no Brasil declara que “*o aprimoramento do hospital estará sendo alcançado desde que o interesse por isso exista*”.

Os processos de promoção da qualidade da assistência hospitalar são demorados, porque, como esclarece Tolovi (1994), visam mudar comportamentos, atitudes e conscientizar a partir de estratégias de percepção dos próprios erros. Para ele, ensinar a coletar dados e calcular indicadores é fácil, mas, incentivar e motivação os operadores e gerentes da assistência na solução dos problemas é central e lenta neste trabalho. Lembra Malik (1996) “*que um dos axiomas do aprimoramento contínuo está no treinamento, retreinamento e educação de todos os trabalhadores, para suas áreas*

técnicas de atuação, enfocando a qualidade” e ressalta que “não se interfere na qualidade de maneira súbita: não se mudam opiniões rapidamente, não se alteram práticas de uma hora para outra...”

Malik (1996) alerta que a importação do modelo de qualidade gerado para a indústria tem impeditivos fortes para a área de serviços e, mais particularmente, na assistência hospitalar. Há necessidade de adaptação e flexibilização prévia à introdução de métodos, técnicas e instrumentos, e ainda o preparo dos recursos materiais envolvidos e necessários para uma introdução experimental, antes da sua absorção.

O desafio da qualidade no hospital possivelmente passa pela análise das variáveis que compõem a prestação dos diferentes serviços separadamente e nos resultados globais que traduzem o grau de concertação atingido entre os profissionais, com seus saberes, recursos disponíveis e uma demanda com fluxo compatível. Naturalmente sob a regência do dirigente do hospital, sua autoridade máxima.

1.5. A direção hospitalar

A gestão não é uma ciência, nem técnica, nem arte, mas tem as dimensões dessas (Dussault, 1992), e requer capacidades como intuição, empatia, visão, imaginação e outras. Neste trabalho estará sendo empregado o termo gerente ou dirigente hospitalar para referir o responsável pelo hospital na sua instância máxima.

Azevedo (1995), citando Kinder (1988), apresenta um enfoque abrangente de gerência, quando refere ser “*constituída por um conjunto de problemas e métodos para manejá-los*”, comuns a qualquer setor ou atividade organizada. O enfoque de Merhy et al (1997) caracteriza a gestão institucional como “*um centro operador do jogo de disputas dos distintos agentes, inclusive no modo de conformar o espaço institucional público e privado*”. Neste sentido, explica ele que a tarefa principal é a de manter “*a organicidade funcional das partes com o todo*” tendo na informação a principal ferramenta de controle desta funcionalidade; e afirma que a gestão é uma “*propriedade*” de cada um e de todos ao mesmo tempo (idem), referindo-se à co-responsabilidade dos colaboradores.

A atividade de direção reúne a um só tempo a autoridade¹², a responsabilidade e o poder. Quem tem autoridade tem direito de tomar decisões, dar ordens e assumir compromissos, esclarece Chiavenato (1983).

Ortiz (1983) define responsabilidade “*desde el punto de vista administrativo como la obligación en que está todo miembro de un organismo de responder por la debida realización de los deberes que se le han asignado*”. No entanto, Matus (1997), caracteriza o sistema organizacional por algumas regras e elementos, dentre as quais figura a regra de responsabilidade. Refere-se à exigibilidade dos compromissos que se manifestam pelas características do sistema de prestação de contas e de cobrança. Ainda classifica, de acordo com essa regra, a existência de *dois tipos de sistemas organizacionais*: um de alta e outro de baixa responsabilidade, os quais definem a qualidade da gestão. **Alta responsabilidade** para este autor (idem), refere-se ao predomínio dos temas importantes e relevantes do dirigente; ao planejamento; a uma prestação de contas e desempenho, e ao predomínio da criatividade. Enquanto numa gestão de **baixa responsabilidade** predominam questões improvisadas e casos urgentes; não há cobrança ou prestação de contas por desempenho.

Junqueira (1992) aponta a existência de dois estilos extremos de gerência: o situacional e o burocrático, de acordo com a maneira como utilizam o planejamento, a organização, a liderança e o controle.

No estilo burocrático, cada uma destas práticas administrativas é mais detalhada, formalizada, diretiva e com controles abrangentes.

Já no estilo situacional, as características das práticas administrativas variam em função das tarefas. O que determina este estilo não é a formalização, mas a capacidade do gerente adaptar-se às necessidades da tarefa, da organização (Junqueira, 1992).

Tais estilos serão mais ou menos aparentes à medida que a tarefa assim demande. Enfatiza, todavia que há uma “*gama de relacionamentos entre estabilidade da tarefa e a flexibilidade do estilo*”(idem), dentro da capacidade de adaptação para reajustar decisões e ações, mediante as alterações de um contexto particular.

Numa abordagem tipológica, estabelecida por Lapierre (1993), este concorda inicialmente que “*gerir implica que seja preciso necessariamente intervir sobre*

¹² Autoridade para Holanda (1990) é o direito formal que assiste a uma pessoa, em virtude de sua posição, de decidir, determinar ou influenciar as ações de outros elementos da organização. A autoridade é introduzida através da hierarquia ou cadeia de comando, na qual as pessoas assumem cada vez mais responsabilidades, a medida em que ascende na escala profissional.

realidades exteriores ao gerente, essencialmente sobre os recursos internos da empresa e sobre o que os escritos em gestão chamam de ambiente”, mas complementa, que “a gestão é também uma prática que repousa fundamentalmente sobre a realidade psíquica do dirigente, sobre a sua interioridade”. Defende que o administrador atua exteriormente “*a partir da própria realidade interior*”.

Na exterioridade,

“a direção é animada pelo desejo de dominação, o que implica a distância e o poder sobre o outro. Observa que o gerente não tem a preocupação de compreender ou sensibilizar-se e utiliza limitadamente a de diagnosticar e conduzir. A atividade está centrada na explicação e racionalização, na interação e na influência. É o modelo mais aproximado da concepção convencional de direção. A comunicação é mediatizada por força da burocracia”(idem).

Sua aproximação da direção é do tipo racional-legal, “*formal*”. E suas relações baseadas na “*estima, admiração e respeito e o temor à capacidade das pessoas que o cercam*”. As “*relações de negócios e utilitárias*” são as alianças deste tipo de gerente, que busca, incessantemente, a eficácia e a produtividade como resultados.

Por outro lado, no papel da interioridade, o autor (idem) aponta que “*a direção é fundada sobre a aceitação do outro, sobre a capacidade de abandono do dirigente, sobre a capacidade de compaixão, uma capacidade de compreensão do interior*”. Se apóia na empatia, na liderança e nas ações que decorrem destas capacidades e cuja motivação que o leva a agir é de ordem moral. O método de interação e de influência é destacado pela implicação e o compromisso pessoal do gerente. Sua competência está ligada “*ao prazer de criar e de experimentar*”. No jogo político, utiliza método personalizado de comunicação. Como tem estilo pessoal, exerce a função de mentor, para o direcionamento da organização, junto com os colaboradores mais próximos. Os atributos deste tipo são a intuição, o julgamento, o desejo de transformar o mundo, questões éticas, aceitação, empatia, conduta, considerações morais e de auxílio mútuo, capacidade de visão, imaginação e resignação; atua como um mentor.

Tais características estão presentes nos administradores em graus variados, sendo difícil separá-los em estudos.

Vários autores (Cherubin, 1993; Dussault, 1992; Merhy et al, 1997; Cecílio, 1997) apontam que a administração do tipo participativa, colegiada e consensual, destaca-se como o melhor formato para alinhar a missão aos objetivos, e estes a bons resultados,

pois reconhece todos os profissionais, combate o corporativismo e é bom para o serviço de saúde.

Segundo Novaes e Motta (1996), as habilidades recomendadas para que uma pessoa possa se tornar um bom administrador hospitalar têm variado ultimamente. As variações referem-se ao enfoque da gerência como “*algo ambíguo, imprevisível, intermitente, fragmentado e de curto prazo, em lugar das tradicionais perspectivas de um cargo racional de planificação, análise e direção de médio e longo prazos*”. Mas Junqueira e Inojosa (1992) apontam que gerente eficaz é o que tem compromisso com a tarefa organizacional e mobiliza-se em função desta.

Junqueira (1992) esclarece que não há um estilo ótimo de gerência para os serviços de saúde, mas supõe que algumas características podem apresentar um gerente eficaz, tais como:

- ❖ fazer com que cada um cumpra sua função;
- ❖ assumir o compromisso conjunto de produzir serviços de saúde que satisfaçam à população.

O Ministério da Saúde (1997) orienta que, para uma boa administração hospitalar, há necessidade do cumprimento atento dos seguintes itens:

- 1) comprar bem;
- 2) gastar de forma racional;
- 3) produzir na potencialidade dos recursos;
- 4) satisfazer o cliente;
- 5) ter visão humana e profissional.

Para Novaes e Motta (1996), a integração e a coordenação efetiva que buscam os gerentes é sempre um trabalho inacabado, sendo exigido não só encontrar novos recursos, como também transformar as tarefas internas para acomodar novas informações, demandas e necessidades.

Devido a complexidade do trabalho multiprofissional, as prioridades dos gestores são as de criar condições para a realização desse tipo de trabalho:

- definindo mecanismos de tomada de decisão dentro das equipes;
- garantindo a estabilidade das equipes que criam ambiente de confiança;

- adaptando ao mecanismo de avaliação do desempenho; e,
- definindo estratégias de formação para facilitar a passagem do exercício individual ao trabalho em equipe.

Como há um compromisso e responsabilidade social, os papéis gerenciais do dirigente hospitalar vistos por Grabois (1993) estão no alcance da eficiência e eficácia assistencial e “*por representar um elo de ligação entre aqueles objetivos e a prestação dos serviços de saúde*”, é a gerência que desempenha este papel ao combinar pessoas, tecnologia e recursos na consecução dos propósitos. O bom aproveitamento não é fruto do acaso, mas composto de meios que integrem planejamento, coordenação, direção e controle.

As funções gerenciais encontradas na literatura organizacional têm seu referencial básico naquelas definidas por Fayol (Lodi, 1971), que são: planejar, organizar, comandar (dirigir), coordenar e controlar, acompanhados de quatorze princípios prescritivos para delinear a capacidade administrativa, em que são destacados aqueles que se referem ao “*direcionamento*” e à “*igualdade entre autoridade e responsabilidade*”. Explicando que aquele que detém a responsabilidade pelos resultados deve ter autoridade suficiente para decidir.

Para Motta (1985), citado por Azevedo (1995), as competências do dirigente são: definir objetivos; estabelecer prioridades; concentrar recursos; liderar; decidir; ter capacidade de produção; gerenciar idéias novas; ter capacidade de condução da organização num ambiente de descontinuidades e crises sucessivas.

Mintzberg (1973) referiu serem funções “*folclóricas*”, porque concluiu em seus estudos que o trabalho gerencial não é ordenado, contínuo e seqüencial, nem uniforme e nem homogêneo. E propôs três papéis básicos, desenvolvidos pelos gerentes, no processo de sua função, a seguir especificados:

1. Interpessoal - manifesto na representatividade legal da organização, no trabalho de liderança e organização;
2. Informacional - representando o centro mais completo de informações resultantes dos múltiplos contatos produzidos. Atua assim como monitor, difusor e porta-voz; Junqueira (1992) define como o papel gerencial, porque é “um fenômeno relacionável”, e não um atributo individual do dirigente;

3. Decisório- a partir dos subsídios informacionais são alavancadas a negociação, a conciliação, a alocação de recursos, como ação empreendedora. Define mecanismos de tomada de decisões através da formulação de objetivos e avaliação dos resultados.

Por sua vez, Déry (1994) utiliza-se da crítica de Aktouf (1989) que declara não encontrar nada de revolucionário nos papéis de direção de Mintzberg, e enumera muitos autores de onde derivam suas formulações, as quais apresentam fortes evidências de que as informações são recolhidas *a posteriori* para legitimar decisões já tomadas e em particular para um sistema de controle, levando os trabalhadores a coletar dados, cujas informações não lhe servem para nada. E assemelham-se a “*máquinas de tratamento de informações*”.

Há um consenso entre os autores (Azevedo, 1995; Cremadez, 1992; Junqueira & Inojosa, 1992; Dussault, 1992), que, quando o gerenciamento segue um modelo flexível, do tipo situacional, o gerente busca interagir, observar e entender o processo de trabalho dos profissionais e seu conjunto, para localizar pontos importantes e, a partir da sua identificação, demandar dados e informações, cuja análise revela o estado de coisas ou a “*situação*” da organização e o grau de adequação ou conformidade com a missão do hospital ou algum modelo gerencial.

Mas também, para Junqueira & Inojosa (1992) e Barbosa & Lima (1996), quando o gerente é eficaz, ele além de dominar as técnicas de gestão, possui o compromisso com a tarefa organizacional e é capaz de mobilizar o conjunto da organização de forma criativa e participativa, para essa tarefa. Assim, destaca a capacidade interpessoal e intelectual para identificar problemas e ler/entender o funcionamento de uma organização profissional; o processo de produção de serviços de saúde; a rede de relações de sua organização com o ambiente; as necessidades da comunidade; a sua distribuição e evolução.

Com base na constatação de que predominam os médicos na direção hospitalar Azevedo (1995) e Novaes & Motta (1996), que estudaram a formação e o exercício profissional do médico e do cargo de direção, concluem, na perspectiva da gerência, que o processo se dá através dos seguintes mecanismos:

- 1) Obtenção de resultados por meios dos outros;
- 2) orientação prioritária a objetivos e resultados do trabalho coletivo;
- 3) acesso às informações, sobretudo por análise das relações da organização com seu ambiente por interfaces;

- 4) controle das tarefas por uma perspectiva de decisão e opção;
- 5) pressões para preocupar-se por perspectivas de médio e longo prazos;
- 6) trabalho fragmentado, intermitente e imprevisível;
- 7) tendência a adquirir uma perspectiva da organização baseada em fatores do contexto externo;
- 8) relações humanas variadas e baseadas em relações hierárquicas internas e pessoas ou grupos externos;
- 9) comunicação interpessoal intensa, diversa e com alto número de interlocutores;
- 10) trabalho potencialmente avaliado por categorias ambíguas e com impacto de médio e longo prazo.

Ainda Azevedo (1995), em seu estudo sobre o perfil dos dirigentes hospitalares de hospitais públicos, define o cargo como sendo ocupado na sua totalidade por médicos, quase 90% homens, formados em medicina há mais de 16 anos, naquela época, com idade variando entre 41 e 61 anos, e só 32% com especialização em administração hospitalar e 52% com cerca de um ano no cargo de direção. Este cargo evidencia alta rotatividade como aponta esta autora (idem) e outros estudiosos da área, no Brasil.

Para Morin (1998), *”a complexidade atrai a estratégia. Só a estratégia permite avançar no incerto e no aleatório”*. E conceitua estratégia como: *“a arte de utilizar as informações que aparecem na ação, de integrá-las, de formular esquemas de ação e de estar apto para reunir o máximo de certezas para enfrentar a incerteza”*.

Neste ponto, Dussault (1992), aponta como uma das estratégias mais importantes de gerenciar serviços de saúde a da seleção de pessoal e refere outra, que é a formação de unidades de produção.

A leitura da organização é uma capacidade de escutar ruídos; de se relacionar e reconhecer as diferenças; de assegurar a mobilização e convergência das ações; de integrar os esforços aos objetivos e finalidades dessa organização; de responder às demandas do ambiente (governo, associações, fornecedores, etc); da comunidade externamente e, aos profissionais de dentro da organização. Este perfil compõe um estilo mais participativo, criativo e com base na perspectiva da interioridade do gerente.

Também é consenso que a informação de boa qualidade é a chave instrumental da ação gerencial, porque é uma estratégia eficaz, ao que Mintzberg (1973) complementa que os dirigentes passam cerca de 80% do seu tempo em atividades de informação.

Junqueira & Inojosa (1992) concluem seu artigo esclarecendo que “*a gerência é importante na eficácia da prestação de serviços de saúde, não apenas treinando os dirigentes do setor público, mas mudando suas condições de trabalho, responsabilizando-os pelos resultados e comprometendo-os com os objetivos da saúde coletiva.*” (Merhy, et al, 1997), porque, para os autores, já é passado o tempo de liderar uma nova consciência para mudar comportamentos e atitudes frente aos usuários.

1.5.1. Os conhecimentos necessários e o preparo para a função

As referências básicas do trabalho da alta gerência ou administração são invariavelmente a missão, os objetivos e as responsabilidades sociais do hospital que dirige.

Trata-se de um trabalho complexo, desgastante, que combina pressões de curto e longo prazo, exige uma visão global em um meio instável, fragmentado e com constantes tendências à divisão.

Para Novaes & Motta (1996), a maioria dos gerentes dos hospitais toma contato com a gestão unicamente quando assume seu primeiro posto administrativo; chega sem nenhuma preparação sistemática para o cargo e presume que sua experiência técnica, seu sentido comum e sua prática anterior, em funções de liderança, são suficientes para garantir um bom desempenho no hospital. Problema maior é o da nomeação por critério político, contemplando um jogo de interesses, ao invés de se dar pela competência gerencial e formação, como destaca Dussault (1992).

E complementam que “*apesar de serem úteis, estes fatores são insuficientes para converter uma pessoa em um bom gerente*”, mas esta idéia está tão arraigada que merece uma análise mais minuciosa. Cherubin (1993), sem amenizar, declara que “*a administração do hospital é uma atividade tão complexa, delicada e problemática que nunca deveria ser exercida por amadores, mesmo que sejam da área de saúde, como os médicos.*” Para Junqueira & Inojosa (1992) “*gerenciar significa não apenas dispor de recursos, mas de poder para a sua alocação e realocação.*” Porque o imprevisível, as mudanças rápidas e as tecnologias inovadoras estão revolucionando o cotidiano do

gerente. Tais fatos exigem soluções rápidas para os ditos “*problemas não estruturados*”, a que Matus (1997) refere serem aqueles de especialidade da alta administração, pois requerem experiência, conhecimentos e uma velocidade própria de administradores perspicazes.

Para Dussault (1992), a importância da formação do dirigente está ligada:

- ao conhecimento dos conceitos e modelos explicativos que ajudam a entender o funcionamento do sistema de saúde e de serviços;
- aos fatores ligados à saúde e às necessidades de uma comunidade;
- ao quadro jurídico e institucional da organização e da prestação de serviços,
- à dinâmica das relações entre os atores do setor saúde; e,
- à decisão e escolha das prioridades para a alocação dos recursos.

Para Dussault (1992), a formação pode ajudar o gerente a aprender, incluindo a “*arte de escutar*”, a “*ler*” sua organização e seu ambiente, a tirar lições de seus sucessos e fracassos, a tornar-se o formador dos seus colaboradores. Ao que Senge (1990), sintetiza ser o *aprendizado organizacional*, além de desenvolver a capacidade de adaptar a situação às contingências.

Além da própria ética de servidor da comunidade, o dirigente precisa suscitar a adesão dos membros da organização a essa ética, através da capacidade de integrar grupos e criar uma rede de compromissos (Harrow & Willcocks, 1990).

Cherubin (1993), coordenador de um complexo hospitalar de caráter nacional e experimentado profissional de ensino nesta área, esclarece que a formação de um profissional da administração hospitalar demora de dez a doze mil horas, compreendendo as partes acadêmicas e práticas.

Para finalizar este capítulo que contribui para o presente estudo com a visão sistêmica da assistência e as formas de definição e verificação da sua qualidade. Também contribui com as especificações sobre o trabalho do dirigente no enfoque da responsabilidade social, legal e no compromisso com a qualidade desta assistência, assim como orienta as necessidades de formação e capacitação para produzir decisões alicerçadas em conhecimento e informação.

A partir desta revisão pode-se localizar os pontos cruciais das inter-relações no interior da assistência hospitalar e, a partir destes, possibilitar a produção de indicadores capazes de “olhar” o hospital através de uma lente de aumento que percebe os pontos de estrangulamento do fluxo assistencial contínuo esperado.

Capítulo II

O gerenciamento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

2.1. Historicidade do problema e das soluções

A descoberta da rota de transmissão das infecções por Semelweiss, em 1854, mesmo antes da descoberta dos microrganismos por Koch, Lister, ou Pasteur, introduziu muitos conhecimentos na prática assistencial e na epidemiologia, além da identificação das mãos dos médicos na rota de transmissão dos agentes que causavam a morte das puérperas, no Hospital de Viena.

Mesmo com a introdução experimental de um produto para anti-sepsia das mãos dos estudantes, após o manuseio de cadáveres, que resultou na diminuição significativa das mortes, Semelweiss não teve muitos adeptos de suas idéias na época. Todavia, dois anos mais tarde, a enfermeira italiana Florence Nightgale de família inglesa, em um hospital de guerra, estabeleceu os princípios da higiene e da qualidade assistencial, resultando em aumento da sobrevivência dos soldados hospitalizados. Esta enfermeira foi a pioneira na vigilância epidemiológica, nos princípios de higiene, como princípio da qualidade assistencial e da enfermagem científica.

No Brasil, o controle de infecção hospitalar teve início oficial na década de 80, com a promulgação da Portaria GM-MS 196 (Brasil, 1983). A partir da criação da Lei reguladora do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), em 1990, o Programa adaptou-se através de nova portaria, normatizando a descentralização das ações e avaliação dos efeitos já obtidos (Brasil, 1992). Começava paralelamente a tramitar projeto de Lei que culminou, em 1997, com a promulgação da reduzida Lei 9431 (Brasil, 1997), que suprimia radicalmente os artigos referentes à alocação profissional para efetivar o PCIH, bem como o cabedal de ações básicas. No entanto, garantiu a obrigatoriedade da existência de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar em cada instituição do

Território Nacional e a existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), como órgão responsável por seu funcionamento nos hospitais.

A Portaria 2616 (Brasil, 1998) regulamentou a Lei, ampliou-a em direção aos Estados e Municípios, além da coordenação nacional, e se adequou às necessidades apontadas pelo Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em Hospitais Terciários e da Avaliação da Qualidade das Ações em Controle de Infecção Hospitalar nestes mesmos hospitais em 1994 (Prade et al., 1995 a, b).

No entanto, a dificuldade de compreensão dos dirigentes do nível central, sobre amplitude e conteúdo deste programa de saúde, extinguiu o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria de Política de Saúde em 1998. Ao transferir o PCIH nacional para a recém-fundada Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999, o programa passou a exercer a função fiscalizadora e reativa iniciativas ultrapassadas de sensibilização e de campanhas de fraca eficácia. No ano 2000 cria um roteiro de inspeção (Brasil, 2000) de conteúdo tão subjetivo, sem critérios ou precisão, que atenta à pertinência e adequação dos atos decorrentes de inspeções que o utilizam para autuar, multar, e outros. Agrava-se com o fato dos inspetores terem formação de, no máximo, 40 horas sobre o tema.

Tais fatos poderão estar em mais uma vez introduzindo atrasos importantes no desenvolvimento dos conhecimentos e práticas desta atividade no Brasil, como ocorreu com a extinção do PCIH no Ministério da Saúde, no momento em que ocorria paralelamente a introdução de um estudo epidemiológico sem fim, por um grupo com finalidades comerciais e auto-promocionais, limitados em eficácia e sem validade, com a ilusória função finalística das ações do PCIH.

2.2. Por que um Programa de Controle de Infecção Hospitalar?

As infecções hospitalares (IH) são consideradas iatrogenias, ou um tipo de evento adverso originado da assistência hospitalar. No Brasil, um conceito oficial (Brasil, 1998), define sua origem: *“quando se manifesta a partir de 72 horas de hospitalização e antes desse período, quando puder ser relacionada aos procedimentos ali realizados”*.

Quando uma infecção adquirida no hospital acomete o funcionário ou o profissional é denominada doença ocupacional e as infecções que acometem os

pacientes antes de entrar no hospital ou sem relação com a manipulação hospitalar são chamadas de infecções comunitárias (Brasil, 1998).

Uma fração dessas infecções é prevenível (Haley et al, 1985), mas varia de acordo com o nível de cultura assistencial vigente, porque as causas preveníveis estão relacionadas à qualidade técnica e operacional com que são instalados e mantidos os procedimentos invasivos, quer para diagnóstico, quer para terapêutica. As infecções consideradas não preveníveis são aquelas associadas aos fatores intrínsecos, constituídos pela fraca resposta imunológica às infecções, como exemplifica: o recém-nascido, o idoso, o paciente oncológico, o diabético e com síndrome de imunodeficiência adquirida, ou aquele paciente submetido à radioterapia, quimioterapia e corticoideterapia, incluindo também, o obeso e o desnutrido.

Além desses pacientes, que têm na terapêutica ou no estado patológico e orgânico as causas de suscetibilidade para infecções hospitalares, ainda existem aqueles que são produzidos pela própria internação hospitalar, mesmo que não sofram procedimentos maiores. Esta fisiopatologia pode ser assim descrita, a partir da internação de um paciente cardiopata, por exemplo:

- a) A internação reduz as defesas imunológicas, devido ao estresse da doença, da temeridade pela hospitalização e pelo medo de perder a vida;
- b) Permanecendo no hospital além de 48 horas já tem o aparelho digestivo totalmente colonizado com os microrganismos do hospital (Wenzel, 1993).
- c) O uso de diferentes tipos de antimicrobianos, ou mesmo de um só, usado na ausência de infecções, elimina a flora residente de diversos órgãos de proteção, como a pele e as mucosas.
- d) A permanência prolongada irá possibilitar múltiplos ataques microbianos que exigem múltiplas respostas imunológicas, até que chega o momento em que o agente tem alta virulência e patogenicidade e os mecanismos de defesa falham, instalando-se a infecção hospitalar.

Como fenômeno epidemiológico, as infecções hospitalares dependem da presença de agentes microbianos, os quais tem características próprias, se alojam e se reproduzem no corpo humano e fora dele. Sendo transmitidos para novos hospedeiros, formam uma cadeia de eventos, como está demonstrado na figura 3.

Os microorganismos das infecções hospitalares não agem da mesma forma que nas doenças transmissíveis, onde demonstram ciclos definidos e conhecidos. Nas infecções hospitalares, um tipo simples comensal e saprófita (no organismo hígido) de microrganismo é capaz de infectar qualquer localização corporal (Lenette, 1987). Esses microrganismos são os cocos Gram positivos (*Staphylococcus sp* e *Streptococcus sp*), Bacilos Gram negativos (Enterobacteriaceas, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas sp*, e outros oportunistas como *Acinetobacter sp*, *Serratia sp*, e outros. Alguns vírus e fungos são, da mesma forma, importantes nas infecções hospitalares como o vírus sincicial respiratório, o rotavírus, e a *Cândida sp*.

O principal reservatório e fonte desses agentes é o pessoal hospitalar que figura como hospedeiro sadio. O paciente infectado é o hospedeiro doente e os demais humanos se pouco freqüentarem o hospital são portadores predominantemente de flora comunitária.

No ambiente esses agentes microbianos se perpetuam em fontes aquosas e poeiras, de onde são transmitidos indiretamente, principalmente pelas mãos do pessoal hospitalar. Atingem os hospedeiros suscetíveis ou aqueles produzidos pela permanência hospitalar, através da múltipla manipulação dos tratos estéreis, para instalar e manter sondas, tubos, cateteres e todos aqueles procedimentos que invadem a via circulatória, o sistema nervoso, os tratos renais, respiratório inferior, os espaços peritoneais, mediastínico, ósteo-articular, muscular e sub-cutâneo, considerados estéreis e, portanto, de alto risco para infecção hospitalar.

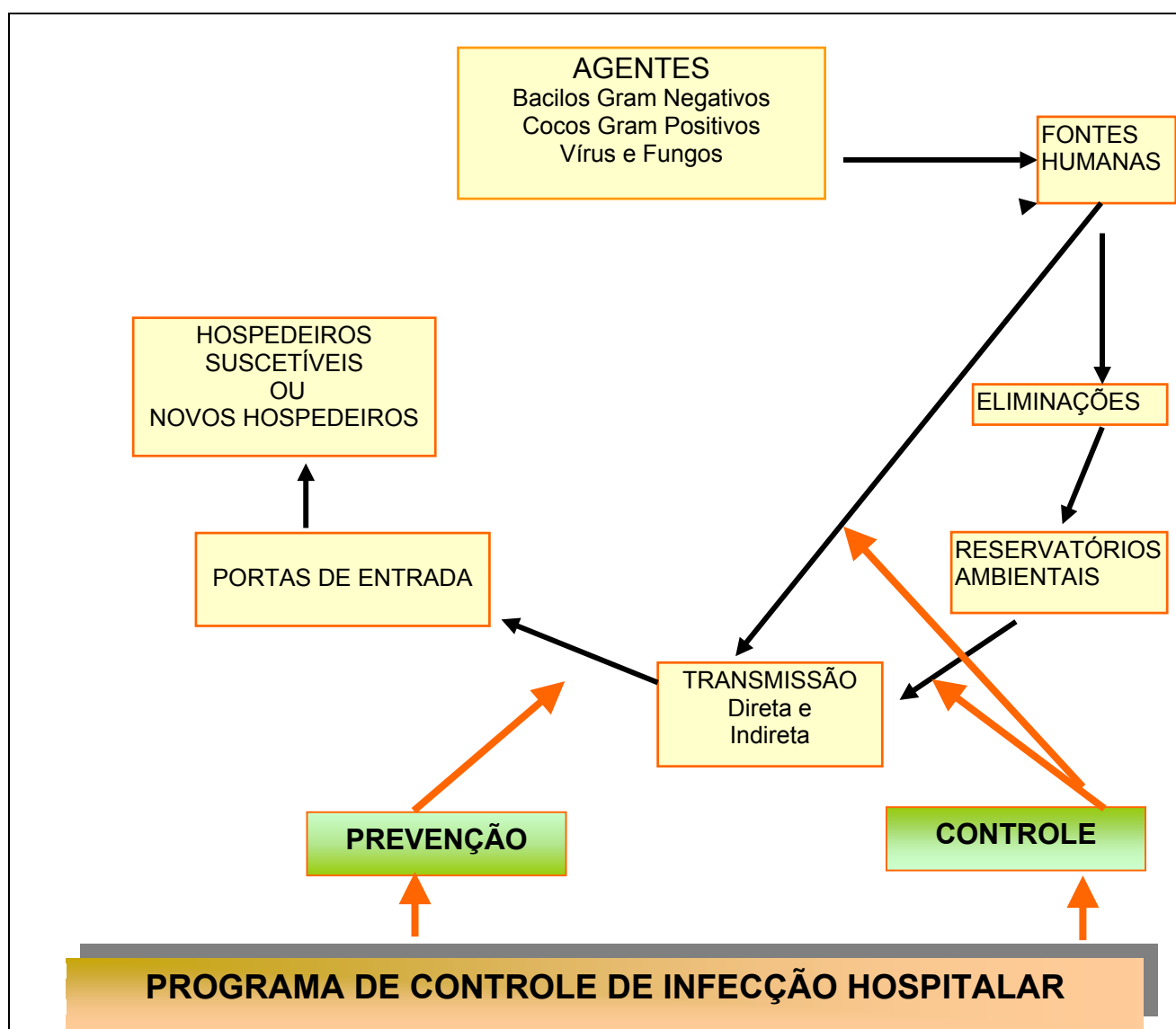
2.3. Âmbito da atuação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar, se insere na cadeia epidemiológica (figura 3) com a finalidade, por um lado, de *prevenir o acometimento de pessoas por agentes patogênicos, nos tratos considerados estéreis, principalmente*, porque este tipo de prevenção é possível e reduz a presença do fenômeno nos hospitais. E, por outro lado, cumpre a finalidade de *controlar a disseminação dos agentes, para outros pacientes e para o pessoal hospitalar*, porque as fontes de infecção são conhecidas e medidas de controle devem ser instituídas e praticadas.

Segundo Haley et al (1985) é possível reduzir as infecções hospitalares preveníveis em até 32%, em hospitais com bom padrão de atendimento, para países centrais. No Brasil é possível reduzir muito mais, como exemplificam os 140% obtidos

num serviço de neurocirurgia na última década (IFF, 1990). O tempo de internação e os custos assistenciais são concomitantemente reduzidos por ação do PCIH, segundo Haley (1991, 1992); Jendresky et al (1997); Dachner (1989); Körbes (1982) e outros. Se nos países centrais este objetivo é perseguido, em países como o Brasil todo o recurso que for salvo para reinvesti-lo na melhoria da qualidade de programas sociais é desejável e necessário.

Figura 3. O fenômeno epidemiológico das infecções hospitalares e seu controle.



À revelia desses fatos, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar como um programa de saúde, de ação hospitalar, segundo a Lei que rege esta matéria (Lei 9431/97), é obrigatório em todo o hospital do Território Nacional, com a finalidade de

manter as infecções hospitalares em níveis aceitáveis, para cada tipo de instituição (Brasil, 1997). Sua função é de assessorar o dirigente do hospital e gerenciar as ações de prevenção e controle dessas infecções (Brasil, 1998) e segundo a Lei 9431(Brasil, 1997).

O conteúdo do Programa de Controle de Infecção Hospitalar define sua abrangência, o que permeia a atividade hospitalar. Segundo a Associação dos Profissionais do Controle de Infecções (APIC, 1996), nos EUA, são as seguintes as áreas temáticas ou atividades:

- Epidemiologia e Estatística;
- Microbiologia;
- Infecções Hospitalares;
- Sistema de Isolamentos;
- Limpeza, Desinfecção e Esterilização;
- Cuidado de Crônicos;
- Endoscopias;
- Anti-sépticos e anti-sepsia;
- Saúde ocupacional;
- Educação;
- Métodos de análise de dados;
- Doenças infecciosas e topografias de infecção;
- Práticas assistenciais hospitalares e ambulatoriais;
- Produtos farmacêuticos e seu uso;
- Serviços de Apoio;
- Normas Administrativas para o PCIH.

A OPAS (Novaes, 1996) destaca, entre os temas componentes do PCIH, o serviço de epidemiologia hospitalar, a antibioticoterapia e os novos agentes microbianos hospitalares.

Por um lado, a sociedade profissional enfatiza o conhecimento científico e técnico; por outro, o órgão de saúde macrorregional enfatiza a organização básica do programa. No Brasil, as ações propostas oficialmente para o PCIH (Brasil, 1998), são resumidos a:

- vigilância epidemiológica;
- limpeza, desinfecção e esterilização;
- microbiologia;
- farmácia hospitalar;
- produtos antimicrobianos de ambientes e de uso sistêmico e tópico;

Ressalta a OPAS (Novaes, 1996), que a organização do Programa de Controle de Infecções “*depende de apoio político e administrativo, e de uma clara exposição de objetivos*”, e que, para a implementação de um programa desta natureza, são necessárias normas administrativas, treinamento em serviço, vigilância, supervisão e resolução efetiva de problemas (idem). E conclui que, “*o êxito depende de uma organização correta dos conhecimentos, da criatividade e disposição da equipe de saúde*”. (idem).

2.4. Os princípios gerenciais do PCIH e sua assessoria ao dirigente

Cabe aqui a distinção destas atividades no sentido de melhor entender em que tipo de inserção se encontra o PCIH no hospital.

O PCIH deve ser organizado e efetivado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que, na Portaria GM-MS 2616/98 (Brasil, 1998), tem a denominação equivocada de “*núcleo consultor*”. E também de um “*núcleo executivo*”, reconhecido neste meio profissional como Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

A natureza do trabalho da CCIH é:

- deliberativa, em relação ao desenvolvimento do PCIH, a partir das questões trazidas para a pauta de discussões pelo SCIH; e,
- de assessoria em relação aos níveis decisórios superiores do hospital, como a direção e o conselho do hospital.

Esta Comissão é constituída por representantes-líderes das unidades hospitalares assistenciais e de apoio, de acordo com as definições locais de importância ou risco para os pacientes. Basicamente, devem estar representados os serviços médicos, de enfermagem, de microbiologia, farmácia e administração e aqueles que se julgarem necessários, em função do risco de aquisição de infecções hospitalares em cada unidade do hospital.

As deliberações da CCIH são resultantes das decisões tomadas pelos seus componentes, no sentido em implantar, modificar ou mesmo suprimir rotinas técnicas e operacionais da assistência hospitalar; conduzir estudos epidemiológicos, ações educativas ou emergenciais. Estas deliberações da CCIH só podem entrar em funcionamento com a aprovação e apoio do dirigente do hospital ou seu conselho.

Os representantes da CCIH são os agentes facilitadores das ações a serem desenvolvidas pelo SCIH, nos segmentos profissionais ou nos serviços do hospital. Os representantes cumprem com o papel de apoiar e participar das ações do SCIH no interior das suas unidades, porque este serviço tem apenas autoridade técnica e não autoridade de linha, de que as demais gerências desfrutam.

A assessoria prestada pela CCIH aos diferentes níveis hierárquicos do hospital tem característica predominante de tecnoestrutura, porque, de acordo com a definição de assessoria de Mintzberg (1995), existem dois tipos distintos, a seguir definidos:

- ❖ a tecnoestrutura é ocupada por assessores especialistas e tem a função de prestar serviços à organização, atuando sobre as tarefas dos outros, planejando, delineando, alterando, treinando onde os operadores são os outros. *“A tecnoestrutura só é eficaz se utilizar técnicas analíticas para tornar o trabalho dos outros eficaz”*. Os assessores desta ordem são chamados de analistas e desempenham funções de analisar a padronização de processos, a produtividade, os controles, e outros. O autor refere que em empresas desenvolvidas essa assessoria atua em todos os níveis hierárquicos;

- ❖ a assessoria de apoio atua como uma empresa independente, auto-suficiente, com linha de produção ou prestação de serviços próprios, como apoio ou meio, dentro dos propósitos de uma instituição.

Mintzberg (1995) complementa que as duas assessorias podem atuar conjuntamente em certas empresas.

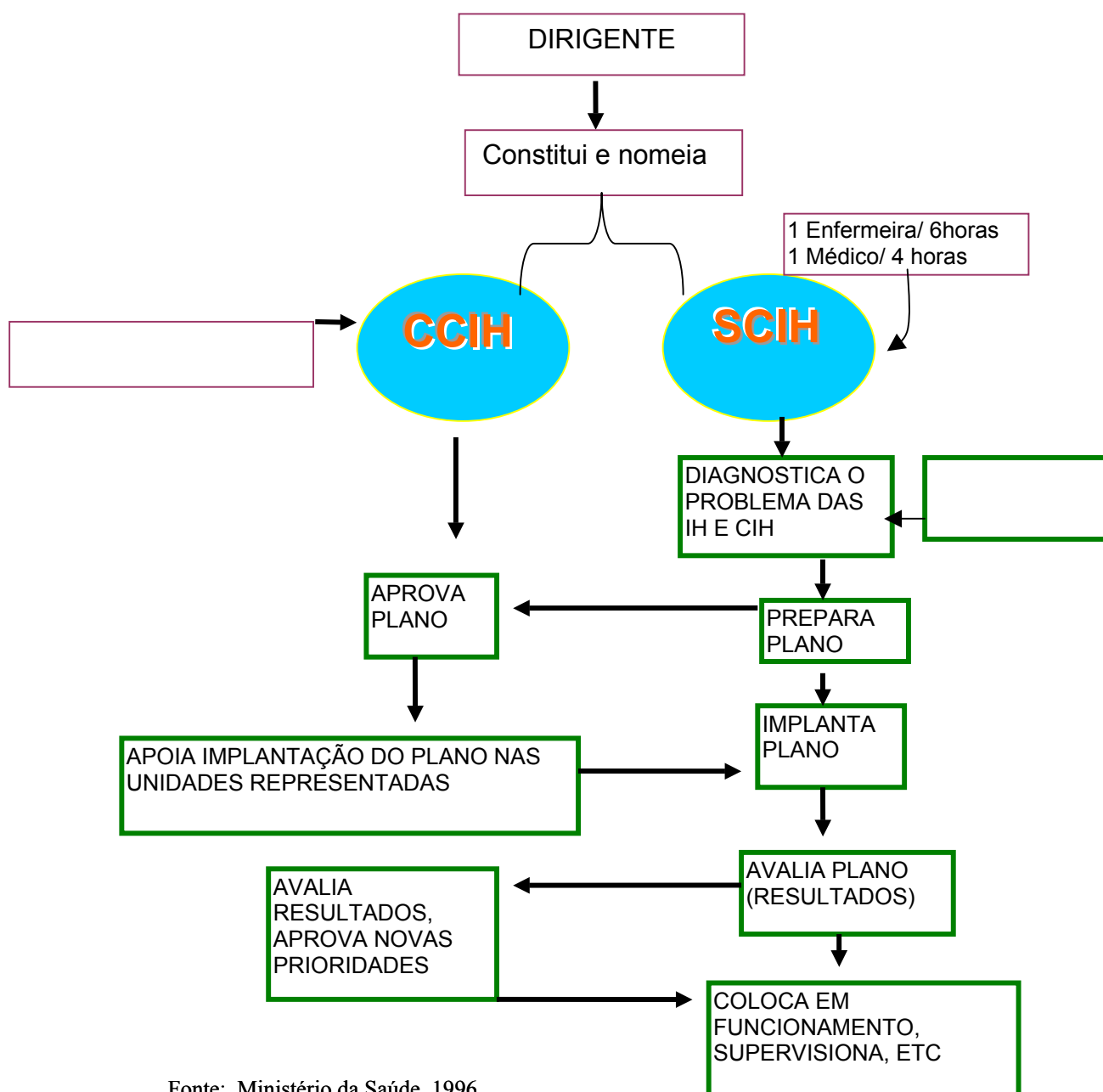
O PCIH é um tipo de assessoria que mais se identifica com a tecnoestrutura, porque, por um lado, analisa o processo assistencial pró-ativamente e, a partir dos resultados, normatiza condutas técnicas, no sentido de minimizar o problema da iatrogenia hospitalar. Além disso, realiza a educação em serviço, avaliando os resultados, que são as informações com as quais se instrumentaliza para argumentar, persuadir, encorajar e motivar para as mudanças necessárias.

O SCIH é constituído geralmente por enfermeiros e médicos, e na Portaria que regulamenta a atividade (Brasil, 1998) inclui-se uma fração de 200 leitos para cada 6 horas de trabalho, com possibilidade da participação de um farmacêutico. A atividade do SCIH é gerencial e a função refere-se às ações de vigilância, educação, supervisão, orientação, negociação e elo de ligação entre equipes e serviços. Na figura 4 é possível visualizar o fluxo de ações da CCIH e do SCIH.

As características deste gerenciamento são similares àquelas que Mintzberg (1995) denomina de “*gerentes integradores*”, porque sua grande atividade é a do ajustamento mútuo, como se torna necessário para que médicos, enfermeiros, nutricionistas e serviços se ajustem para o fornecimento de produtos ou serviços, de acordo com os preceitos de normalidade e qualidade da assistência. O gerenciamento do PCIH tem, como base de atuação para as intervenções a vigilância do fenômeno em relação aos fatores de risco localizados, tanto nas condições materiais da assistência, quanto nas práticas desempenhadas pelos profissionais que prestam os serviços.

Mintzberg (1995) esclarece que este tipo gerencial não é fácil, porque “*tem a dificuldade inicial de influenciar o comportamento de pessoas, sobre as quais ele não tem autoridade formal*”. Esclarece que o objeto de trabalho deste gerente “*são as informações, os contatos, a capacidade de criar confiança e encorajar a tomada de decisão mais eficaz em razão de sua perspectiva mais ampla*”.

Figura 4. Fluxo de interação da CCIH com o SCIH.



Fonte: Ministério da Saúde, 1996.

Finaliza definindo que a eficácia do gerente integrador “*parece exigir alta necessidade de afiliação e uma habilidade de permanecer entre grupos conflitantes e ganhar a aceitação de ambos sem ser absorvido por nenhum deles*”.(idem)

Cecílio (1997) reclama a inexistência de um gerente “*animador da equipe*”, com a função de:

- ❖ integrar de fato os vários profissionais que atuam na unidade em outros arranjos capazes de quebrar a lógica segregadora das corporações;
- ❖ conseguir que os membros da equipe conversem de forma sistemática entre si, assumindo sempre compromissos centrados na qualificação do atendimento a ser prestado ao paciente;
- ❖ coordenar o processo de avaliação do desempenho da unidade na perspectiva de sua missão; avaliar a qualidade das informações geradas; e,
- ❖ avaliar regularmente a satisfação dos clientes externos e internos.

Cabe então uma pergunta: Este agente não é o gerente do PCIH?

A resposta é afirmativa, no entanto esse “*animador da equipe*” precisa de técnicas e preparo para atuar nesta tarefa e ter êxito ou eficácia.

Na busca de experiências gerenciais descritas na literatura especializada, realizou-se algumas revisões, encontrando-se apenas na APIC (APIC, 1996), e em obra anterior (Prade, 1988), relatos com enfoque gerencial do PCIH, como segue:

- ❖ A APIC (APIC, 1996), sugere utilizar os mecanismos de gerenciamento da qualidade total com o emprego do ciclo “*PDCA*” (plano, ação, checagem e avaliação);
- ❖ no Método de Controle das Infecções Hospitalares Orientado por Problemas (Prade, 1988), as informações originam-se de múltiplas avaliações e são seguidas da análise de prioridades, cuja decisão pode levar às ações imediatas ou mediatas e na rotina do planejamento, são avaliados os efeitos das ações implantadas, a partir dos quais, identifica-se a pertinência das ações na solução dos problemas ou decide-se a recondução da intervenção para outro enfoque.

Hoje, os PCIH são coordenados por enfermeiros e médicos, com grandes dificuldades de demonstrar a eficácia e a utilidade de suas ações (Scheidt, 1997). Muitos fatores podem estar associados a este desempenho, podendo-se supor, por um enfoque, que devido à obrigatoriedade do PCIH em todo hospital brasileiro há necessidade de manter profissionais nestes cargos, mas por outro, não há requisitos para o preenchimento destes cargos, podendo ser ocupados por profissionais sem interesse ou

disponibilidade para o aprimoramento. Mas os resultados verificados através de diferentes estudos e na multiplicidade de surtos, atestam a ineficácia dos resultados.

Se olhar através da aptidão profissional, os enfermeiros são os mais aptos para gerenciar, porque têm em sua formação disciplinas de administração hospitalar e de gerenciamento do cotidiano hospitalar, o que inexistente no currículo médico. Mas, como o médico detém o poder hegemônico em qualquer inserção de grupo, figura como o gerente do Programa em muitos hospitais, mesmo sem noções gerenciais, assim como ocorre no cargo de direção.

Mas nenhum dos profissionais possui formação específica para o gerenciamento do PCIH, o que pode estar repercutindo na fragmentação das atividades e na segmentação das ações, de acordo com o tipo profissional que coordena tal programa. Fragmentação vista frequentemente na atividade exaustiva e finalística de vigilância epidemiológica, sem que os relatórios desta monitoração sejam interpretados ou analisados (Prade, 1993), ou que ações consolidem um processo de decisão e planejamento sistêmico no hospital.

De acordo com os princípios encontrados em muitos modelos gerenciais, quer sejam da qualidade, por objetivos, estratégico, por problemas, o gerenciamento se baseia na busca de dados e na produção de informações por avaliação, vigilância, investigação, monitoração, e outros, para verificar a situação epidemiológica e de desempenho do hospital e dos profissionais. Estas informações devem suscitar decisões e intervenções que colocadas em ação, juntamente com os demais atores da assistência, têm seus efeitos verificados pelos mesmos métodos pelos quais se descobriram os problemas, e assim sucessivamente.

2.5. A função do PCIH na melhoria contínua da assistência

O PCIH é considerado por muito autores, (Galvão & Mendonça, 1996; Conti & Jacobson, 1996; Larson, 1986; Novaes & Paganini, 1996; Brasil, 1996; Berwick, 1994; Novaes & Paganini, 1994; Rosales, 1991; Nicz & Karman, 1993; Wenzel & Pfaller, 1991), como o mais antigo programa de qualidade assistencial hospitalar. O fluxo das ações de planejamento, seguido de intervenção, avaliação, em que as prioridades se revezam, é um processo de melhoria contínua.

Na melhoria contínua, sucessivos patamares de qualidade (leia-se, adequação com o esperado) são conquistados e mantidos sob vigilância, indefinidamente. Isso porque, através do controle estatístico dos processos (Kume, 1989), pode-se verificar e vigiar o desempenho de cada parte do processo de produção ou de serviços. Identificando o que está fora de controle (ou de adequação), é possível realizar esforços de correção, re-equilíbrio, mudanças ou o que seja pertinente de forma dirigida e pontual. Ajusta-se o sistema a partir do re-equilíbrio das partes.

Conti & Jacobson (1996) descrevem o processo de melhoria contínua, que tem na estatística e na epidemiologia a sua base. Os resultados evidenciam o grau de êxito das intervenções realizadas no processo de trabalho. Mas alertam que, para entender as medidas de processos e resultados, há necessidade de evidenciar forte relação entre a avaliação tecnológica e a de qualidade; a confiabilidade e validade das medidas dos resultados e o desenvolvimento contínuo do estado de saúde, dos modelos de referência e das medidas de satisfação.

Para o Controle de Infecções Hospitalares os esforços concentram-se em minimizar o problema das infecções hospitalares e ocupacionais (Novaes & Paganini, 1996). Nestes se incluem a qualificação dos conhecimentos e habilidades técnicas e operacionais de toda a equipe de assistência na realização e manutenção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Por outro lado, também devem conhecer e dominar as técnicas de proteção própria e do ambiente, quando enfrentam o manuseio de contaminações diversas e de produtos químicos.

Na prática da melhoria contínua, a experiência (Prade, 1988) evidencia que o uso de coeficientes de correlação (Teste Z) entre resultados seqüenciais de observação apontam os problemas ou sua solução, através do estudos destes coeficientes. Mas, também apontam aqueles problemas potenciais, pela aproximação dos coeficientes ao escore de relevância estatística negativa. Em outras palavras, o coeficiente do Teste Z, que calcula a correlação de melhora ou piora do desempenho entre períodos, pode demonstrar a potencialidade dos problemas, assim como a intervenção precoce pode prevenir o aumento dessas infecções (idem).

Nestas circunstâncias, a atuação do PCIH na melhoria contínua se faz de duas maneiras: pela vertente do gerenciamento diretamente junto da assistência e seus prestadores e, na assessoria, pela capacidade de influência e motivação para decisões pertinentes e adequadas.

As vantagens da existência efetiva de um PCIH está na redução de custos e tempo de internação, assim como no aumento da produtividade e racionalidade de uso dos recursos (Haley, 1986,1992; Dachner, 1989; Jendresky et al, 1997; Martone, 1991; Körbes, 1982; Haley et al, 1985).

Este capítulo contribui para a compreensão do âmbito de abrangência da legislação brasileira e da ciência para a efetivação do Programa, nacional e obrigatório, de Controle de Infecção Hospitalar, esclarecendo as bases do fenômeno epidemiológico e os componentes para seu controle.

A revisão das recomendações mais importantes no nível profissional, macrorregional e nacional contribui para a formulação de um modelo estrutural de gerenciamento do PCIH e da sua assessoria observado no capítulo IV.

A importância da definição do processo de trabalho desenvolvido pelo gerente no interior da assistência hospitalar se presta para estabelecer os indicadores que definem a profundidade da ação deste Programa e as formas de observar seus efeitos.

Capítulo III

A informação que apóia a decisão e movimenta a qualidade assistencial no hospital

Este capítulo dedica-se a uma revisão sobre o tema informação, com a clareza de que se trata de um processo ativo, integrado e vivo, que se origina da necessidade humana de conhecer, saber e entender alguma situação em suas múltiplas facetas.

Parte-se da definição dos conceitos, para depois delinear tipos, requisitos e atributos das informações que compõem os sistemas de informações gerenciais, e sua função no apoio às decisões.

Interessa esclarecer as várias etapas da construção da informação para a compreensão humana e gerencial. Assim, busca-se entender não só o processo de obtenção de dados válidos e confiáveis, para gerar informações de boa qualidade, mas também os efeitos de seu processamento, análise e divulgação na geração de conhecimentos e decisões para a mudança.

Baseados no fato de que a informação em saúde é concebida para ampliar o conhecimento da realidade epidemiológica, nosológica, social, econômica e outras, com o propósito de embasar decisões para diferentes finalidades, passa-se a descrever o que segue.

3.1. O processo de informação para apoiar decisões

A revolução das novas formas de tratar informação pode ser vista pelo melhoramento da capacidade do uso destas na tomada de decisões; verificando a transparência das organizações; pela diminuição das restrições de acesso e uso, bem como da remoção das barreiras geográficas e hierárquicas, além do acesso instantâneo e em tempo real.

O atual estágio de desenvolvimento da informática, e seus recursos redimensionaram a comunicação humana, e como recurso impõe uma nova perspectiva para sua organização e uso. Através do processamento de dados, da comunicação destes, e das informações em rede, os dirigentes das organizações estão na oportunidade

de se modernizar e escolher, caso o imobilismo ou a própria organização, estejam em extinção.

Para Cremadez (1992), o sistema de informação no hospital constitui um fator poderoso de coesão, porque permite atender desde níveis detalhados até os mais complexos, esclarecendo, porém que há diferenças entre suas finalidades no serviço público e no privado.

No serviço público, os sistemas de informações são mais destinados a prestar contas às autoridades do que em gerir, propriamente dito. Estes sistemas são predominantemente contábeis. Ainda este autor (idem) adverte que, hospitais sem sistema de informação estão fadados ao imobilismo, uma vez que as informações originadas destes podem acompanhar a convergência das ações em relação à missão da organização.

Por processo de informação entende-se todo o trajeto que vai da definição das necessidades de informação e dos objetivos de seu uso; passa pelas escolhas de um modelo de obtenção e tratamento de dados, até à compreensão de seus achados, devidamente alinhados aos propósitos de uso. É composto pela construção de instrumentos e critérios de observação; do treinamento de coletadores de dados; da compilação e tratamento estatístico dos dados, a partir dos quais é produzida a informação propriamente dita, que por sua vez também tem requisitos de forma e apresentação. Como num processo, as fases componentes estão imbricadas entre si.

A produção de informações tem um propósito, sem o qual não interessa existir, porque, invariavelmente, seu produto é um instrumento de apoio, um meio para outras atividades finalísticas. Em função da atual importância que a informação adquiriu nas organizações, Drucker (1988) identifica as atuais organizações de alta competitividade e contingência como “organizações baseadas na informação”. Função essa que depende, além do volume de informações em tempo real, também da garantia na qualidade dessas informações.

Importante fase desse processo é a da transformação dos dados em informações, em que é exigido rigor de características, como apresentação, consistência, relevância que lhes confirmam a utilidade esperada.

Em todo o processo de produção da informação a qualidade e a ética devem ser observadas, já que de seu uso resultarão decisões e intervenções. No caso da saúde, implicam em atitudes que repercutem sobre a vida de pessoas da sua saúde. Autores de

diferentes ramos das ciências reconhecem que a validade ou acurácia¹³, em diversos pontos do processo da informação, quer seja científica ou empírica, e a sua confiabilidade¹⁴, garantem a qualidade de seus produtos, sob o risco de se estar divulgando “ruídos”, boatos ou declarações inapropriadas, para apoiar as decisões.

A escolha dentre as diferentes formas de divulgação dessas informações deve ser cuidadosa, produza os efeitos esperados e reações pertinentes e não apenas os “ruídos” mencionados, ou mesmo seja rejeitado, por suas características incompatíveis com os atrativos da curiosidade humana. Esses efeitos e reações positivas se verificam no desenvolvimento do conhecimento, e também no fato das pessoas se disponibilizarem para as mudanças necessárias, em decorrência das decisões que são tomadas.

Importa, para o presente propósito, a clara definição dos componentes desse processo de informação no âmbito das organizações, pois se pretende, a partir da revisão, adequá-las o quanto possível, ao desenvolvimento deste trabalho.

Para melhor esclarecer estas fases distintas, os conceitos e atributos das etapas componentes do processo de informação e sua obtenção são revisados individualmente, os quais delimitam o que pretende-se conduzir, e são compostos por:

- Dados;
- Informações;
- Comunicação;
- Conhecimento;
- Decisão;
- Mudança.

¹³ Validade ou acurácia refere-se à capacidade do instrumento/método determinar o verdadeiro valor do que está sendo medido. A validade informa se os resultados representam a “verdade” ou o quanto se afastam dela. (Andrade & Zicker, 1997)

¹⁴ Confiabilidade ou reprodutibilidade é a concordância ou consistência de resultado quando o instrumento/ método se repete. (idem)

3.1.1. Dados

Dados são as matérias-primas da informação, mas também, símbolos, registros ou elementos que são limitados por si só em extrair, filtrar e apresentar fatos pertinentes, racionais e relacionáveis (Freitas & Kladis, 1995).

As fontes de dados são os locais de onde estes se originam as quais devem dispor do registro daquilo que se está observando e necessariamente ser representativo. Assim, por exemplo, na atividade de CIH, as fontes de dados mais válidas (ou representativas) são aquelas que fornecem, mais precisamente, pistas para o esclarecimento dos casos de infecção hospitalar.

As fontes primárias de dados são aquelas que têm origem na observação direta da população ou amostra sob estudo. E, das fontes secundárias, os dados originam de registros com outras finalidades, informações já constituídas, ou de análises emitidas.

O estudo da validade destas fontes permite escolher aquelas mais capacitadas a fornecer os dados mais precisos para a análise da observação em questão (Perl, 1993).

Assim, por exemplo, os dados coletados dos prontuários dos pacientes e dos exames microbiológicos são os mais válidos para definir e classificar infecções hospitalares, do que os dados (ou pistas) originados da farmácia, do setor de internações, das informações prestadas pelo próprio paciente, entre outras.

Outra ênfase a ressaltar sobre a qualidade dos dados é a coleta destes. Aqueles dados que necessitam julgamento de valor para serem classificados em diferentes tipos dependem do grau de conhecimento e adesão aos conceitos e critérios dos coletadores de dados. O treinamento e estudo da validade para verificar a adesão aos conceitos e critérios orientadores da coleta de dados têm hoje importância fundamental, quando se pretende cumprir o rigor científico e diminuir a introdução de erros nos estudos e avaliações (Carmines & Zeller, 1979; Perl, 1993).

Para consolidar avaliações e vigilâncias ou monitorizações há a necessidade da definição de indicadores que se refiram aos processos do que se pretende avaliar. Tais indicadores têm a capacidade de descrever e resumir propriedades ou aspectos de um fenômeno. São desdobrados em itens de verificação, ou indicadores secundários, que, juntos, compõem-nos. As qualidades desejáveis dos indicadores são a robustez, a

capacidade de síntese e discriminação, a universalidade, a facilidade de obtenção, a simplicidade, a confiabilidade, a validade e aceitação (CDC, 1988).

O SUS possui inúmeras bases de dados com propósitos duplicados. Erroneamente chamados de sistemas de informações, estes grandes bancos de dados são disponibilizados pela rede internacional de computadores (internet), de onde podem ser modelados em conformidade com a pesquisa desejada e, então, gerar informações, mas a utilidade predominantemente tem propósitos contábeis, financeiros e econômicos. Não existem dados clínicos, dos pacientes atendidos, neste sistema de informações.

Reconhece-se a abundância de dados na área de saúde, no entanto a apropriação destes aos propósitos de mudanças e decisões ainda são deficientemente considerados, como revela Malik (1996).

3.1.2. Informações

Informação é o resultado do processamento de um conjunto de dados, que geram associação e conhecimento dos fatos, de forma inteligível, estabelecendo-lhe um significado. Podem então, nesta forma, suscitar decisões e ações.

A informação é suporte para muitas atividades humanas. No mundo do trabalho, o enfoque que se tenta esclarecer é aquele onde a informação é um instrumento fotográfico e analítico da situação vigente, relacionada com o passado ou com outras experiências externas.

No entanto, Davis (1974), citado por Sanches (1997), esclarece ainda que informação é um termo impreciso, porque pode referir-se aos dados, dados organizados à capacidade de um canal de comunicação e ainda outros. O conceito emitido por ele parece ser mais completo para nosso entendimento de informação, sabendo-se que:

“informação é o resultado do processamento de dados num formato que tem significado para o usuário respectivo e que tem valor real ou potencial nas decisões presentes ou prospectivas” (Davis, 1974, apud Sanches, 1997).

Freitas & Kladis (1995) classificam as fontes de informações em formais e informais, referindo-se primeiramente *“àquelas que tramitam pelos canais*

convencionais da organização ou entre organizações (...) e se caracterizam como bem-estruturadas". Por outro lado, as informais, "*não possuem caráter oficial e são desestruturadas*" (idem), e se caracterizam, principalmente, pelos contatos pessoais e comunicações verbais.

Para Acuña & Fernandez (1995), as informações são válidas e conseqüentemente úteis se refletirem a verdadeira conduta das pessoas nas organizações, e não as suas declarações. Explicam que gerar informações válidas "*costuma ser um processo de comunicação complexo, porque os indivíduos, conscientes ou inconscientemente, têm rotinas defensivas, experimentam insegurança e incerteza ao sentir que as normas que eles seguem habitualmente na organização estão sendo questionadas (...)*". E seguem esclarecendo que para "*(...) gerar informação válida é necessário criar um ambiente sócio-emocional aberto à comunicação, de confiança e apoio, o que leva à reiteração do papel fundamental da alta direção na liderança dos processos (...)*". Estas táticas diminuem a ação do processo defensivo e estabelecem um modelo a ser seguido, segundo os autores.

A informação considerada confiável ou de boa qualidade tem características peculiares e justifica a necessidade de alguns requisitos e atributos, porque atua como um meio de outras atividades da organização, como o apoio às decisões e intervenções, as quais, por sua vez, pretendem modificar comportamentos, hábitos e até culturas. Daí sua importância estratégica no âmbito das organizações.

a) Características das informações:

As características, atributos ou requisitos das informações devem ser observadas para garantir a eficiência do sistema a que pertencem. Segundo Freitas & Kladis (1995), são as seguintes:

- *Finalidade*: se não tiver finalidade a informação comunicada passa a ser apenas "ruídos";
- *modo e formato*: adequação aos cinco sentidos humanos, principalmente pela audição e visão, sozinhos ou associados;
- *redundância e eficiência*: a redundância é uma forma de garantia contra erros de comunicação, e a eficiência na linguagem dos dados é seu complemento;

- *velocidade*: refere-se ao tempo gasto para entender um determinado problema. Os autores (idem) afirmam que o ser humano possui baixa velocidade em receber, armazenar ou transmitir informações;
- *freqüência*: como indicador de seu valor, a freqüência da informação precisa ser equilibrada para permitir a absorção e entendimento, sem sobrecarga ou escassez;
- *determinística ou probabilística*: enquanto a informação probabilística admite um conjunto de resultados possíveis, a determinística admite um só, quando ela está associada a compatibilização com cenários futuros, tendências e alcance de objetivos;
- *custo*: o custo da informação deve estar em equilíbrio com os benefícios ou o valor que produz;
- *valor*: difícil de determinar, o valor da informação tem interdependência com o modo, velocidade, freqüência, características determinísticas e probabilísticas, confiabilidade e validade;
- *validade*: o que se está produzindo como informação reflete a situação que se busca focar;
- *confiabilidade*: o que se pretende gerar de informação está de acordo com os dados e os critérios de busca que a originam;
- *atualidade*: refere-se ao tempo de origem dos dados e do processamento das informações;
- *densidade*: está relacionada ao volume de informações contidos em um relatório, tela ou quadro;

b) Interpretação e análise das informações:

Após o processamento das informações é necessário conhecer o que as mesmas representam, através de interpretação e análise.

A apresentação dos dados em geral se dá através de listagens e tabelas em que são acumulados, para revelar um volume ou freqüência, absoluta ou relativa das variáveis sob observação. A forma gráfica torna mais fácil a visualização. No entanto, há necessidade imperiosa de que cada apresentação gráfica ou tabela seja interpretada à luz do que se está trabalhando e sobre qual ponto de vista e significado se expressa.

A interpretação dos dados visa descrever o conteúdo dos gráficos e tabelas e o que revelam em si. Para Girin (1996), a produção de formulações da linguagem tem na interpretação a maneira de torná-las menos obscuras. Consiste em dar significado aos sistemas de medidas e comportamentos, no qual, o especialista/consultor é considerado como “uma fonte autorizada” daquele conhecimento.

A análise visa correlacionar os resultados e pode ser qualitativa e quantitativa. Na análise qualitativa, as correlações podem ser comportamentais, culturais e outras, de caráter subjetivo. Na análise quantitativa busca-se correlações precisas ou probabilísticas, através da submissão dos resultados aos testes estatísticos, conhecidos como “tratamento dos dados”.

O tratamento dos dados consiste em submeter os resultados quantitativos aos testes estatísticos, para verificar sua validade e significância, em relação a alguma hipótese formulada sobre a normalidade do fenômeno ou sua distribuição nas condições vigentes.

A estatística hoje, aliada à informática, é capaz de fornecer análises refinadas e acuradas, que podem, com precisão, auxiliar a localizar problemas e verificar se as intervenções os alteram.

A análise dos resultados do mesmo modo que na ciência, permite comparar os dados:

- entre si ou associados às intervenções realizadas ou não;
- com a média de uma série histórica;
- comparando com outras instituições do mesmo tipo; e, finalmente,
- com a adequação ou distanciamento aos padrões e parâmetros da legislação ou da literatura mundial.

Portanto, a análise não se limita aos resultados evidentes e pontuais daquela avaliação, mas relacionados às intervenções, aos fatores causais diversos e às avaliações anteriores ou paralelas.

A informação é consolidada a partir da interpretação e análise dos dados ou resultados e vai depender da habilidade e experiência do profissional na arte desta atividade. Os relatórios e boletins informativos periódicos constituem os veículos de informação a serem distribuídos à população-alvo daquela informação.

Shelly (1996), Fraga (1997) e Girin (1996) tecem críticas e formulam sugestões que alertam para a adequação, tanto de conteúdo, quanto de linguagem dos elementos, que compõem os relatórios ou boletins de informação, compatibilizando-os ao público-alvo.

A divulgação dos relatórios e boletins consiste nas diferentes estratégias de comunicação das informações.

3.1.3. Comunicação

Para Chiavenato (1983), quando a informação é transmitida a alguém, sendo também compartilhada por este, ocorre a comunicação. A informação, quando é transmitida, mas não recebida, não foi comunicada. Comunicar é tornar comum a uma ou mais pessoas uma determinada informação, por entender-se por uma função organizadora e orientadora, em relação ao meio.

Para Beuren (1998), é o entendimento gerado pela criação de uma figura de determinada atividade ou situação, transmitida para outras pessoas ou grupos.

As conclusões de avaliações e estudos de qualquer natureza são apresentadas por relatórios (Fraga, 1997; Shelly, 1996; Eco, 1977). Tais relatórios ou boletins de informação são descritos de acordo com as normas de apresentação de trabalhos científicos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outras normas, que incluem:

- a) uma introdução ao tema, constando desta a localização do tema na área de interesse, descrevendo o estado da arte e o escopo do problema;
- b) a justificativa para sua solução e a repercussão possível de sua solução;
- c) os objetivos e o método de trabalho que descrevem o que se pretende fazer e como será feito. E também, os critérios que foram utilizados para a análise dos casos, as formas de processar os dados e produzir informação;
- d) os resultados analisados e as sugestões para solução dos problemas mais frequentes, associados com alternativas disponíveis, em conclusão.

Os relatórios úteis apontam problemas e possíveis causas e sugerem caminhos para a solução, podendo até contar com o custo estimado para as alternativas. Precisam ser claros, concisos e de linguagem simples. A intenção é substituir a “tortura visual” ou

mais um “documento burocrático, por um forte documento de apoio gerencial” como Shelly (1996) e Fraga (1997) acentuam.

A eficiência de tais comunicações pode ser verificada pela compreensão e entendimento do seu conteúdo (Worthen et al, 1997) e, no caso do dirigente de organizações, podem ser comprovadas pelas decisões e ações desencadeadas.

O exame (e compreensão) precoce dessas informações propicia a identificação de possíveis desvios, que corrompem os resultados esperados. Refere-se à interpretação e análise dos fatos que contribuem para que a média esperada tenha sido ultrapassada em seu limite superior, da mesma forma como se detectam surtos ou epidemias, ao fazer-se uma vigilância epidemiológica sistemática ou quando se realiza o controle estatístico de processos.

É importante salientar que a comunicação das informações pode ser estratégia instrumental para diferentes propósitos, os quais são reconhecidos, por exemplo, no marketing, como meio de criar necessidades de consumo no cidadão; nas técnicas da programação neurolinguística, utilizadas por alguns políticos em campanhas eleitorais, para convencer sobre suas intenções; ou mesmo para persuadir dirigentes sobre as necessidades de decisão sobre tal matéria, que ele não domina, e muitos outros objetivos, comuns no cotidiano das pessoas e até nas questões diplomáticas mundiais.

Os mecanismos de persuasão podem estar contidos na propaganda e doutrinação, pela mera repetição de mensagens; na difusão de fatos e sua avaliação e no conhecimento profundo do tema. Para Lindblon (1981) a análise persuasiva funciona de modo a convencer genuinamente as pessoas.

Há consenso entre os autores quando se referem à informação, como recurso de poder, mas na área de saúde, mesmo sabendo disso, os dirigentes não as utilizam, possivelmente por não saberem como.

Na área de saúde oficial brasileira, Nicz & Karman (1993) apontam a existência de três tipos de relatórios recomendados, os quais se referem à hierarquização das informações no sistema de saúde e cujos conteúdos descrevem sua utilidade:

- *Boletim de movimento hospitalar* é o relatório clássico que qualifica as atividades finalísticas do hospital, registradas no censo diário de cada clínica da unidade de internação;

➤ O *relatório das atividades do hospital* é o que quantifica as atividades do hospital de natureza finalística (consultas e dados sobre internação); de apoio diagnóstico e terapêutico (exames, fisioterapia, procedimentos, etc); de apoio administrativo (lavanderia, pessoal, etc). Ressalta-se que estes dados isolados nada significam. A comparação entre séries históricas e as alterações presentes podem ser significativas para o gerente ou dirigente.

➤ *relatório de apuração de resultados* (predominantemente econômico-financeiros) é o que quantifica as receitas e as despesas e é utilizado por centros de custos ou por centro de atividades.

3.1.4. Conhecimento

As informações e o conhecimento hoje são considerados ativos corporativos, na categoria de investimentos que produzem lucros e não despesas. Mas para que atuem desta forma necessitam de estratégias, políticas e ferramentas para administrar tais ativos.

O conhecimento é capaz de proporcionar alterações radicais na cultura de grupos e organizações de reconhecida importância atualmente quando se pretende manter organizações com alta produtividade e competitivas.

Girin (1996), considera que a organização é um local social para onde são trazidos e no seu interior são produzidos e reproduzidos “*esquemas de conhecimento, instrumentos de análise e corpos de conhecimento mais ou menos sistematizados sobre o ambiente, a tecnologia, a própria organização e a psicologia dos indivíduos*”. Segundo o autor (idem), uma parcela destes conhecimentos é organizada pelos sistemas de medidas e outra é formada pela produção escrita e verbal, onde os relatórios, os documentos, como atas, descritores e outros, constituem o instrumento essencial do conhecimento organizacional.

Na afirmação de Barroso & Gomes (1999), a “*informação é o veículo do conhecimento*”, e numa hierarquia de valores o conhecimento está no topo. Numa visão epistemológica apontam que “*conhecimento é crença verdadeira e justificada*”, porque ele é informação capaz de mudar algo ou alguém.

Sua origem encontra apoio, no trabalho em equipe, apoiado por computadores, com uso de inteligência artificial, nas bibliotecas digitais, nos sistemas de apoio à decisão, nas redes semânticas, na base de dados relacionais e direcionadas para objetos, entre outros recursos.

Moraes, Eduardo & Soboll (1992), ao se referirem aos sistemas de informação, relatam que através deles busca-se *“um instrumental que facilite a construção do conhecimento da realidade em que se trabalha e se vive”*.

Como já referido anteriormente, Lindblom (1981) esclarece que a análise de informações encontra utilidade na propaganda; na doutrinação; na difusão de fatos e sua avaliação e no aprofundamento dos conhecimentos, considerando que são algumas formas lícitas de persuasão de decisores, principalmente os leigos ao conteúdo da temática em questão.

3.1.5. Decisão

No cotidiano das pessoas e das organizações, a análise das escolhas e as decisões são apontadas como uma das mais importantes atividades. Mas também a de controle e avaliação de decisões passadas, sejam em razão das conseqüências, dos imperativos dos processos de aprendizado, de observação de terceiros ou como preliminares à tomada de nova decisão.

As decisões que tomamos sempre levam em conta o que conhecemos, mesmo que muitas informações possam estar disponíveis, como afirmam Nicz & Karman (1993) e Leitão (1995), porque, de modo geral, as pessoas e os dirigentes não decidem baseados somente em informações de terceiros, mas, sobretudo a partir das próprias experiências e preferências.

Tanto nas decisões quanto nas avaliações, a informação, as preferências do decisor e a intuição são os ingredientes básicos. A intuição é tida por DeBono (1970), citado por Sanches (1996), como a parte do potencial criativo posto em ação, como um diferencial importante no decisor de sucesso. Mas acentuam ainda que é sob ação deste conjunto de elementos que as decisões são tomadas.

Leitão (1997) propõe que *“...o processo decisório deve ser entendido como uma estrutura de relações ou conexões entre os fatores que o influenciam, subordinados a*

diferentes expressões da razão, associadas a sentimentos e emoções, com espaço particular para a intuição.”

Na produção de informações para a decisão, Lindblom (1981) aponta algumas especificações de conteúdo necessárias para desempenhar esta função no processo de interação preliminar, sendo elas:

- a situação ou estado da arte sobre o tema;
- as controvérsias existentes;
- as tendências das políticas nos últimos anos;
- o conjunto de ações em exame;
- responsabilidades;
- interação entre usuário, líderes e grupos de interesse.

Por outro lado, Déry (1994) tece longa crítica à teoria dos papéis proposta por Mintzberg e de muitas teorias, que ao longo do tempo tratam os atores das organizações como “*máquinas de coletar, tratar e divulgar informações*”. Baseia sua crítica na justificativa de que as informações processadas não são utilizadas no processo de decisão, mas apenas justificam as decisões já tomadas. Associa também seu uso ao exercício do poder e do controle.

O processo decisório para Mintzberg (1973) é fluido, fragmentado, variado e de curto prazo, o que caracteriza o trabalho gerencial intermitente, mutável e pouco sistemático.

A posição de Déry (1994), entretanto, implica que, na tomada de decisões, não é só a informação que entra no processo, mas também os valores e ideologias, as quais podem colocar em dúvida até mesmo a informação, predominando neste ponto as imagens da realidade pelos atores e as argumentações que trocariam entre si sobre as informações existentes e pertencentes aos sistemas de informação utilizados.

Suas afirmativas são apoiadas na informação, enquanto um meio para a argumentação. Diz este autor, que a partir do conhecimento dos diferentes atores organizacionais e das características da “platéia”, o ator engajado no jogo organizacional, se utiliza de argumentações, para produzir adesão de uns e outros aos seus objetivos ou aos objetivos organizacionais, mas, enquanto estrategistas, retêm

algumas facetas do discurso e só liberam o que produz adesão (Déry, 1994). Também esclarece haver um tipo de argumentação persuasiva e outra descritiva.

A OPAS (PAHO, 1999), coloca-se nesta questão, estabelecendo necessidades específicas de informações, de acordo com diferentes níveis de decisão no sistema de saúde. Nesta orientação alertam que a autonomia dos diferentes níveis decisórios da saúde não significa fragmentação, mas interdependência e complementaridade. Assim, o nível acima depende da agregação dos dados coletados no nível abaixo do sistema, sucessivamente. Neste sentido, o alinhamento das informações da ponta do sistema até o nível Nacional, é necessário e pertinente.

Segundo Matus (1997), a produção de informações atua como referencial às acumulações de conhecimento e à formulação dos problemas. Tais problemas serão resolvidos na proporcionalidade do nível em que se manifestam. Assim, os níveis decisórios superiores deverão ocupar-se em resolver problemas não estruturados, porque os demais níveis, baseados nas informações regularmente processadas, já conhecem as soluções para os problemas categorizados, como semi-estruturados ou estruturados.

Para se chegar a uma decisão existem inúmeras prescrições, no entanto a clássica é a do processo racional de Simon, que prevê em sua dinâmica passos básicos, aplicáveis em qualquer setor da vida, como segue:

- a) enunciação do problema e a definição de seu contexto;
- b) levantamento de alternativas para sua solução;
- c) antecipação de conseqüências por tipo de alternativa;
- d) previsão de possíveis resultados de cada alternativa;
- e) escolha do melhor curso de ação.

Já Sanches (1996) condiciona a qualidade das decisões e avaliação à qualidade das informações colocadas à disposição; à capacidade de interpretação correta e da experiência em combiná-las de modo apropriado, adequando-a a natureza da situação que requer decisão ou avaliação e ao contexto em que ocasionará efeitos.

O monitoramento acurado das variações provocadas pelas decisões, segundo Sanches (1996), é condição essencial para o sucesso destas.

O despreparo da burocracia profissional está, para Cremadez (1992), num estado tal que leva a um processo decisório mais político, com forte característica subjetiva, do que mesmo racional e muito longe do funcional.

Nos estabelecimentos públicos, as decisões se estabelecem muitas vezes sobre uma situação de emergência. A dispersão das atividades e a diluição do poder entre as diferentes áreas de responsabilidade faz, da estratégia, a resultante de uma seqüência de micro-decisões sem perspectivas comuns, caracterizada pelo incrementalismo¹⁵ (idem).

A estratégia negociada (*demarche stratégique*) de Cremadez (1992) é poderoso instrumento de evolução para organizações assistenciais, porque permite passar de uma atitude reativa em relação às demandas, a um comportamento decisional outorgado (consentido), com a possibilidade de antecipação aos problemas.

A administração estratégica rompe com a dissociação entre a estratégia e o operacional, reatando a ligação entre o pólo administrativo e o dos centros operacionais ou assistenciais (o que restabelece algum tipo de hierarquia saudável). Contribui para superar as resistências de poder, amplamente difundidas na organização, representadas pela intensa descentralização do poder ao nível daqueles centros (pelo excesso de autonomia de poder deles). Esse restabelecimento da ligação entre direção estratégica e assistência se faz por negociação, passo a passo da estratégia de desenvolvimento dos serviços e do hospital como um todo, em um fluxo duplo ascendente e descendente.

Nesta situação, a direção pode muito pouco fixar, sozinha, as grandes orientações que tratam do domínio das estratégias e envolvem os valores e os projetos da organizações.

O dirigente pode definir um processo de decisão estratégica, que permite confrontar, permanentemente, os valores da organização e os projetos estratégicos dos diferentes profissionais em seus “feudos”.

Dentre os novos componentes decisoriais, a *demarche stratégique* (idem), introduz na organização dois novos componentes:

- a elaboração de estratégia de segmentos; e,
- a vigília estratégica.

¹⁵ Incrementalismo significa que toda atividade nova é suplementar (Cremadez, 1992). Lindblom citado por Pereira & Fonseca (1997) foi quem desenvolveu a abordagem incremental da decisão, mas o termo também é utilizado para como jargão desse modelo, “no qual são tomadas apenas decisões adaptativas, de forma contínua e progressiva, como forma de preservar a segurança das mudanças” (idem).

Cada um dos componentes situa-se sobre um horizonte de tempo diferente. A exaustão de um se opõe à seletividade do outro, mas eles são interdependentes.

A vigília estratégica tem por objetivo identificar as inovações de ordem científica, sociológica e sócio-econômica suscetível de reverter em questões, na prática atual. Ela constitui a base do quadro de planificação, que é necessária para fazer evoluir as infraestruturas obtusas, mas também elaborar um projeto institucional.

Sobre o plano de comportamentos, a vigília estratégica tem por objetivo provocar uma abertura nas percepções de diferentes líderes da organização, aumentar a capacidade de antecipação e a responsabilidade de conservar coletivamente as vias de desenvolvimento da organização.

A elaboração de estratégias de segmentos deriva da utilização de métodos e conceitos de análise estratégica por segmentos da organização, que se inter-relacionam para decidir e validá-las. Aumenta, assim, a racionalidade e diminui o jogo político interno, porque os atores são os mesmos nos dois momentos.

Esta estratégia negociada transforma o processo decisório, porque o descentraliza, ao mesmo tempo em que cria condições de antecipação ao ambiente turbulento. Isso possibilita rápido ajuste do plano de desenvolvimento, que é dinâmico, vivo, participativo e resultante da sinergia e integração dos segmentos da organização em suas dimensões técnicas, científicas e sócio-econômicas. Também aumenta a transparência, pelo aumento da quantidade e qualidade das informações e comunicação, assim como, introduz uma “*pedagogia da avaliação*” e um processo orçamentário que é fruto de concertação¹⁶.

É importante salientar que as estratégias decisórias são diferentes nos hospitais públicos e nos privados. Enquanto nos públicos, o processo decisório passa por pesado jogo de interesses de departamentos médicos que têm mais tradição ou capacidade de captar recursos individualmente do sistema de saúde, nos hospitais privados, que sob a lógica de mercado, dirigidos como empresas, há um esforço da direção pela racionalidade e controle dos materiais e medicamentos, assim como de desenvolver o máximo de produtividade, e neste sentido, se processam as decisões.

É consenso entre os estudiosos que raramente uma decisão produza exatamente os efeitos previstos. As etapas de análise dos efeitos devem ser contínuas, porque o processo de tomada de decisão se alimenta das mesmas questões que o suscitou, e a

¹⁶ Concertação é um acordo entre diversos tipos de interesses (Lindblon, 1981).

decisão final nunca é definitiva.

3.1.6. Mudança

O conceito de mudança organizacional deriva do entendimento de que as alterações estabelecidas a partir de decisões tomadas, têm relação com os processos de aprendizado de natureza coletiva. São baseados na lógica de aperfeiçoamento do desempenho das organizações.

Nesse sentido, mudança para Acuña & Fernandez (1995), refere-se às alterações de um certo estado de coisas internas da organização, tendo em vista uma nova forma de comportamento coletivo. Pressupõe que um estado inicial deva ser alterado.

No entanto, só se processa através das pessoas, as quais dependem de informações para compreender, analisar e aceitar, ou não, os argumentos que embasam a mudança.

Tal ação não é rápida, assim como o processo de aprendizado não é. Mas para que a inovação se estabeleça ou substitua a situação vigente, é necessário percorrer o caminho político, social e psicológico, que leva à aceitação ou rejeição, ao progresso ou ao imobilismo de pessoas e grupos.

Estes autores referem existir mudanças em função de sua radicalidade e de sua complexidade. Dentro de uma tipologia, distinguem as mudanças incrementais que vão acomodando-se pouco a pouco; e as mudanças de natureza estratégica, em oposição, produzem mudanças profundas na organização inteira. De acordo com os mecanismos que acionam o desencadeamento das decisões, os autores ainda subclassificam-nas como de caráter reativo ou antecipatório.

O sucesso das mudanças obedece ao propósito de solucionar problemas para que as organizações melhorem seu desempenho e, portanto, a qualidade.

O clima de mudança ou de crise que antecede sua definição cria um ambiente de incerteza e insegurança, que desperta ou acirra a resistência das pessoas. Há toda uma necessidade de análise, que envolve a mudança, para que tenha êxito.

Argyris (1977), citado por Acuña & Fernandez (1995), estabelece três condições para a ocorrência de aprendizado e mudanças organizacionais, que são:

-dispor de informação válida;

- garantir que as opções para a solução dos problemas sejam feitas de forma livre e autônoma; e,
- obter um compromisso interno, por parte das pessoas, com a solução escolhida.

Na experiência hospitalar de alguns anos verifica-se que o processo de mudança é lento. A partir de um processo avaliativo diagnóstico e sistematizado e, posteriormente, com divulgação concomitante e gradual, é possível minimizar as incertezas e, ao mesmo tempo, esclarecer as reais necessidades e os progressos conquistados. Como é um processo demorado, há necessidade de dedicação exclusiva, para introduzir e sustentar as discussões que antecedem as mudanças pertinentes numa prática coletiva. As discussões sobre as experiências-piloto aumentam a confiança no processo e as dificuldades individuais e coletivas são mais facilmente resolvidas. A partir deste ponto, o processo pode avançar mais um estágio, quer seja ampliando em cobertura, ou em profundidade (Prade, 1988).

Para verificar a eficácia do processo de mudança, de intervenções, ou avaliar diagnosticamente os problemas, são necessárias avaliações ou estudos, como apontam diversos autores (Acuña & Fernandez, 1995; CDC, 1988, Donabedian, 1988), que podem ser estabelecidos em diferentes enfoques e dimensões, como a seguir será tratado.

3.2. As diferentes formas e estratégias de obtenção das informações para gerenciamento e apoio às decisões

Em se tratando de organizações sociais, é possível identificar alguns tipos de processos de informações que intentam identificar problemas, apoiar decisões ou verificar a eficácia das medidas estabelecidas.

Os tipos de estudos e avaliações mais aplicados na área de saúde são o alvo de nosso interesse. Desta forma, busca compreender-se como, na área hospitalar, são utilizadas as análises avaliativas, freqüentemente modeladas, como: avaliações de programas de saúde; avaliação de qualidade; avaliações de desempenho ou, ainda, avaliação tecnológica.

Para estas avaliações podem ser empregadas metodologias científicas variadas, mais frequentemente identificadas como: a vigilância epidemiológica; a monitoração e estudos epidemiológicos diversos (estudos de caso, desenhos básicos de estudos transversais experimentais e não-experimentais), os quais produzem informações válidas.

Tentando identificar, nestas diferentes formas de avaliação do setor saúde, os pontos comuns, as diferenças e limitações, passa-se a descrever cada tipo citado, a partir da literatura disponível, com o propósito de orientar a presente proposta.

3.2.1. Avaliação de programas de saúde

Para Rundall (1992), avaliação de programa, no sentido da coleta de dados e análise das informações, com o propósito de determinar o desempenho do programa, é definido como:

“uma responsabilidade organizada para eliminar ou reduzir um ou mais problemas, onde a responsabilidade inclui um ou mais objetivos, desempenho de uma ou mais atividades e a aplicação dos recursos”. (Rundall, 1992).

Navarro (1992), ao responder o que é uma avaliação de programa, esclarece que em essência, *“um programa é um conjunto de atividades, dirigidas para atingir certos objetivos, com dados recursos e dentro de um período de tempo específico”*. E complementa a resposta apontando que *“a avaliação de programa envolve dois tipos de atividades: a produção de informações, referentes ao andamento do programa e seus produtos, e o estabelecimento de um juízo de valor a respeito do mesmo”*.

Tais avaliações proporcionam uma análise de fases do planejamento, administração e do desempenho dos programas, que são importantes para apoiar decisões.

Veney e Kaluzny (1984), citados por Rundall (1992), detalham estas avaliações como:

- Avaliações de relevância: quando se pretende verificar o grau de necessidade de um programa;
- Avaliação de progresso: avalia os esforços feitos e o cumprimento da implementação do programa;

- Avaliação de efetividade: avalia os resultados imediatos em relação aos objetivos pré-determinados e, também, as alterações dos efeitos, por terem atuado sobre as causas.
- Avaliação de impacto: referindo-se aos efeitos de longo alcance, verificados algum tempo depois de implantado o programa; e,
- Avaliação de eficiência: avaliação dos benefícios advindos, por ação do programa, em relação aos recursos empregados.

Em outra dimensão, Broskowski (1979) enfatiza que as informações que compõem a avaliação de programas, referem-se ao:

1. Nível de esforço - são os *inputs* relacionados às condições materiais e recursos humanos disponíveis para o trabalho desenvolvido no programa;
2. Nível de desempenho – relaciona-se ao efeito e eficácia dos esforços;
3. Nível de adequação - que consistem em resultados e efeitos dos esforços; e,
4. Nível de eficiência - referindo-se ao esforço organizacional para cumprir com o proposto pelo programa.

Há uma corrente canadense atual (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, Boyle e outros) que redefiniu a avaliação de programas, aumentando os vínculos destas avaliações com a epidemiologia e a ciência, o que chamaram de pesquisa avaliativa (Hartz, 1997). A avaliação é realizada em diferentes pontos e momentos da intervenção e por abordagens diferentes. A partir dos diversos resultados (que enfatizam diferentes modos de ver a mesma coisa) são produzidas análises do programa de saúde, as quais são úteis para orientar a construção ou reformulação das políticas.

Navarro (1992), lista uma série de qualidades necessárias da avaliação, a saber:

- “**Relevância:** a avaliação deve disponibilizar informação necessária pelos planejadores e administradores do programa, respondendo às perguntas que eles formulam;
- **Significância:** a avaliação deve produzir informação nova e importante, diferente das já conhecidas;
- **Confiabilidade:** a avaliação deve conter evidência de que seus resultados não se baseiam em procedimentos de informação imprecisos;

- **Objetividade:** a avaliação deve produzir conclusões balanceadas;
- **Oportunidade:** a avaliação deve disponibilizar seus resultados no momento em que é necessário que se tomem as decisões;
- **Comunicabilidade:** a avaliação deve apresentar seus resultados de forma compreensível e útil para os decisores;
- **Validade:** a avaliação deve prover a contagem balanceada dos resultados reais e potenciais do programa “.

3.2.2. Avaliação de qualidade

A qualidade tratada por Deming e Juran e seu apostolado de gerentes de qualidade é definida tanto para a produção de bens, quanto para a prestação de serviços¹⁷, como uma “adequação ao uso” e com base nessa premissa estabelece a metodologia gerencial chamada de *Total Quality Management* (Nogueira, 1994).

Neste método, vários tipos de ferramentas estatísticas auxiliam na produção de informações. Este ferramental é composto pelo Diagrama de Pareto, diagrama de causa e efeito, estratificação, verificação, histograma, diagrama *Scatter* (correlação), Gráfico e diagrama de controle de *Shewhart* (Ishikawa, 1997) e outros, que fazem parte da avaliação do processo (de produção ou prestação de serviços). O propósito principal é de detectar problemas ou desvios da normalidade esperada e intervir imediatamente, corrigindo o processo. Essa ferramenta de produção de informação sistemática utiliza-se da estatística para realizar as análises de normalidade e anormalidade e requer todas as garantias do processo científico para obtenção, processamento dos dados e geração de informações (Galvão & Mendonça, 1997).

Na área da saúde, Donabedian (1966, 1993a) enfatiza paradigmaticamente que a avaliação em saúde tem um enfoque sistêmico, sendo visto através da avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados, e de cujas análises, simples e cruzadas, resulta a análise da qualidade do serviço de saúde. Tem um enfoque diferente da Gerência da Qualidade Total de Juran e Deming, mas assemelham-se nas especificações do processo.

¹⁷ Vale destacar que serviço tem características diferentes de produtos, porque é produzido e consumido ao mesmo tempo; é intangível; requer produção específica para satisfazer as necessidades imediatas do cliente. (NA)

Nos anos 80, Donabedian (1980) enfatizava que a acurada informação era resultante da criteriosa coleta de dados, proveniente dos registros do paciente, complementadas por entrevistas, observações diretas, questionários, etc. Nos anos 90 definia os “*sete pilares da qualidade em saúde*” formuladas como diferentes recortes da avaliação, como demonstrado a seguir:

- **“Eficácia:** é a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita de contribuir para a melhoria das condições de saúde;
- **efetividade:** o quanto de melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
- **eficiência:** é a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde, ao menor custo possível;
- **otimização:** a mais favorável relação entre custos e benefícios;
- **aceitabilidade:** conformidade com as preferências do paciente, no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, efeitos e custo do cuidado prestado;
- **legitimidade:** conformidade com as preferências sociais em relação a tudo anteriormente acima mencionado;
- **eqüidade:** igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde“ (Donabedian, 1990 apud Nogueira, 1994).

3.2.3. Avaliação de desempenho

Cremadez (1992), utiliza-se da avaliação do desempenho para gerar informações estratégicas como base para o diálogo e melhoramento, e não para sanções. A avaliação tem os seguintes enfoques:

- Desempenho profissional versus o direito do consumidor;
- os questionamentos dos usuários sobre a competência profissional;
- estudo de imagem junto ao público; e.
- estudos de satisfação com os serviços prestados.

3.2.4. Avaliação Tecnológica

A OPAS conceitua tecnologia como “*a aplicação de conhecimento empírico e científico para uma finalidade prática*” (PAHO, 2001).

Inicialmente referia-se aos medicamentos, equipamentos e dispositivos médicos, aos procedimentos médicos e cirúrgicos e aos modelos organizativos e sistemas de apoio, necessários para seu emprego, na atenção aos usuários da saúde.

Avaliar uma tecnologia sanitária permite, segundo eles, “*apresentar informações sobre as alternativas de atenção aos pacientes, para prestadores da assistência e outros, mas também proporciona elementos que orientam a tomar decisões relacionadas com a cobertura e alocação de recursos*” (idem).

Almeida & Infatosi (1998), inspirados em Clifford (1994), entendem este tipo de avaliação como “*um procedimento sistemático que permite avaliar os impactos de uma tecnologia sobre uma população, no que concerne a aspectos como segurança, eficácia, efetividade, custo-efetividade e implicações éticas e sociais*” e complementam, esclarecendo que tecnologia refere-se tanto a produtos, drogas e equipamentos, quanto a procedimentos terapêuticos e sistemas de apoio à decisão.

A OPAS ressalta que não se trata de uma disciplina especulativa ou puramente acadêmica, mas de um processo interdisciplinar sistemático, cujo objetivo é a mudança. Está orientada, portanto, para apoiar a tomada de decisões e para favorecer a mudança. Mesmo a OPAS e a OMS, tendo vinculado esta avaliação à qualidade assistencial, nos países europeus, no entanto, o enfoque dado refere-se à garantia de qualidade para o fornecimento de produtos e serviços, num misto de normas ISO para a área de saúde, com ações de vigilância sanitária, como conhecemos. Atualmente, a ênfase predomina para avaliação os recursos tecnológicos, antes que para as tecnologias de serviço.

Justificam este tipo de avaliação, pela necessidade de eleger tecnologias válidas, a partir do grande volume de práticas assistenciais, e conhecimento acumulado e diversificado na área de saúde mundial; pelo alto grau de incerteza da qualidade das intervenções em prática; pela rapidez na introdução de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica; na relação de eficiência e efetividade de novas e velhas tecnologias com forte enfoque nos custos.

No entanto, Almeida & Infatosi (1998) acentuam que o objetivo fundamental da avaliação tecnológica em saúde é “*prover informações confiáveis aos planejadores,*

auxiliando a formulação de políticas da saúde (...)”. E complementam que a análise de evidências científicas é um meio utilizado para analisar diferentes modalidades de tecnologias; que a avaliação sócio-econômica e dos princípios aplicados da bioética são básicos para neste tipo e podem ser utilizados em qualquer fase do ciclo de vida de uma tecnologia sanitária.

A OPAS aponta algumas dimensões desta avaliação, quanto à utilidade, efetividade, impacto econômico e organizativo (PAHO, 2001).

3.2.5. Estratégias de Avaliação

Dentre as diferentes estratégias de avaliação, podem ser adotadas aquelas que estejam mais bem adequadas à forma de análise pretendida e permitam a menor introdução de erros ou confusão. Assim são descritas algumas estratégias bastante utilizadas na área de saúde, tais como:

3.2.5.1. Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica consiste em coleta, análise e interpretação sistemáticas e permanentes de dados na área de saúde, no processo de descrição e acompanhamento de um evento sanitário. O CDC (1988), considera-a “*como um sistema de monitoração*”.

Tal informação é usada no planejamento, implantação e avaliação de intervenções e programas de saúde pública. As informações são usadas tanto para determinar a necessidade de ação da saúde pública, quanto para avaliar a eficácia dos programas.

A avaliação dos sistemas de vigilância garante a manutenção do foco e objetivos da vigilância.

O equilíbrio entre algumas características dos sistemas de vigilância deve ser objeto de atenção dos seus gerentes para lhes conferir a melhor adequação e flexibilidade, porque a combinação destas afeta a utilidade e custo do sistema.

As características de um sistema de vigilância são apontadas pelo CDC (1988), como:

- **Simplicidade:** referindo-se à configuração do sistema e sua dimensão, sendo mais simples aquele, onde a mesma pessoa identifica os casos, processa a informação e toma a decisão;
- **Flexibilidade:** capacidade de adaptação do sistema às necessidades de mudança com baixo custo;
- **Aceitabilidade:** é a disposição dos indivíduos e organizações em participar do sistema;
- **Sensibilidade:** No caso de notificações passivas ao sistema, a validade pode ser considerada para avaliar a proporção de casos que são notificados; ou, na busca ativa de casos, quantos casos os coletadores são capazes de identificar em relação ao coordenador do projeto (considerado como o padrão-ouro);
- **Valor Preditivo Positivo:** a proporção de indivíduos identificados como casos que de fato estão sob vigilância;
- **Representatividade:** o sistema descreve com precisão a ocorrência de evento sanitário ao longo do tempo (através de séries históricas), a característica da população envolvida e a distribuição geográfica de sua ocorrência;
- **Oportunidade:** a oportunidade reflete a velocidade ou atraso entre os passos de um sistema de vigilância.

3.2.5.2. Monitoração

Para Rundall (1992), “*monitoração é a observação sistemática após o início das funções do programa*”. Segundo o autor, os componentes da monitoração se referem aos dados de ingresso no programa, os dados do processo e dos resultados e análises sistemáticas correspondentes.

Para Mintzberg (1995), a principal finalidade do monitoramento é identificar problemas e corrigi-los, antes que surjam como crises, já maduras.

Muitas estratégias podem ser identificadas como sistemas de monitoração. Desta forma, verifica-se o Controle Estatístico de Processos da TQM; a vigilância epidemiológica; o PERT (*Program Evaluation and Review Techniques*); no CPM (*Critical Path Method*), e outros.

Na área da saúde, algumas limitações são postas a partir das ações corporativas dos médicos em não permitir observações e análises dos seus processos de trabalho utilizando-se de alguns argumentos, sob alegação de que a complexidade do seu trabalho não é avaliável. Outras limitações apontadas relacionam-se às avaliações de relevância ou diagnósticas e de impacto, segundo Rundall (1992).

No entanto, esse autor considera a monitoração como excelente estratégia para a tomada de decisão, porque a observação longitudinal e prospectiva provê visualização do fenômeno e os efeitos das intervenções ao longo do processo.

3.2.5.3. Estudos epidemiológicos

Tanto Rundall (1992), como Yin (1984), são favoráveis aos estudos de casos como estratégia para a avaliação de programas, justificando vantagens, porque podem ser particularizados; são holísticos; qualitativos e freqüentemente exploratórios.

Yin (1984) propõe uma série de arranjos metodológicos nos estudos de casos, como: estudo de caso único, de múltiplos casos, com diferentes níveis de análise, conjuntas ou não, que podem ser aplicados de acordo com vários enfoques avaliativos.

As limitações deste tipo de estudo se encontram na coleta e análise qualitativa dos dados, que estão associadas à subjetividade de cada avaliador e que, por sua vez, distingue uns dos outros. Também não são adequados para comparar grupos e tratamentos, segundo Rundall (1992).

Nos desenhos básicos de estudos epidemiológicos, a composição dos elementos pode ser de grupos, tratamentos ou intervenções (com casos e controles) e a mensuração no tempo antes e depois da intervenção.

São citados por Rundall (1992) dois grupos de desenhos básicos:

- 1) Os desenhos experimentais, compostos por:
 - Desenhos quase experimentais;
 - pré e pós-teste grupo controle;

- *Salomon four group*;
- *post test*, somente com grupo-controle.

2) Os desenhos não-experimentais que são compostos de:

- Estudos transversais antes e após a intervenção, ou introdução do programa;
- estudos de tendência;
- estudos de coorte-específico a um grupo;
- painel.

O autor refere que os estudos transversais e monitorações podem prover de informações sobre o progresso, efetividade e impacto do programa. São muito usados na área de saúde, devido ao seu baixo custo e da validade de seus resultados.

Dentre as limitações citadas por Rundall (1992), a qualidade do estudo está fortemente associada à escolha de avaliadores experientes, treinados e capacitados para decidir de forma confiável, porque a coleta de dados é realizada basicamente por entrevistas e questionários. Enfatizam que estas estratégias só podem abranger alguns aspectos da realidade.

3.3. Sistemas de Informação Gerenciais

Para iniciar esta abordagem é importante apontar as teorias que orientam o processo de informação, como objeto de trabalho das organizações, e também da qualidade que este recurso goza como representante da expressão da realidade.

Mesmo antes de Taylor, a concepção da ciência da administração por Henry Poor (1812-1905) já incluía dentre seus três princípios básicos:

- O da organização – referindo-se à divisão do trabalho;
- O da comunicação como método de prestação de contas a toda organização quanto ao progresso das operações; e,

- O das informações - como um conjunto de comunicações escritas; o registro de relatórios operacionais compilados e analisados (Lodi, 1971).

Princípios estes absorvidos e complementados pelas tendências da abordagem sistêmica da administração, onde o sistema é regulado por homeostase¹⁸, a informação é componente do sistema e envolve um processo de redução da incerteza, determinando o “grau de ordem” deste sistema. Nutre-se por *feedback* e retroação, ou seja, a informação do que se produz é comunicada aos que a produzem e, de acordo com o julgamento de inadequação, alteram o processo até atingir o desejado, mantendo-se dentro do propósito de regularidade ou “ordem” estabelecido. Assim, a retroação confirma se o objetivo foi cumprido e o quanto o foi.

Tendo por base os princípios e fatores reguladores e estabilizantes da retroação pode-se verificar:

- O ganho - que é a quantidade de correções acionadas pela retroação;
- a carga - que é a extensão e velocidade das mudanças para restaurar o equilíbrio;
- o guia - que é a distância entre a posição ou situação real; e,
- o atraso - que é o tempo decorrido entre a percepção do erro, falha, desvio, desequilíbrio e sua correção.

Como o sistema de informação deriva da teoria da informação e da sistêmica, são caracterizados pela entropia¹⁹, pela sinergia²⁰ e pelo emergente sistêmico²¹, os quais constituem pilares na construção desses sistemas.

Quanto maior ou mais complexas as organizações, maior necessidade tem-se hoje informações. O maior avanço do fim do século foi, sem dúvida, o da tecnologia da informação, que possibilitou conhecer, em tempo real, os acontecimentos, os dados e

¹⁸ É um equilíbrio dinâmico obtido através da auto-regulação/ autocontrole. (Chiavenato, 1983)

¹⁹ Segunda lei da termodinâmica: refere-se à perda de energia em sistemas isolados, levando-os à degradação, à desintegração e ao seu desaparecimento. Também significa a desintegração das partes de um sistema e determina o grau de desordem deste (Chiavenato, 1983). Significa que todo sistema de informação possui uma tendência entrópica derivando o conceito de “ruído”.

²⁰ O efeito multiplica quando reúne mais de um elemento que já tenha forte efeito isoladamente.(idem).

²¹ é a propriedade do todo que não aparece em nenhuma de suas partes isoladas. Assemelha-se à visão do bosque e não à de cada árvore. (idem; Senge, 1990).

mesmo os cenários do que se desejar. É unanimidade dos estudiosos organizacionais, gerenciais, estrategistas, e outros, que a informação é recurso fundamental para decisões, aprendizado, intervenções, mudanças, melhoria, e outros.

Matus (1997), ressalta que informar é um processo dinâmico e complexo, e envolve componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos. Deve gerar acumulações nos conhecimentos para permitir melhores decisões.

Os sistemas de informações são compostos com a finalidade de armazenar dados coletados, processá-los e fornecê-los sob a forma gráfica, ou em tabelas, para serem interpretados e analisados.

Para Chofarras (1988), os sistemas informacionais baseados em conhecimentos podem diagnosticar, monitorar, analisar, interpretar e dar consultoria, e também planejar, raciocinar, projetar, instruir, explicar, aprender e conceituar. Tais capacidades possibilitam múltiplos usos no mundo do trabalho e do aprendizado.

Hoje, estes sistemas são produzidos em *softwares* e considerados especialistas, porque se referem a algum grupo de conhecimentos específicos. Na sua formulação são utilizados recursos de inteligência artificial, os quais interagem com o usuário, fazendo perguntas para auxiliá-lo, orientando desde o operar o sistema, até a resolver problemas e tomar decisões. Nesta construção, o perito instrui o computador, através do software, e de acordo com a capacidade do banco de dados e textos, as consultas de aconselhamento podem considerar todas as possibilidades, em alta velocidade (Chofarras, 1988).

Os sistemas de informação gerencial (SIG) constituem sistemas computacionais capazes de proporcionar informação, como matéria-prima, para decisões a serem tomadas, combinadas com procedimentos e pessoas. São baseados num banco de dados compostos a partir da identificação dos indicadores relevantes para monitorar o que foi planejado e está em execução e seus resultados. A definição da natureza dessa informação precisa ter relação com os propósitos da organização. Chiavenato (1983) e Novaes e Motta (1996) alertam que não é o grande volume de informações que auxiliam a tomar ótimas decisões, ressaltando que o excesso não significa utilidade.

Enquanto, Mintzberg (1995) adverte que “*SIG sofisticado dá ilusão do conhecimento, porém, sem a capacidade de ser absorvido*”.

A utilidade do sistema está na busca da melhoria dos resultados e no auxílio efetivo que presta na tomada de decisões. É desta utilização que derivam a

hierarquização dos níveis de informação nos SIG conhecidos, como: estratégico, tático/gerencial e operacional (Chiavenato, 1983).

Para Matus (1997), o sistema de informações deve estar articulado ao sistema de prestação de contas. E Cremadez (1992) acrescenta que o desafio ou problema-chave dos sistemas de informação está na capacidade de transformar dados em informações úteis e na capacidade de fazer bom uso, para quem as utiliza.

Chiavenato (1983), aponta a existência de quatro tipos de Sistemas de Informações Gerenciais, assim especificados:

- Estrutura centralizada - uso de *mainframe*, que hoje já está ultrapassado;
- Estrutura hierarquizada: que distribui informação de acordo com cada nível organizacional. Os dados são também processados em cada nível;
- Estrutura distribuída: em sistema multiprocessamento, onde computadores separados fornecem dados a diferentes centros independentes, onde sejam necessários, porém interagindo entre si;
- Estrutura descentralizada: basicamente uma divisionalização dos recursos computacionais. Em função de cada região, ou divisão, as necessidades são assim definidas. Os dados são específicos daquela área e, por isso, é a mais cara de todas as estruturas.

3.4. Requisitos das informações por nível administrativo nas organizações

Cremadez (1992) aponta diversos problemas relacionados à agregação de informações, à medida que ascendem a hierarquia verticalmente, porque podem ser introduzidas distorções intencionais, ou por incapacidade de interpretação. Destaca outro problema, que consiste no atraso temporal na produção de informações em ambientes turbulentos e também na confiança da informação, cujos requisitos são a tangibilidade, riqueza, rapidez e confiabilidade.

A descentralização das decisões requer suporte de informação compatível com o nível em que estas são tomadas. Assim, autores como Mintzberg (1995), Matus (1997),

Nicz & Karman (1993), Freitas & Kladis (1995), Novaes & Motta (1996), Cremadez (1992), e outros, sugerem a satisfação básica de alguns requisitos para os níveis decisórios que se utilizam das informações, e assim classificam estes requisitos de acordo com a tipologia das informações, tais que:

➤ Os *gerentes do nível estratégico* necessitam informação resumida, porém clara e completa para ter utilidade preditiva no planejamento, buscando alcançar posições futuras. Neste nível, a informação externa do ambiente é importante e não necessita ser atual, nem muito precisa, e está relacionada às informações de mercado, às necessidades do público consumidor, de usuários e concorrentes. A informação interna refere-se ao que se vai oferecer ao cliente externo, e qual a qualidade do processo de produção ou prestação de serviços. Estas informações permitem situar a organização no contexto e verificar o quanto os objetivos alcançados estão de acordo com a missão proposta para sua existência.

Novaes & Motta (1996) esclarecem que “*as decisões estratégicas são tomadas com base em pouca informação, identificada ao largo de um processo seletivo que envolve toda a organização*”. Declaram existir um processo seletivo de interpretação e análise que percorre todo o processo de informação.

Um dirigente com estas informações atua como um sentinela do ambiente, o que permite produzir reação nos serviços, porque existem fatos que são previstos, mas outros são contingenciais, e, estes se apresentam como tendências, surtos, epidemias, eventos adversos, etc.

➤ Os *gerentes de nível tático ou intermediário* precisam de informações, com características intermediárias entre o nível operacional e o estratégico, ou seja, informações internas e externas como manutenção e crescimento ou melhoria dos negócios ou serviços prestados e qualidade do produto ou serviço. Esta informação é encontrada no conteúdo do movimento hospitalar, nos hospitais.

➤ Os *gerentes operacionais*, que utilizam informações internas, detalhadas, bastante precisas e atuais, referindo-se normalmente a acontecimentos passados. Em geral, são informações periódicas e seu uso é delimitado a alguma situação. Para este nível operacional, as outras informações são de pouco interesse.

Broskowski (1979) formula uma série de características da informação para ser utilizada na tomada de decisão, demonstradas no quadro 1.

Quadro 1

Características das informações para inclusão no SIG, de acordo com sua aplicabilidade nos níveis de tomada de decisões

Característica da informação	Aplicabilidade	
	ALTA	BAIXA
Fonte	Interna	Externa
Escopo	Bem definida	Espaçoso
Nível de agregação	Detalhada	Agregado
Vigência da informação	Histórica	Futura
Acurácia requerida	Alta	Baixa
Frequência de uso	Muito freqüente	Pouco freqüente

Fonte: Broskowski (1979).

Moraes & Santos (2001) e Cremadez (1992) alertam que os seguintes princípios e precauções devem ser preservados em relação ao uso das informações geradas pelos sistemas de informações gerenciais, como:

- Garantir a confidencialidade das informações quer de pacientes, quer de profissionais;
- evitar que o sistema de informação dependa unicamente do responsável designado, porque tanto os usuários, quanto às informações, podem se transformar em moeda de troca;
- quanto ao impacto no processo decisório a informação deve ser útil para motivar a participação de diferentes interesses na solução de questões;
- a forma de mostrar inadequações e superposições deve ser cuidadosa;
- a concertação pode reunir diferentes interesses e seu líder deve ser capaz de completá-la;

- evitar a apropriação do sistema de informação por interesses, porque um sistema de informações permanente provoca evolução sensível sobre o modo de funcionamento dos serviços;
- quanto à implantação do sistema, ter o cuidado com a troca suplementar do trabalho burocrático e garantir a interpretação dos dados, informações que serão fornecidas aos demais.

Segundo Novaes & Motta (1996), a prática da utilização dos sistemas de informação tem contribuído para que os gestores:

1. vejam a informação como recurso gerencial que pode ser continuamente aperfeiçoado e compartilhado com outros membros da organização;
2. se conscientizem quanto ao custo da informação e aprendam não só a diferenciar qualidade de quantidade, mas também selecioná-la e buscá-la, vinculando-a com melhores resultados da organização;
3. dêem prioridade à perspectiva estratégica na gestão, aumentando o interesse na compreensão e na busca de nova informação, proporcionando novas ações nas organização;
4. Constatem, no cotidiano da gerência, as interdependências entre as diversas tarefas e setores e o impacto produzido pela recompilação e análise da informação em um setor sobre o outro.

A eficácia da informação depende em grande parte do tratamento e do destino que lhe é dado.

Nicz & Karman (1993), ao associar gestão da informação à qualidade assistencial, relatam que um sistema de informações, para ser completo, *“precisa considerar a organização de fluxo transversal; e, no hospital, têm a necessidade de reduzir prazos, suprimir filas de espera, agilizar resultados de exames, controlar a ocupação dos leitos, controlar as AIH, avaliar a qualidade do processo e resultados assistenciais, entre outros”*.

A organização hospitalar, inserida no mercado, tem na informação de boa qualidade o instrumental imprescindível para o enfrentamento da competitividade. Enquanto o hospital público ou sem fins lucrativos, tem na informação, a fonte de conhecimentos para a melhoria dos serviços e da economia, o que garante o cumprimento das suas finalidades sociais.

No caso da assessoria do PCIH ao dirigente hospitalar, a informação é o insumo deste trabalho. No modelo descrito no capítulo IV (figura 6), é possível visualizar como se processa o uso desse recurso.

Pode-se resumidamente constatar que a contribuição deste capítulo para o presente estudo vem do reconhecimento do processo de acumulações que visam à mudança, como resultantes da construção dos conhecimentos sobre a realidade vigente nas organizações no mundo do trabalho.

As características da boa e confiável informação para apoiar as decisões e as formas de obtenção destas, em diferentes enfoques utilizados na saúde, amparam a formulação do propósito estratégico de uso da informação pelo PCIH na assessoria ao dirigente hospitalar.

As características dos sistemas de informações amparam a construção e a funcionalidade esperada para o sistema em desenvolvimento.

A ênfase dos modos de divulgação de informações e seu conteúdo contribui na orientação do relatório que pretende ter capacidade persuasiva para suscitar decisões pertinentes do dirigente.

Capítulo IV

A qualidade assistencial do hospital através da informação transversal do PCIH

Neste capítulo discutir-se-á teoricamente, o aplicativo conjunto exposto nos três primeiros capítulos que sintetiza-se neste e embasa os propósitos deste trabalho. O tema é composto e multifacetado e o capítulo se justifica pela necessidade de contemplar os diferentes leitores-alvo desta abordagem.

O tema engloba o serviço assistencial hospitalar e sua associação de causa e efeito com o meio e seus usuários, além das múltiplas interações entre os atores, assim como na ação pró-ativa do PCIH, que resulta em bom atendimento. Finaliza-se ressaltando a importância da informação neste palco de acontecimentos, a serviço do esclarecimento e da qualidade assistencial.

4.1. Dinâmica da assistência e seu desempenho com qualidade.

O hospital é um local privilegiado para a assistência à saúde, porque ali se reúne a tecnologia industrial e farmacêutica; concentram-se profissionais e o desenvolvimento de seus saberes, assim como é palco e contexto de um tipo de administração pouco encontrado em outras áreas no mundo do trabalho.

A partir da afirmação de Bueno (1997) de que a dimensão-chave do hospital é “*o encontro final com o usuário*” serão desenhados requisitos, para que esse encontro seja harmônico, satisfazendo as necessidades do doente ou cliente que procurou aquele tipo de serviço e dos profissionais que ali se estabelecem para prestar serviços e desenvolver seus conhecimentos, bem como do padrão de assistência almejado. Alguns desses requisitos devem ser satisfeitos para que a qualidade mínima esteja presente neste serviço de assistência à saúde, a saber:

- Resolutividade: consiste no conjunto de ações que produz o re-equilíbrio e o restabelecimento das funções orgânicas e, elimine a dor e suas causas, utilizando todos os meios ali disponíveis. É uma medida da eficácia da assistência.
- Humanização: é a necessidade de criar condições e condutas que permitam aconchego, atenção e familiaridade aos clientes, mesmo sob tratamentos cruentos e fisicamente dolorosos, acompanhados ou não de sofrimento psíquico e moral.
- Racionalidade: no sentido da utilização estritamente necessária dos recursos, métodos diagnósticos e terapêuticos para a assistência, por profissionais proficientes, que resulte em acertos e curas. Também pode ser medida a eficiência da assistência;
- Equidade: como princípio da Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990), que trata da mesma forma de prestar serviços, tanto para paciente conveniados nos planos de saúde privados, quando do SUS, nos estabelecimentos de saúde.

Para que esses requisitos assistenciais se cumpram, e resultem em qualidade (Azevedo, 1992; Haxhe, 1997), existem condições de organização e liderança que necessitam também ser satisfeitos, como:

- a orientação participativa para elaborar e cumprir um plano institucional;
- a vigilância informada e divulgada dos fluxos da assistência, de acordo com o esperado e os resultados assistenciais;
- a conscientização coletiva sobre as falhas e vícios da cultura organizacional liderada por chefias, gerentes e dirigente;
- a criação de equipes homogêneas em propósitos assistenciais, estimuladas à comunicação lateral para resolver problemas e exercitadas em flexibilizar, adaptando-se rapidamente às contingências determinadas por epidemias, surtos, catástrofes, agravo de condições, e outros;
- as decisões compartilhadas entre gerentes e operadores.

Grabois & Sandoval (1993) nos apontam que a homogeneidade entre recursos, ações e resultados é que criam referência numa instituição ou serviço. Acrescente-se que algumas medidas permitem melhor expressar um equilíbrio e adequação dos recursos, para ações de grande desempenho e excelentes resultados como a referência. Porque a homogeneidade entre altos recursos tem ótimos resultados, como é natural e esperado. No entanto, essa afirmação não é muito verdadeira na prática assistencial dos hospitais públicos brasileiros, pois, quando existem recursos suficientes e são mal administrados, os resultados não são equiparados ao bom ou suficiente volume de recursos.

Como um organismo, o hospital pode ser identificado em seus múltiplos processos, a partir da composição complexa de seus arranjos e movimentos, cujas condições, comportamentos e produtos os fazem mais ou menos eficientes em si e no sistema.

Na condição de funcionamento regulado pela necessidade social, por um lado, e pela eficiência dos serviços e produtos, por outro, e a despeito de acordos, o funcionamento do hospital é coordenado, em parte, como o sistema nervoso parassimpático, que é involuntário à vontade do órgão dirigente (cérebro) e atua em resposta às demandas e estímulos, diretamente. E o sistema simpático ou voluntário do funcionamento orgânico humano pode ser dirigido pela vontade.

Da mesma forma que no organismo humano, a direção do hospital atua sobre o organismo a partir da vontade de seu condutor. Ainda relacionando o hospital ao organismo biológico, quando a associação é involuntária entre o cérebro e o funcionamento dos órgãos e estes por sua vez se encontram desorganizados, é possível compreender, sentir e entender que ali há problemas e a intervenção é necessária. A vontade de reorganizar (ou sobreviver) estimula a busca de auxílio no tratamento de saúde. Assim, como no sistema organizacional e seu funcionamento, quando surtos, epidemias ou imperícias surgem como doenças do sistema, são necessárias medidas radicais e rápidas.

Na situação em que o organismo já está viciado ao desregramento (cultura) alimentar, físico, psíquico, etc, a vontade cerebral tem fraca ação de controle sobre o todo afetado e as partes atuam independentes e sem resposta à vontade do cérebro, a tal ponto, que a parte independente e doente passa a minar as outras partes do organismo, a partir de sua desorganização. O efeito desse envenenamento pode levar à morte sem que o cérebro, mesmo sadio, possa fazer algo.

Assim também ocorre no hospital, que tem no dirigente o dono da vontade, outorgada pelo seu cargo e o poder de liderar sobre as partes, para harmonizar o funcionamento (Barbosa & Lamy, 1993). No entanto, se as diferentes unidades já funcionam de forma desarticulada como “feudos”, grandes dificuldades deverão ser enfrentadas para restabelecer a ordem interna de partes da organização e rearticulá-las ao todo.

O diagnóstico organizacional deve localizar os pontos nevrálgicos da assistência e tratá-los para restabelecer o fluxo contínuo de funcionamento no qual as demandas são recebidas, processadas, beneficiadas e devolvidas de diversas formas ao contexto e à população.

Entretanto, se houver autonomia, independência de forma viciosa e desarticulada, destoando dos propósitos do todo, então há necessidade de tratamento de choque, assim como ocorre naqueles utilizados para desintoxicação em casos de drogadição.

Além dessa comparação analógica, há outra, a do hospital como arena, que enfoca o inter-relacionamento humano e tem nos interesses particulares e coletivos a sua tônica máxima.

Acredita-se que o orgânico e natural da organização hospitalar é complementado pelo político-social, tornando viva a comunicação inteligente e o jogo das articulações multidisciplinares. O jogo envolve emoções e sentimentos de ganho-perda e do poder envolvido nos ganhos de posição frente aos perdedores que Lapierre (1993) bem identifica.

Assume-se, como qualidade na área saúde o conceito proferido por Donabedian (1980), já que se refere a melhor assistência possível, mantendo o equilíbrio entre os riscos e os benefícios, sem os quais não é possível avançar no incerto mundo da cura humana.

Na prática, esse equilíbrio é introduzido por meio de mudança na rotina assistencial, necessariamente acompanhada por permanente processo educativo, como bem lembra Malik (1992).

Há convergência de sentido e propósito de qualificar a assistência hospitalar através de inúmeras iniciativas como a acreditação, habilitação, auditoria, programas gerenciais de qualidade e tantos outros (Prade, 1998). No entanto, não contemplam a avaliação da habilidade técnica e cognição dos profissionais atuantes na ponta do sistema; a eficiência do processo diagnóstico e terapêutico para a resolutividade do

hospital; a localização das fontes de desperdício; a ineficácia profilática de antibióticos, entre outros.

Assume-se então que a qualidade da assistência hospitalar pode ser verificada pela:

- a) avaliação da proficiência de como esta assistência é prestada, nela incluindo o conhecimento e habilidade de todos os profissionais que abordam diretamente os pacientes na prestação dos cuidados;
- b) pela disponibilidade contínua de materiais com qualidade garantida para procedimentos assistenciais;
- c) pelo grau de racionalização ou desperdício de materiais;
- d) pelos tempos, movimentos e custos na prestação da assistência;
- e) pela diminuição do tempo de internação e pela melhora dos resultados obtidos em termos de resolutividade.

4.2. Os agentes da assistência e sua atuação proficiente

Os agentes da assistência são, de acordo com a configuração de Mintzberg (1995), os gerentes, os operadores e a tecnoestrutura. Os gerentes compreendem três níveis e incluem o dirigente. Os gerentes intermediários e de operação são, no hospital, os coordenadores e chefias. Os operadores são os profissionais de enfermagem, os médicos, a equipe de nutrição e todos os trabalhadores da assistência direta e indireta.

Tais operadores são aqueles que interagem diretamente com os pacientes e, por isso, a qualidade destas ações necessita ser proficiente, mas, antes disso, consciente. Porque são nestes contatos transmitidos os agentes das infecções hospitalares (do operador para o paciente) ou das infecções ocupacionais (do paciente para o operador).

A tecnoestrutura aqui se refere ao PCIH, como descrito no capítulo II.

O alto gerenciamento do hospital, a direção e os demais compõem os níveis de coordenação de área e chefia de unidades ou segmentos profissionais.

A proficiência profissional entendida como a alta habilidade técnica e de conhecimento para o cargo ou função pode ser observada para os atores da assistência, com a seguinte especificação:

O dirigente: qualquer que seja o estilo de sua administração deve demonstrar interesse pela melhoria das condições assistenciais, pelo processo de trabalho e seus resultados. As informações são elemento-chave para verificar estas condições e a intervenção imediata e/ou planejada deve marcar seu apoio ou iniciativa às mudanças necessárias.

O êxito dessa demonstração terá mais ou menos adesão dos demais, a depender do estilo de direção que utilize e da natureza do hospital que dirige.

No quadro 2 estão expostos os perfis e características opostas de direção e de estilos do dirigente, de onde se depreende que o modelo mais aceito seja o democrático para gestão do hospital, como a maioria dos autores brasileiros enfatiza (Junqueira, 1992; Junqueira & Inojosa, 1992; Grabois, 1993; Barbosa, 1996 e outros), mas com a atenção para os níveis de organização requeridos, evitando cair no estilo *laissez-faire*.

Quadro 2

Perfil de características dos tipos de direção hospitalar e estilos do dirigente

PERFIL			
Mais democrático	Característica	Mais autocrático	Característica
Estilo Situacional	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Práticas variam conforme a tarefa ◆ Alta capacidade de adaptação ◆ Flexibilidade do estilo em decisões e ações 	Estilo Burocrático	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Planejamento, organização, liderança
Alta responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Planejamento ◆ Presta contas do desempenho ◆ Uso da criatividade 	Baixa Responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Improviso, emergências, não presta contas do desempenho
Participativa	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Colegiada ◆ Consensual 		
Interioridade	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aceitação do outro, compaixão, abandono do dirigente ◆ Empatia, compreensão ◆ De ordem moral 	Exterioridade	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Atividade centrada na explicação, ◆ Racionalização, ◆ Interação ◆ Influência ◆ Concepção convencional ◆ Comunicação burocratizada e formal ◆ Desejo de dominação (distância e poder)

Fonte: Lapierre, 1993; Matus, 1997; Cecílio, 1997; Junqueira, 1992; Junqueira e Inojosa, 1992; Cremadez, 1992.

A articulação entre o dirigente, o gerente do PCIH e os demais atores ligados à assistência direta animam tanto o jogo interno, quanto catalisam o movimento orgânico e sistêmico do hospital, conforme demonstrado na figura 5, que segue.

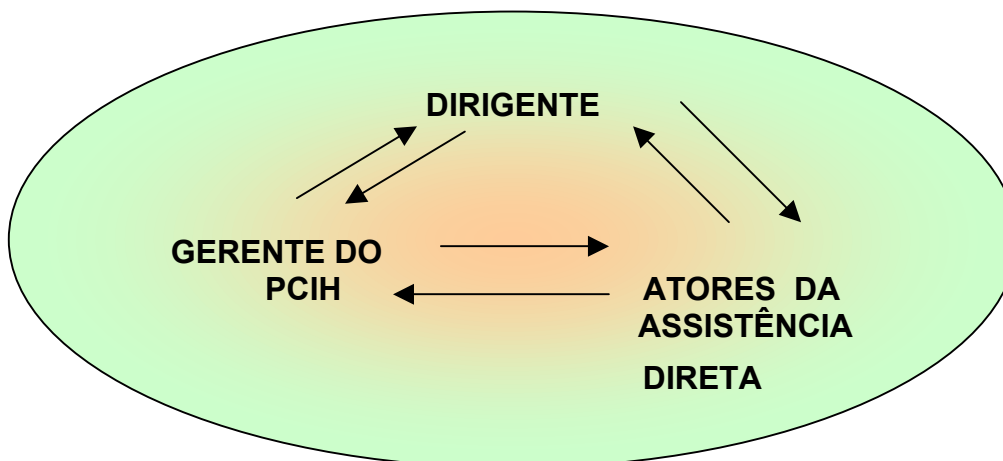


Figura 5. Fluxo da interação dos atores da assistência hospitalar.

A partir deste conjunto de interações é possível destacar os requisitos e responsabilidades entre uns e outros que lubrificam uma assistência minimamente eficaz, inspirados em Matus (1997), na APIC (1996) e Cremadez (1992) e outros autores citados ao longo da abordagem.

Independendo da natureza do hospital e do jogo empreendido pelo dirigente para dirigi-lo, existem articulações que devem estar garantidas na relação deste com os atores da assistência e com o PCIH. A dinâmica destas interações ocorre numa via de mão dupla no modo de se concretizar, como descrito abaixo:

4.2.1. Na relação do dirigente e os atores da assistência direta

O compromisso do dirigente com os atores está em grande parte na garantia de materiais necessários para o trabalho, na abertura dos espaços de discussão e acolhimento das sugestões para solução dos problemas e na forma equânime de tratá-los. É necessário garantir que se cumpram os propósitos da assistência, como Junqueira & Inojosa (1992) enfatizam. Mas Donabedian (1980) e Cecílio (1997) esclarecem que estes propósitos centralizam-se no encontro com o cliente externo.

No compromisso de apoio dos atores para com o dirigente, muitas estratégias podem ser identificadas. No entanto, a motivação para esse apoio é a vontade de colaborar na dinâmica da eficiência e na melhoria dos resultados. O grau de resposta participativa é obtido de acordo com o estilo utilizado pela direção, podendo estimulá-la

ou inibi-la de acordo com a forma de acolher as sugestões e formulações originadas do pessoal da assistência direta, para a solução dos problemas.

Isso porque a equipe de assistência é multicomposta e também todos são participantes das estratégias de levantamento de problemas e principalmente da solução desses.

Quanto à seleção de pessoal, Dussault (1992), cita como importante tarefa do dirigente e que repercute no grau de qualidade versus iatrogenia, presentes na assistência hospitalar.

A adesão e participação às discussões de planejamento e também na retroalimentação que se seguem são as formas de constatar a resposta dos atores da assistência no compromisso com o dirigente. As respostas demonstram também o quanto se assumiu o compromisso de colaborar e participar da melhoria da assistência.

Para o dirigente deve interessar, em última análise, que os profissionais tenham proficiência e produzam a melhor assistência com racionalidade de recursos.

4.2.2. Na relação do dirigente com o gerente do PCIH

Mesmo que o hospital se utilize de meios decisórios democráticos e amplamente participativos para a gestão, é o dirigente do hospital o único responsável legal da instituição, o que responde, em última análise, pelo que ocorre na organização que dirige, e é por isso que este ator foi incluído no estudo como aquele que decide e tem o poder legitimado como autoridade máxima do hospital.

O compromisso inicial do dirigente está em conhecer a amplitude e profundidade do PCIH e selecionar o profissional com perfil integrador (Mintzberg, 1995 e Cecílio, 1997); conhecimentos e habilidades gerenciais com visão epidemiológica, para liderar a execução do PCIH.

Os demais compromissos são demonstrados no sentido de atribuir a função de liderar a mudança da qualidade da assistência através de ações compartilhadas de melhoria. A reboque deste compromisso estão, além da nomeação do gerente do PCIH, também as suas participações nos fóruns decisórios permanentes do hospital; na garantia de um orçamento para executar as ações do PCIH como prevê a legislação (Brasil, 1997 e 1998); e, no apoio, com decisões, que abram os espaços para o gerente desempenhar suas atividades com as equipes de trabalho. No entanto, nesta relação há

necessidade de mecanismos de prestação de contas do PCIH que devem ser definidos pelo dirigente, pois é o responsável legal pela qualidade do serviço prestado no hospital.

Por outro lado, o gerente do PCIH deve, antes de se candidatar a esse cargo, entender além do conteúdo temático do próprio do PCIH, dominar técnicas gerenciais, de avaliação e pesquisa, de produção de informação, fundamentais neste trabalho de assessoria ao dirigente. A capacidade de argumentar, além do discurso técnico, é muito importante para conquistar a melhoria da assistência em condições similares ao que Mintzberg (1995) descreve como “*funções do gerente integrador*” e que Cecílio (1997) reclama inexistir nos hospitais.

O ajuste do perfil profissional do gerente do PCIH, ainda está em evolução, porque faltam os conhecimentos gerenciais e estratégicos e a habilidade em praticá-los, assim como a capacidade crítica em relação ao que é necessário e cabível ao hospital e ao Programa, com adequação pertinente à realidade vigente.

As informações (formais e informais) são ingredientes fundamentais na assessoria do PCIH ao dirigente, porque subsidiam as decisões, intervenções imediatas, o planejamento para intervenções de médio prazo e o aprendizado organizacional, que se processa através dessas. Mas também auxiliam nas negociações do dirigente, junto ao gestor local de saúde e na classificação do hospital junto ao *ranking* dos demais hospitais, se comparados com as mesmas informações.

O dirigente demonstra em reações, decisões ou efeitos o apoio que dá ao PCIH. No entanto, tais reações estão condicionadas:

1. ao preparo que tem para o cargo de dirigente, porque quanto mais conhecimento tiver sobre a visão sistêmica da prática assistencial, mais compreende o conteúdo do trabalho do PCIH e valoriza sua assessoria;
2. ao tipo de administração que exerce, porque quanto mais democrática e participativa, mais se alinha aos valores descritos na coluna esquerda do quadro 1 neste capítulo, tanto maior é a aceitação e reconhecimento da assessoria do PCIH, das contribuições coletivas e a compreensão do ritmo dos processos de mudança como já experimentado em diferentes oportunidades (Prade, 1988; IFF, 1990; Scheidt & Prade, 1991); e,
3. à natureza do hospital que dirige, porque os motivos que orientam as diferentes organizações, políticos (ligada à natureza pública), ou de mercado (ligada à natureza privada) valorizam diferentemente a

assessoria de informações sobre a qualidade assistencial na direção de cada propósito.

Como gerente integrador e líder do processo de mudanças, o gerente do PCIH nem sempre encontra um dirigente sensível, disposto e interessado nas questões da qualidade da assistência hospitalar que tenha que assumir mediante os grupos (leia-se feudos) que o apóiam, posturas e deliberações que enfrentem os erros e imperícias praticadas dentro desses grupos.

No enfrentamento deste tipo de imobilismo, a estratégia da difusão profusa de boa informação sobre a realidade vigente, ao longo tempo, cria um processo conhecido e utilizado pelo marketing (Kotler & Dubois, 1976), para criar novas necessidades (a de mudar) que Lindblon (1981) descreve como forma de persuasão.

Segundo Grabois (1993), a direção hospitalar deve combinar pessoas, tecnologia e recursos na consecução dos objetivos e o dirigente representa o elo de ligação entre os objetivos do sistema e a assistência, ao que Novaes & Motta (1996) esclarecem, que devem ser satisfeitas certas condições para o gerenciamento de hospitais, como:

- ◆ a definição do processo decisório, participativo, multiprofissional e em diferentes níveis;
- ◆ o estabelecimento de equipes estáveis, proficientes e integradas aos objetivos gerais do hospital;
- ◆ a criação ou remodelagem do sistema de informações sobre os processos de trabalho;
- ◆ a liderança das equipes de trabalho.

4.2.3. A relação entre o gerente do PCIH e o pessoal da assistência é mediada pelos integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que por representarem os serviços e segmentos, têm autoridade para convocar a participação da equipe a se integrar nas ações lideradas pelo SCIH, que por sua vez é o executor do PCIH e das deliberações, na forma de um gerente integrador de Mintzberg (1995). Assim, treinamentos ou qualquer modalidade de processo educativo, ou modificação de rotinas assistenciais devem contar com a adesão e participação ativa dos atores da assistência. É neste nível que a qualidade da assistência pode ser modificada, já que seus atores e o PCIH estão em forte interação para produzi-la.

O PCIH mostra e demonstra os pontos falhos da assistência e busca a participação ativa dos atores para solucionar os problemas que afetam o paciente, mas também podem afetá-los.

O processo informativo sistematizado revela em seu conteúdo o grau de participação dos atores, que é fundamental porque só estes atores são capazes de alterar a qualidade da assistência pretendida, e o gerente do PCIH deve liderar.

A ação do PCIH, tanto na interação com o dirigente, quanto dos atores assistenciais, tem na informação seu ponto de apoio fundamental, porque é deste conhecimento e do domínio de técnicas integradoras e de comunicação que depende o êxito dos propósitos deste programa.

No entanto, Mintzberg (1975) acredita que, no exercício dos três papéis de direção, seja possível desenvolver uma direção pertinente. Salienta-se que, como este autor revela, deve pressupor-se que o dirigente seja uma pessoa bem informada. Argumenta-se que a obtenção de informações, na medida das necessidades do dirigente, só pode ser produzida a partir das próprias expectativas, formação e experiências administrativas, pois, segundo Azevedo (1995) e Novaes & Motta (1996) é fraca. Porque, sendo a maioria dos dirigentes médicos, com curtas ou recentes experiências em administração hospitalar, pouca importância ou necessidade demonstram para a criação de sistemas de informação que lhes mostrem o hospital em sua versão mais próxima do real.

Parece claro que, existem algumas dimensões que podem balizar a eficiência e efetividade do direcionamento da organização hospitalar, a despeito das tarefas do dirigente impostas ou praticadas no empirismo da profissão, considerada como:

- ◆ ***o preparo para a função demonstra*** realmente o interesse em atuar na área específica da administração com a preocupação ou a intenção de fazer bem e cada vez melhor, esta tarefa que se reveste de grande responsabilidade social e humanitária. A responsabilidade é definida por Matus (1997) como a “exigibilidade dos compromissos” manifestados pelo sistema de cobrança e prestação de contas para avaliar o alcance dos propósitos e da missão institucional.
- ◆ ***a preocupação com a qualidade assistencial prestada***, naturalmente é um dos pontos mais importantes da assistência hospitalar, porque dela depende o êxito

da instituição em relação a sua finalidade, podendo traduzir-se em prolongamento da vida, sobrevivência e qualidade de vida. A atenção aos pontos problemáticos da assistência também constitui expressão desta preocupação;

- ◆ *o compromisso com o PCIH*, já que é este programa o provedor e vigilante da qualidade assistencial. Se expressa no apoio explícito às ações sugeridas e desencadeadas pelo Programa;
- ◆ *o compromisso que se transforma em ação*: neste, a ação que se consolida inicialmente pela decisão e na liderança de mudanças necessárias para ampliar a qualidade assistencial. Expressa-se basicamente, na utilização das informações.

4.3. O PCIH efetivo e eficaz

O PCIH é o órgão que catalisa as interações e promove os ajustes no fornecimento de serviços intra-assistenciais que, além de cumprirem a função de sua existência, ainda participam da prevenção ou controle das infecções hospitalares.

Trabalho anterior (Prade, 1988), evidencia existirem ações do PCIH que são diretas como executor, enquanto outras, dependem da adesão do pessoal da assistência para se efetivarem. Aquelas que dependem só do PCIH são as deliberações a respeito da padronização dos produtos antimicrobianos ambientais e de anti-sepsia, o provimento para distribuição desses produtos prontos para o uso; a produção de detergente para mãos no próprio hospital, assim como outras medidas que com facilidade contribuem para a redução do consumo, desperdício e a economia gerada, que tem grande adesão e apoio do dirigente hospitalar, quer público ou privado. As que dependem da adesão do pessoal são morosas, porque compreendem o processo educativo para a mudança e ambos são lentos como afirmam diferentes autores (Malik, 1992; Acuña & Fernandes, 1995 e outros).

Por ter a função de assessor da direção (Brasil, 1998), o PCIH deve, antes de colocar em prática esta função, estruturá-la. Tal estrutura é consolidada na atividade gerencial que organiza a sistemática do trabalho e auxilia a melhoria pretendida.

Assume-se aqui o conceito de gerenciamento de Lapierre (1993) (item 1.5), porque acentua a necessidade de interação com a realidade externa do sujeito-gerente, levando em consideração os recursos da empresa e sua ambiência.

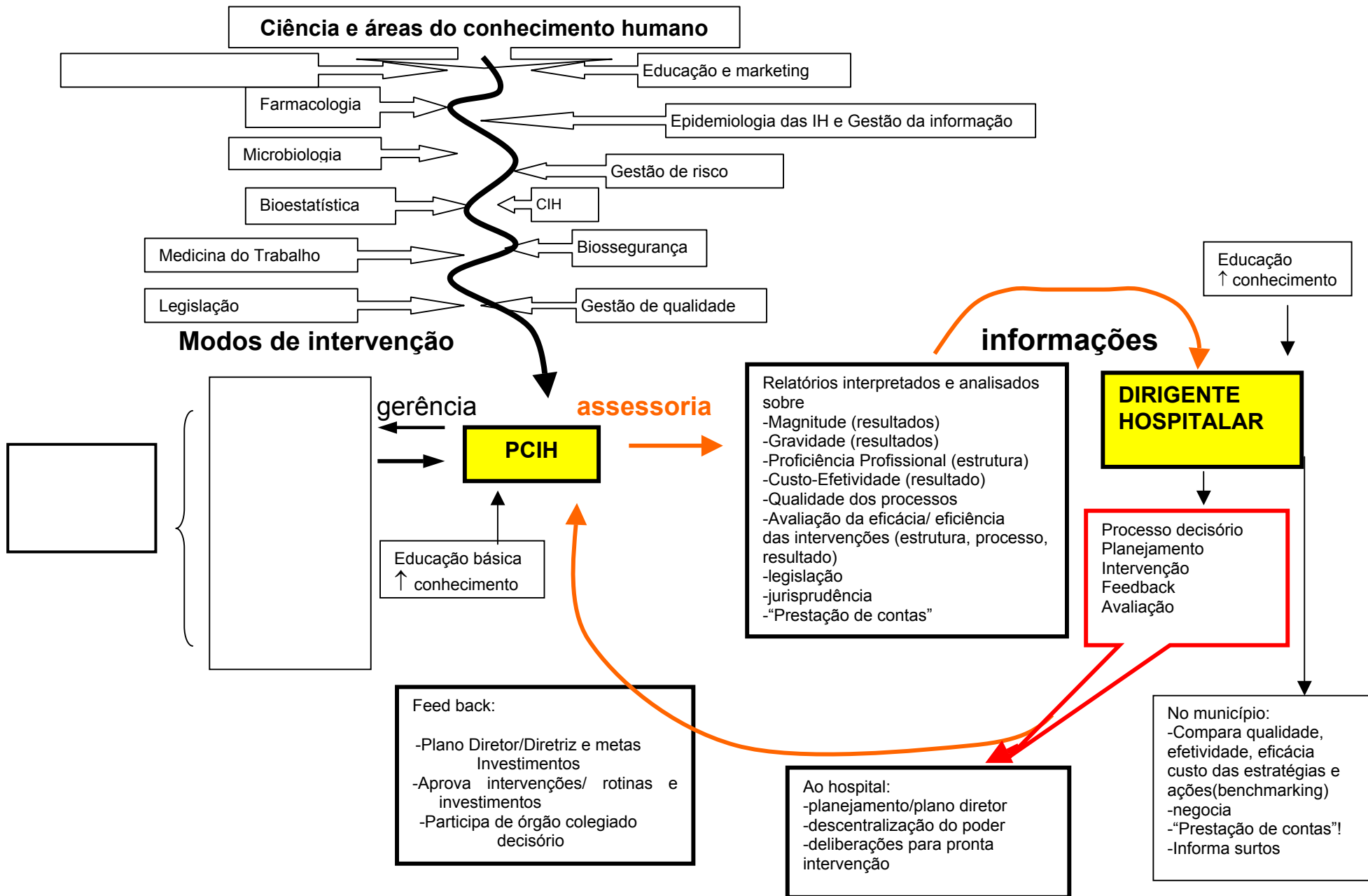
Nesta atuação o gerente precisa conhecer a extensão e profundidade dos problemas que envolvem o fenômeno em si e é objeto deste Programa de Saúde. A forma abrangente e profunda de ver e interpretar os fatos e os dados da realidade vigente e analisá-los à luz do contexto em que se insere, favorece a localização dos problemas e a intervenção, pontuada naquele âmbito de ocorrência (Prade, 1988). A observação oriunda da vigilância ou monitoração sistemática do fenômeno possibilita verificar a qualidade dos efeitos das intervenções e a visibilidade da melhoria da assistência, e assim sucessivamente.

O conteúdo que determina a abrangência do Programa de Controle de Infecção Hospitalar é composto, naturalmente, de todas as sugestões oficiais, acrescidas de atividades coerentes com a prevenção, o controle, ou de apoio às ações desse programa, não necessariamente relatadas pela ciência ou pela legislação, mas em recomendações de uso e na evidência de que seus resultados podem ser reproduzidos com as devidas adaptações e adequações ao contexto, cultura e práticas, e que são:

- Epidemiologia, Estatística, Métodos de análise de dados;
- Gestão da informação;
- Metodologia científica;
- Microbiologia;
- Conceitos e critérios de Infecções Hospitalares;
- Sistema de Isolamentos;
- Limpeza, Desinfecção e Esterilização;
- Proficiência do Cuidado;
- Procedimentos invasivos hospitalares e ambulatoriais;
- Gestão de risco: áreas e pacientes;
- Anti-sépticos e anti-sepsia;
- Saúde ocupacional e Medicina do trabalho;
- Pedagogia da educação de adultos e profissionais;
- Técnicas de Educação permanente em serviço;
- Doenças infecciosas e topografias de infecção;

- Produtos farmacêuticos e seu controle de qualidade e distribuição para uso;
- Padronização e controle dos antibióticos;
- Áreas de risco para infecção hospitalar (CME, Centro cirúrgico, Laboratórios e outros);
- Serviços de Apoio da assistência (Nutrição, CME, Lavanderia, e outros);
- Informática e domínios de programas para produção de textos e apresentações estatísticas;
- Normas Administrativas para o PCIH;
- Técnicas de comunicação, divulgação e *marketing*;
- Modelos e Técnicas gerenciais.

Figura 6. Modelo estrutural das Ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar



Como o controle de infecção se insere na assistência hospitalar, permeando a maioria das atividades e práticas, dependentes, por sua vez, de alta qualidade, *há necessidade de considerar os pontos cruciais da inter-relação entre os fornecedores e os clientes* (Prade, 1998). Por serem cruciais, determinam conjuntamente a qualidade da assistência e o mau funcionamento de alguns desses pontos, estabelecem o estrangulamento do fluxo assistencial, quando eventos adversos, surtos, iatrogenias e mortes advêm, como problemas imediatos, e pela sua gravidade ou extensão, seus efeitos podem afetar em cadeia as demais partes do processo.

Portanto, assume-se neste trabalho que os pontos cruciais da assistência encontram-se nas interseções entre fornecedores e clientes, configurados no macrofluxo (figura 2) (Capítulo I) e referentes ao âmbito de abrangência do PCIH, definido pela legislação, a ciência e as evidências que formam o corpo de análise da assistência hospitalar por este ângulo e que se referem a:

- Decisões orçamentárias e programáticas da direção do hospital e seu apoio em deliberações e participação;
- decisões e deliberações da CCIH, ou similar;
- atividades gerenciais efetivas do SCIH ou similar;
- processos de monitoração do fenômeno válidos e confiáveis que compõem a informação sistemática;
- processos e procedimentos que empregam técnica asséptica e são considerados de risco para IH, tanto diagnóstico quanto terapêutico;
- processos e procedimentos que empregam técnicas de proteção ao risco de contaminação pessoal, ao ambiente e aos demais pacientes;
- processos que envolvem a manipulação, escolha e aplicação ou uso de antimicrobianos ambientais e humanos;
- processos diagnósticos que envolvem a identificação de microorganismos ou seus efeitos;
- comportamento dos prestadores de cuidados da assistência em relação ao conhecimento das regras de boa conduta assistencial referentes à sua qualidade.

Os pontos considerados complementares referem-se aos seguintes itens:

- Condições do registro de dados primários no prontuário dos pacientes;

- controle da previsão de estoque de itens imprescindíveis à manutenção da qualidade assistencial e biossegurança;
- condições estruturais que garantam biossegurança e a preservação de ambientes considerados cirúrgicos ou limpos;
- processo de informações necessário para vigiar o fenômeno e limitar sua ação, através das condições e processos de análise da estrutura, processo e resultado assistencial que se refere ao quadro epidemiológico, ao desempenho assistencial e profissional.
- satisfação dos clientes internos e externos em relação aos fornecedores de serviços e produtos no processo assistencial e institucional.

O conhecimento da situação, gerado a partir dos múltiplos enfoques da avaliação da assistência, é o substrato da assessoria do PCIH, sobre a qual todo o trabalho gerencial se realiza.

Uma efetiva e eficiente assessoria promove a melhoria dos conhecimentos do dirigente e dos gerentes da média administração, suscita decisões pertinentes e relacionadas aos problemas identificados, mas também instrui e esclarece, orienta e supervisiona, como prevê Mintzberg (1995). Na figura 6, está demonstrado o fluxo de ações e interações do PCIH com as áreas do conhecimento humano, no serviço de gerenciamento e assessoria propostos como modelo de ação do PCIH.

O exercício de assessoria tem no relatório de informações, nos moldes definidos por Eco (1979); Fraga (1997); Shelly (1996) e Prade (1994), o seu instrumento básico de negociação e estímulo à participação no processo de melhoria da assistência. Os efeitos persuasivos decorrentes dos esclarecimentos produzidos pelo teor e conteúdo dos relatórios informativos podem, então, ser verificados nas decisões tomadas pelo dirigente; no seu apoio às sugestões de solução do PCIH; no volume, densidade e qualidade da participação do pessoal hospital; e, nas alterações dos indicadores que norteiam e avaliam a intervenção.

No sentido apontado por Senge (1990), Conti & Jacobson, (1996) e Axelsson (1998), pode-se formular a base da assessoria e gerenciamento do PCIH a partir da vigilância avaliativa da assistência e detecção de pontos falhos. A melhoria contínua consiste em experimentar alternativas adaptadas e observá-las, gerando resultados que

evidenciam mudanças, ou não, ao mesmo tempo em que ocorre o aprendizado organizacional e a leitura do hospital.

Essas contribuições têm no processo de informação regular e sistemático poderoso auxiliar. Isso porque a informação mostra a organização em prisma original e possibilita o aprendizado e compreensão do sistema e suas reações frente às mudanças (por força das contingências) e flexibilizações parciais ou totais, demonstrando o quanto a assistência é um processo vivo.

A estratégia gerencial tem na informação e na capacidade de flexibilidade da direção, os componentes do gerenciamento situacional eficaz, que são expressos no conceito que Morin (1998) elabora para estratégia, no qual “*a arte de utilizar as informações que aparecem na ação, de integrá-las, de formular novos esquemas de ação e de estar apto (...) para reunir o máximo de certezas para enfrentar as incertezas*”.

4.4. Informações válidas e confiáveis que revelam o hospital através do controle de infecção em quatro dimensões

Partindo do entendimento que informações são dados analisados que traduzem e interpretam a realidade vigente, pode-se afirmar que são imprescindíveis na gestão moderna, ou no gerenciamento de qualquer organização, seja de serviços ou de produtos.

Neste sentido, o incremento da informação é capaz de ampliar a visão do dirigente, sensibilizar e motivar a responsabilidade do ator assistencial e de localizar os pontos problemáticos para intervenção no hospital. No entanto, são requeridos deste instrumento de medida, garantias de sua validade em medir o que pretende e permitir a reprodução confiável deste segundo o que Contandriopoulos et al (1997) e Carmines & Zeller (1979) preconizam. Porque tanto para o gerenciamento e tomada de decisões, quanto para a pesquisa científica, a informação que se pretende produzir faz parte de um processo que origina nos dados, passa pela decisão e culmina na mudança da qualidade da assistência.

A necessidade de garantir a validade e a confiabilidade do instrumento, antes ou durante o uso, minimiza a introdução de erros de diferentes naturezas (sistemáticos e

aleatórios) (idem), possibilitando o pleno uso destes, em qualquer tipo de estudo, avaliação ou vigilância. Uma vez interpretados e analisados à luz dos conhecimentos epidemiológicos, auxiliados pela análise estatística, atuam como uma “*sala de situação*”, que, no setor da informação em saúde, já é utilizada para dar transparência da aplicação dos recursos através de seus resultados quantitativos de cobertura.

Para Acuña & Fernández (1995), “*a informação é válida quando se refere à verdadeira conduta das pessoas nas organizações, e não às suas declarações*”. E seguem esclarecendo que é necessário criar ambiente sócio-emocional para a comunicação, onde o comportamento da alta direção figura como definidor do grau de participação dos atores.

A informação da situação, produzida sistematicamente por vigilância epidemiológica, monitoração ou controle estatístico do processo é capaz de revelar ao responsável pela solução do problema, que o problema continua ali, ativo, presente, até que seja solucionado. Quando solucionado, também será demonstrado nas alterações do quadro situacional através da alteração dos dados, traduzidos em informações apresentadas nos moldes científicos (Eco, 1977).

Os sistemas de informações pretendem basicamente apoiar decisões e validar intervenções (Sanches, 1997). O acúmulo de informação dado ao longo do tempo gera conhecimentos e desenvolve o aprendizado organizacional e, propiciam o preparo para as mudanças que se façam necessárias (Senge, 1990; Barroso & Gomes, 1999 e Acuña e Fernandes, 1995). Tanto mais inteligentes estes sistemas mais podem auxiliar em decisões e aprendizado organizacional porque têm múltiplas funções, como acentua Chofarras (1988), quando diz que:

“Sistemas baseados em conhecimentos podem diagnosticar, monitorar, analisar, interpretar, e dar consultoria – e também planejar, raciocinar, projetar, instruir, explicar, aprender e conceituar”.

Os sistemas de informação são capazes de produzir grande volume de informações, no entanto há necessidade do conhecimento humano para transformar, por análise e interpretação, os dados em informações (Nicz & Karman, 1993).

Tanto nos hospitais da área pública, quanto da área privada há necessidade das informações revelar qual a condição vigente no interior de processo assistencial, distintamente. Para cada um haverá uma utilidade, mas baseando-se nos modelos de

qualificação da assistência, que também são sistemas de avaliação/ informação, os mais adequados ao hospital parecem ser:

- A melhoria contínua: porque vigia continuamente os pontos do processo assistencial, através do controle estatístico dos processos;
- Acreditação, que auxilia a melhoria das estruturas e condições de trabalho, assim como o cumprimento de alguns requisitos necessários à assistência, em conformidade com padrões progressivos;
- O Programa de controle de infecção, porque vigia os resultados da assistência, mas também tem condições de ampliar o olhar para o processo e as condições estruturais do hospital e, através de campanhas elucidativas, liderar a mudança utilizando basicamente neste processo a educação e informação;
- Auditoria de documentos, laudos, registros em prontuários e outros, para verificar a qualidade destes registros e redimensioná-lo educativamente;
- Avaliação de programas é uma modalidade de meta-qualificação da assistência, porque avalia se o programa de saúde está sendo cumprido dentro do nível em que se insere no sistema de saúde. Analisa seu desempenho, cobertura e profundidade.

Com tanta variedade de propósitos informativos utilizados em recursos avaliativos e em análises similares, possivelmente até superpostos na prática do sistema de saúde, surge uma questão intrigante diante desta diversidade de programas e sistemas que avaliam, informam, e credenciam os serviços de saúde, mas não tangibilizam em momento algum sua qualidade, com pontuações transparentes e de fácil compreensão.

Progredindo por esta lógica, pergunta-se: Por que as múltiplas avaliações que observam o hospital, em segmentos ou fragmentos, não constituem um único sistema de informações e comporte no mesmo processo avaliativo todas as dimensões possíveis para traduzir a qualidade do hospital, podendo inclusive compará-los?

Propondo-se responder que é possível configurar tal sistema, estudou-se os pontos de interseção do PCIH com os pontos cruciais de interação do processo de assistência hospitalar, e destes surgiram indicadores capazes de satisfazer às necessidades de acreditação dos hospitais, dos requisitos de credenciamento de alta complexidade e auditoria técnica, do licenciamento, habilitação sanitária e avaliações do efeito da legislação (Prade, 1998). Mas também, do nível de abrangência e profundidade da atuação do PCIH e ações de seu gerente, de outros indicadores possíveis e da qualidade da assistência, dados em dimensões que lhe são básicas, através da:

- ⇒ dimensão humana, composta pelo paciente;
- ⇒ dimensão da assistência, como o processo de atendimento, cuidados diagnósticos e terapêuticos;
- ⇒ dimensão do hospital, como estrutura prestadora de serviços; e da,
- ⇒ dimensão profissional, composta pelos profissionais e pelo dirigente.

Tudo isso para estabelecer uma estrutura de informações de enfoque sistêmico que dê suporte ao PCIH no gerenciamento deste e no assessoramento às decisões do dirigente e aos demais. Este tipo de avaliação para intervenção é reconhecido na ciência em diferentes iniciativas metodológicas, como: a administração baseada em evidências, desenvolvidas e experimentadas em seu próprio hospital (Axelsson, 1998), ou como os estudiosos da qualidade total chamam de “*gestão baseada em fatos e dados*” (Berwick, 1994).

O sistema de informações gerenciais, como instrumento de assessoria e gerenciamento, como o que se pretende, não se limita a gerar dados e informações, pretende também ser instrumento de pesquisa na área de controle de infecção, até hoje inexistente, porém de imperiosa necessidade. Como geradores de conhecimentos e capazes de apoiar decisões podem alavancar mudanças, inicialmente no nível individual e posteriormente, no coletivo da organização, e por que não nas demais organizações hospitalares ou no Sistema de Saúde?

Os componentes atuais na gestão deste conhecimento, de acordo com Barroso & Gomes (1999), são: a inteligência artificial, trabalho em equipe apoiado por computador, bibliotecas digitais, sistemas eletrônicos de apoio à decisão, redes semânticas, base de dados relacionais e voltadas para objetos.

O controle estatístico dos processos assistenciais que geram risco para infecção hospitalar ou ocupacional, tem inspiração original na pesquisa operacional, fartamente descrita nas décadas posteriores à II Guerra, que estabelecia modelos matemáticos de controle, fortemente relacionado ao Controle Estatístico de Processos, estabelecido pelo estatístico Ishikawa, no Gerenciamento de Fatos e Dados na Qualidade Total (Ishikawa, 1997) e no Gerenciamento da Melhoria Contínua (Conti & Jacobson, 1996).

A informatização hoje é imprescindível no sentido do volume de dados, na velocidade que podem ser processados e na distância que podem ser acessados em tempo real. Ao discutir-se a informação em saúde, há necessidade de lembrar os inúmeros sistemas de informação a serviço dessa área, caracterizados mais como grandes bancos de dados do que sistemas de informações, conforme é esclarecido no capítulo III deste trabalho.

No entanto, há necessidades e pendências informacionais dentro do sistema, que nunca foram de interesse do governo, mas que inquietam os estudiosos e os cidadãos. Neste ponto pode-se verificar que não existem avaliações da conduta profissional de nenhuma profissão e as credenciais que recebem de suas sociedades profissionais não são transparentes à sociedade. De outra forma, não se encontra o indicador de resolutividade a que almejam as diferentes instâncias do sistema de saúde e também da proficiência assistencial de serviços de saúde em seus vários âmbitos.

As primeiras avaliações da satisfação do usuário do SUS já foram realizadas, e os resultados contrariam o que se vê no processo assistencial com olhar profissional. No entanto, até hoje, nenhuma avaliação da satisfação das necessidades de assistência correta em moldes protocolares, para pacientes com diferentes tipos de patologia, ou mesmo para profissionais no exercício de seu trabalho foi realizada. Também é possível entender que o resultado da satisfação do usuário seja alta, em relação ao nível de pobreza da população assistida e da população pesquisada (Brasil, 2002).

O problema das infecções hospitalares é sistêmico no hospital e no sistema de saúde e em sua solução, como já se disse, participa o esclarecimento e o conhecimento da situação, em diferentes focos e correlacionados. Essa possibilidade instala uma nova forma de ver e atuar no hospital. Neste caso, a informação está na chave da detecção dos problemas e na vigilância do grau de alterações na qualidade da assistência hospitalar. E a partir desse conjunto de possibilidades, aciona um processo de análise crítica, imprescindível ao desenvolvimento dos profissionais, instituições e seus serviços prestados, da cidadania e da humanização hospitalar.

3. OBJETIVOS

Gerais:

Desenvolver e validar um sistema de informação que avalie diferentes dimensões do escopo sistêmico da assistência hospitalar, para roteirizar o gerenciamento; auxiliar a assessoria do PCIH e apoiar as decisões do dirigente hospitalar.

Específicos:

1- Construir e validar um Sistema de Informações para o PCIH com dois instrumentos básicos: um de coleta de dados e outro de divulgação das informações tratadas;

2- Analisar a precisão do sistema em detectar problemas e consubstanciar a confiabilidade de suas avaliações;

3- Analisar a eficiência da estratégia de informação na satisfação de dirigentes e gerentes do PCIH; sugerir adequações e rearranjos a partir dos achados dos estudos.

4. PRESSUPOSTOS

Com base no exposto pode-se formular os seguintes pressupostos:

- ❖Somos, no Brasil, orientados por uma Política Nacional de Controle de Infecção Hospitalar à qual devemos nos adequar e agir;
- ❖O perfil de morbi-mortalidade por infecção hospitalar em pacientes hospitalizados está associado ao grau de implantação do PCIH;
- ❖O grau de implantação do PCIH está condicionado à decisão do dirigente e na habilidade do gerente em implantá-lo em sua extensão e profundidade, assim como, nas estratégias de fiscalização ativas (mais recentes) no sistema de saúde brasileiro e na defesa do consumidor;
- ❖As decisões do dirigente estão condicionadas, entre outros fatores concorrentes, à clareza, precisão, relevância e inteligência com que as informações lhe chegam à percepção;
- ❖A criação de instrumentos de informação para apoiar decisões, está condicionada à sua utilidade, precisão e reprodutibilidade;
- ❖A capacidade de transformar dados em informações que reflitam a situação e o contexto estão associados ao preparo profissional e aos conhecimentos do gerente do PCIH;
- ❖A divulgação apropriada das informações leva os atores a níveis de reflexão, por acumular novos conhecimentos, capazes de causar inquietações, gerar instabilidades, que os prepara para as mudanças necessárias;
- ❖As mudanças se iniciam no nível individual e subjetivo e alcançam o coletivo inicialmente pelas decisões de atores com cargos diretivos, e progridem, através dos mecanismos de qualificação do processo interativo para o trabalho e a solução de problemas.
- ❖As evidências de sucesso das intervenções coletivas se refletem na melhoria progressiva dos resultados, os quais re-estimulam os esforços no propósito do caminho escolhido.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Para cumprir com os objetivos propostos, o presente estudo, que compõe os esforços parciais na obtenção do título de Doutorado em Ciências da Saúde, é desenvolvido em duas etapas, no período considerado de 2000 ao início de 2002, no Estado do Rio de Janeiro.

A consecução deste projeto contou com o apoio financeiro da Organização Pan-americana de Saúde-Brasil e do Ministério da Saúde, pelo projeto Reforsus, com fundos do Banco Mundial e do BIRD.

Na concretização da assessoria de informações do PCIH ao dirigente hospitalar, detectou-se ser necessário processar grande quantidade de dados e para tal deveria utilizar banco de dados com grande capacidade de acumulação e programas de processamento constante de dados definidos, válidos e fixos. Nas investigações preparatórias constatou-se que apenas o programa Epiinfo poderia satisfazer o processamento dos dados, considerado mais tarde, impróprio pela necessidade de reprogramar muitos indicadores a cada hospital e por isso demandar repetido e improdutivo esforço e tempo. Além disso, esse programa não suporta grande volume de dados.

A proposta inicial desse estudo era, além de produzir um sistema de informações válidas e confiáveis, ainda avaliar seus efeitos (eficiência e efetividade), com o propósito de garantir a sua qualidade antes de ser introduzido no uso corrente.

A intenção de contribuir com informações de alta qualidade para o processo de decisão do dirigente do hospital, e demais níveis do SUS, permanece. No entanto, a limitação de tempo e recursos forçou um recuo estratégico nos objetivos, transformando este estudo na etapa inicial de um projeto maior de assessoria de informações no nível hospitalar.

Desta maneira, o trabalho foi mais concentrado na criação e capacitação do sistema de informações para avaliar a abrangência e a profundidade das ações do PCIH, e processar o volume de dados desejados e produzir cálculos válidos e constantes.

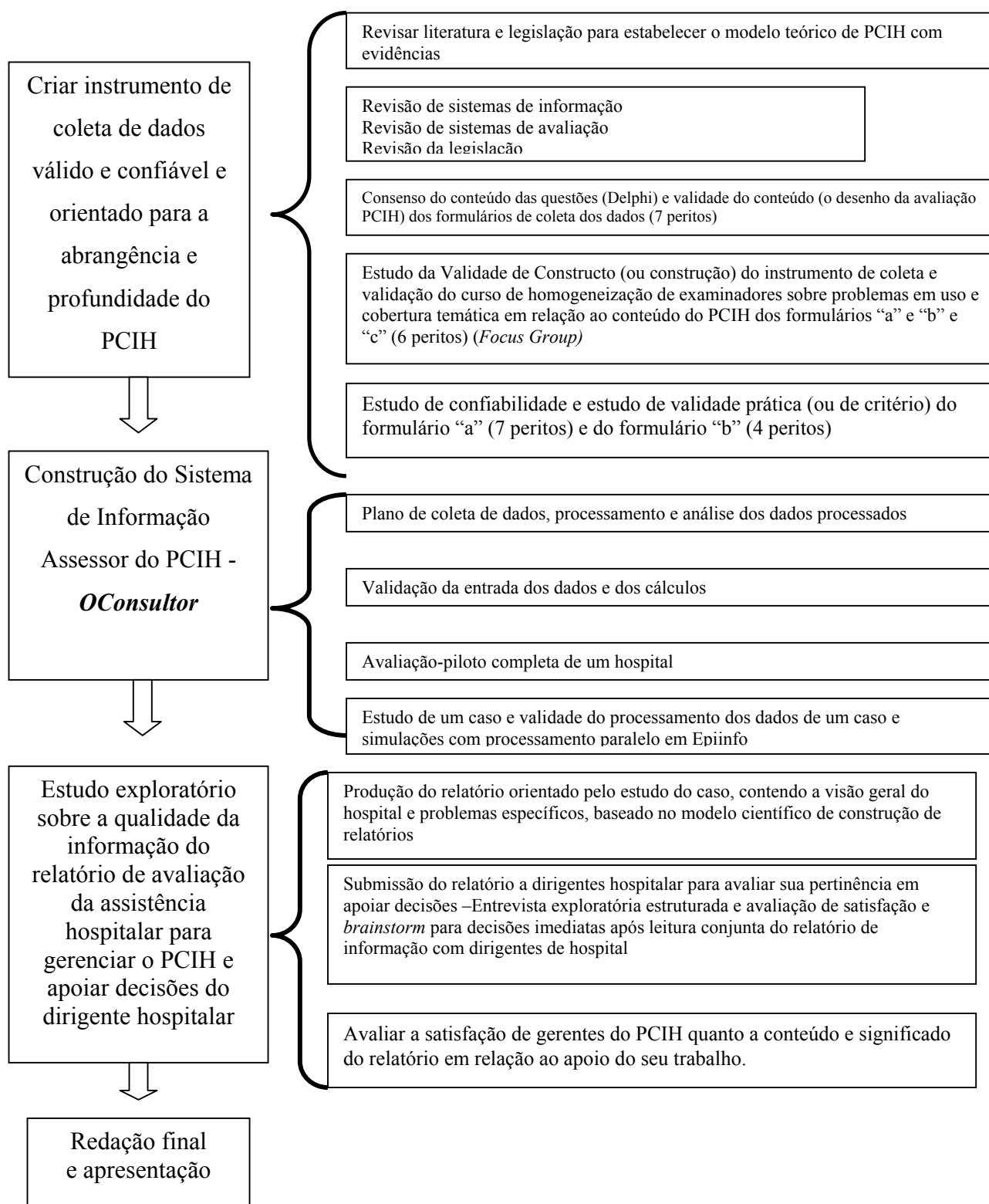
Como o sistema de informações é um instrumento de medida das ações do PCIH, seria necessário avaliar as capacidades de medir e ser reproduzível com o mínimo de erros, antes de seu uso corrente. Conforme prevê Contandriopoulos et al (1997a) e Carmines e Zeller

(1979), é necessário primeiramente calibrar e aferir o instrumento de medida, para só, então, aplicá-lo em medidas úteis.

5.1. Plano de desenvolvimento

Pela necessidade de maior clareza, e uma visão sintética sobre as diferentes etapas do desenvolvimento deste trabalho, estabeleceu-se o plano exposto a seguir na figura 7.

Figura 7. Fluxo detalhado das etapas metodológicas e estratégias do estudo.



5.2. Procedimentos, técnicas, métodos e estratégias da pesquisa

Esta subseção trata da descrição das etapas do trabalho para a consecução dos objetivos. Decorrente da complexidade envolvida e do múltiplo uso de técnicas, métodos e estratégias, incluiu-se na descrição do processo de estudo o uso desses recursos na medida em que foram sendo utilizados. Na figura 7, encontra-se o fluxo detalhado deste processo.

A metodologia deste trabalho está dividida em dois momentos, a saber:

- **primeiro momento metodológico** – refere-se à construção e capacitação de um sistema de informações, tendo seus limites estabelecidos no processamento dos dados e na emissão de relatórios de dados;

- **segundo momento metodológico** – refere-se ao estudo exploratório sobre a capacidade de um produto do sistema de informações apoiar as decisões do dirigente do hospital e o que as envolve.

5.2.1. Primeiro Momento Metodológico

Este trabalho refere-se ao desenvolvimento e à validação do sistema de informações, tanto em sua capacidade de reproduzir os resultados de forma consistente, quanto na acurácia ou exatidão com que se avalia o fenômeno das infecções hospitalares e a situação do seu controle e conhecimentos (Carmin e Zeller, 1979 e Contandriopoulos et al, 1997a).

Como pode ser observada na figura 7, a fase preliminar do estudo utiliza-se da estratégia de pesquisa conhecida por *pesquisa de desenvolvimento* (Contandriopoulos et al, 1997a).

Estes autores (idem), citando a O.C.D.E. (1980), definem a estratégia da pesquisa de desenvolvimento como aquela que “*utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaborar uma nova intervenção ou melhorar consideravelmente uma intervenção existente, ou, ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição*”. Prestando-se, portanto, para responder preliminarmente à questão de como avaliar as ações do PCIH em abrangência e profundidade para, só então, gerar informações válidas e confiáveis, com o propósito de apoiar decisões.

Para tanto, o modelo de construção do instrumento de medida utiliza-se de métodos de apreciação da qualidade de suas capacidades e das intervenções propriamente ditas (Contandriopoulos et al, 1997a). Os estudos de validade e confiabilidade são aplicados

com a finalidade de garantir que os instrumentos estejam medindo o que pretendem e auxiliem na análise dos dados. No entanto, as avaliações utilizadas para o estudo de caso único, se referem à *pesquisa sintética*, que é de utilidade quando se necessita trabalhar com fenômenos complexos ou programas (idem).

Para a criação do instrumento de coleta dos dados utiliza-se, como parâmetro de base, o modelo de macrofluxo do processo assistencial, conforme exposto na figura 2 (capítulo I). Por análise dedutiva, identificam-se nele os pontos de interação entre a prestação de serviços e os clientes desses atos/ produtos/ condutas/ conhecimentos/ requisitos, que são necessários para a prestação eficiente e eficaz da assistência hospitalar. Após elencar os pontos de interação, verifica-se quais desses se correlacionam com o modelo de composição e atuação do PCIH, segundo descrito na figura 6 (capítulo IV).

Após a análise que identifica os “pontos de interação” que estão a serviço da prevenção e controle das infecções hospitalares, ocupacionais e seu gerenciamento, desenvolvem-se indicadores e itens de verificação para esses pontos. Novos indicadores suprem as lacunas encontradas e se referem ao desempenho gerencial, o conhecimento dos profissionais, ao compromisso e apoio do dirigente, e outros.

A partir deste procedimento, pode-se identificar os pontos cruciais da qualidade da assistência no âmbito do PCIH, os quais foram divididos em quatro dimensões de análise para orientar a coleta de dados e a formulação dos instrumentos de coleta, assim sendo:

- ❖ a dimensão humana: que se refere ao efeito da assistência sobre o paciente, como questão central;
- ❖ a dimensão da assistência: diz respeito ao processo de atendimento e prestação de cuidados diagnósticos e terapêuticos enfocando a prevenção de iatrogenias;
- ❖ a dimensão do hospital: como estrutura prestadora de serviços disponíveis para prestar a assistência;
- ❖ a dimensão profissional: se refere ao conhecimento dos operadores da assistência direta (os profissionais) para as boas práticas que evitam iatrogenias infecciosas e do dirigente em conduzir a assistência com qualidade.

Correspondendo a estas dimensões, o conteúdo do instrumento de coleta de dados foi dividido em três formulários (ver instrumento seção 5.4).

Distribuindo os indicadores e itens de verificação das quatro dimensões passou-se à construção dos três formulários de coleta de dados.

Além dos indicadores acima referidos, ainda foram adicionados, em coerência a cada dimensão, itens e outros indicadores, de referência oficial ou não, que capacitariam o instrumento de coleta a ser útil na avaliação do PCIH para a acreditação hospitalar, no estudo do impacto da Portaria 2616, no roteiro de fiscalização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e outros.

Nesta atividade utilizou-se um modelo modificado de meta-análise. Modificado, porque não se utiliza o resultado de estudos como prevê o modelo original desse tipo de estudo (Tacker, 1988), mas dos critérios, conceitos, questões e tipologia de dados e indicadores utilizados para avaliar o fenômeno infecção hospitalar, ou no cumprimento do programa para seu controle.

Segundo os autores Carmines e Zeller (1979) e Contandriopoulos et al. (1997a) os instrumentos de medida devem ser confiáveis, isto é, capazes de medir fielmente o fenômeno. Devem também ser válidos, que constitui a capacidade do instrumento medir com precisão e acurácia o fenômeno estudado.

Estas garantias só podem se consolidar apreciando, por diferentes estudos, a qualidade do instrumento de coleta de dados. Sem esta garantia, a informação gerada para as decisões do dirigente seria duvidosa, e, portanto, inadequada.

A consolidação das questões que compõem os formulários do instrumento de coleta de dados é realizada por rodadas de consenso (Delphi) (Worthen et al, 1997) entre sete profissionais gerentes de PCIH, que habitam quatro diferentes regiões do Brasil, excetuada a Norte. As rodadas de consenso, foram enviadas por *e-mail* ou correio e acompanhadas de um roteiro orientador da análise (anexo 1). Considerou-se validado para lógica ou consenso²², quando nenhum desacordo, em relação ao conteúdo das questões, dos três formulários fosse apontado nas rodadas. Todas sugestões pertinentes foram incorporadas.

Como recomenda Contandriopoulos et al (1997a), após o consenso sobre as questões componentes do instrumento, os mesmos sete profissionais participaram da validade de conteúdo²³, emitiriam pareceres sobre a adequação aparente entre os formulários do instrumento de coleta propostos e a construção teórica a ser medida, baseada no conteúdo do capítulo IV.

²² Validade lógica ou de consenso: é o grau em que os especialistas concordam entre si, em suas opiniões e também pode ser a capacidade de um instrumento confirmar os resultados obtidos por outro (Pereira, 1995).

²³ Validade de conteúdo- Para Carmines e Zeller (1979), é o que em uma medida empírica reflete o conteúdo de um domínio específico do conhecimento. Contandriopoulos et al, (1997a) complementa que consiste em julgar em que proporção os itens/questões selecionados para medir uma construção teórica, representam todas as facetas do conceito a ser medido.

Para verificar a validade de construção²⁴ do instrumento de medida (somente os **formulários a e b**), outros seis profissionais peritos em controle de infecção, utilizariam, na prática, os formulários de coleta de dados referentes à avaliação dos pacientes e da assistência hospitalar. O formulário de proficiência técnica (**formulário c**) é submetido diretamente aos profissionais da assistência.

Este tipo de estudo pretende verificar a relação epistêmica, entre o conceito de Programa de Controle de Infecção Hospitalar e o que se estaria medindo com aqueles instrumentos, implicando, nesta construção teórica a medida do fenômeno epidemiológico-infecção hospitalar; nas medidas da qualidade da assistência no enfoque de Donabedian (1993b) e no conhecimento que os profissionais possuem sobre estas medidas em relação ao fenômeno, vistas através das quatro dimensões mencionadas.

A lógica desse tipo de validade implica que o relacionamento entre os múltiplos indicadores desenhados para representar o conceito teórico deva ser similar em termos de força e consistência. Se o desempenho da medida é consistente, então o instrumento é válido em sua construção.

Antes de aplicar os **formulários a e b** na prática, os profissionais participaram de curso de homogeneização e avaliaram a assistência e os pacientes.

Após esta coleta de dados, o propósito era discutir sobre os defeitos e qualidades na aplicação dos formulários para validar a construção teórica do instrumento de medida e o curso preparatório para a coleta de dados. Esta atividade resultou de entrevista do tipo *Focus Group*²⁵. As alterações foram incorporadas aos formulários e no curso de preparo de examinadores e a consistência foi considerada se referia a cobertura do conteúdo dos formulários compatibilizada com a abrangência e profundidade do PCIH descrita.

Com os formulários considerados prontos para produzir a avaliação completa de um hospital, é prevista a validação da prática ou critério²⁶, e análise de confiabilidade dos formulários que dependiam da coleta de dados (**formulários a e b**). É então, realizado,

²⁴ Validade de construção, ou constructo- Trata da relação entre os conceitos teóricos e sua operacionalização. A operacionalização consiste em levantar um certo número de hipóteses sobre os resultados observáveis com a ajuda do instrumento (Contandriopoulos et al, 1997a). Pereira (1995) complementa esclarecendo que a característica a ser medida pelo teste, correlaciona-se com outra ou com o conhecimento disponível (...).

²⁵ *Focus Group* é um tipo de entrevista que a interação entre os participantes se dá face-a-face, mas se baseia no processo do grupo. O facilitador lança as questões e o grupo as discute. As reações e pontos de vista acerca do tema são anotados pelo facilitador. (Worthen et al, 1997).

²⁶ Validade de critério, em relação a um padrão ou de prática se refere à capacidade do instrumento em medir alguma coisa relacionada com um critério de interesse, presente ou futuro (Contandriopoulos et al, 1997a). É necessária uma correlação entre o padrão e os testes que tentam avaliar o mesmo fenômeno.

estudo de caso único, nos moldes descritos por Yin (1984), ocasião em que o **formulário c** também é submetido à aplicação prática.

A **validade de construção** informa que na medida em que os resultados indesejados relativos aos procedimentos de risco são altos (**formulário a**), contrariamente, o desempenho das práticas preventivas deve ser baixo (**formulário b**), e também o conhecimento dos profissionais que as operam (**formulário c**).

Como os profissionais da saúde têm no conhecimento, seu principal objeto de trabalho, a avaliação em relação às boas práticas difundidas pela ciência e legislação constituem importante indicador da qualidade dessa assistência. Desta forma, o instrumento de avaliação do conhecimento técnico (**formulário c**), é validado em sua construção, pela análise cruzada dos resultados que demonstram o conjunto de conhecimento dos profissionais do hospital-piloto em relação aos problemas detectados pelas outras avaliações do mesmo hospital.

Para Contandriopoulos et al (1997), a **validade da prática ou critério ou relativa a um padrão** é obtida, como nos estudos epidemiológicos, pelo estudo de dois indicadores: o de sensibilidade²⁷ e o de especificidade²⁸. A validade é verificada entre as respostas decididas, mediante exame de evidências pelos examinadores teste e um examinador considerado padrão ou critério, ou seja, verifica o conhecimento e aplicação conceitual deste.

A avaliação ocorre para observar e classificar os fenômenos-alvo num mesmo grupo de pacientes ou hospital, no mesmo momento ou dia, utilizando os mesmos formulários para medir acurácia da rotina. Este tipo de análise prevê uma avaliação da precisão de observações e decisões geradas pelos examinadores comparadas ao padrão para referência (Andrade e Zicker, 1997) e neste caso, aplicam critérios e conceitos na classificação de casos, ou na definição da existência ou não daquela atividade no hospital.

Para avaliar a validade de critério das rotinas dos **formulário a** e **formulário b**, foram realizados cursos de quatro horas para cada, visando homogeneizar os conceitos e critérios para considerar casos, ou considerar a prática vigente no cotidiano do hospital. Cada formulário foi submetido a um grupo distinto de examinadores.

A rotina de aplicação dos formulários constitui no curso de homogeneização para profissionais especialistas em controle de infecção hospitalar, na leitura e compreensão do

²⁷ Sensibilidade é a capacidade que o teste apresenta de detectar os casos verdadeiramente positivos dentre os doentes (Andrade e Zicker, 1997).

²⁸ Especificidade é a capacidade do teste detectar os verdadeiros negativos dentre os sadios (idem).

manual de critérios e conceitos e na decisão dos coletadores de dados mediante a análise das evidências.

O **formulário a** deveria ser aplicado por todos os examinadores (testes e padrão) para as mesmas observações. Isso ocorreu numa unidade neurocirúrgica, onde havia 19 pacientes internados onde já se sabia estarem presentes as observações sob teste, mas em número e classificação desconhecida tanto para o padrão quanto para os testes.

A **sensibilidade**, aqui é considerada como a capacidade de encontrar os casos positivos e classificá-los, através do exame das evidências e julgamento correto, em relação ao padrão. De outro modo, a **especificidade** é a capacidade dos examinadores julgar como negativas ou ausentes às observações definidas como alvo.

A **acurácia** é o coeficiente de classificação correta (Andrade & Zicker, 1997) e neste coeficiente são incluídos os casos positivos em doentes e os negativos em sadios.

A **confiabilidade** prevê que os resultados de um instrumento de medida seja aproximadamente a mesma, depois de repetidas medições do mesmo fenômeno, em igual população e tempo (Carmines & Zeller, 1979, Contandriopoulos et al, 1997a).

“A confiabilidade de um instrumento de medida é a sua capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente e no espaço, ou com observadores diferentes quando for utilizado corretamente.” (Contandriopoulos et al, 1997a).

Observa Contandriopoulos et al (1997a) que *“um instrumento de medida é mais confiável quando os erros aleatórios e transitórios são pequenos em relação ao valor dos fenômenos medidos.”*

Dentre as três abordagens para avaliar a confiabilidade descritas por estes autores, preferimos aquela que atesta a *“apreciação da equivalência dos resultados obtidos, quando um mesmo fenômeno é medido por vários observadores ao mesmo tempo”* (idem), por melhor adequar-se ao trabalho.

Para calcular a confiabilidade dos formulários do instrumento de coleta de dados, o coeficiente de Kappa de Cohen corrigido (Andrade & Zicker, 1997) é o mais adequado, porque trabalha com resultados categoriais.

Para medir a confiabilidade do **formulário a** e seus critérios, seis examinadores, gerentes de PCIH receberam treinamento prévio do coordenador, para homogeneizar conceitos e critérios e minimizar a introdução de erros nas avaliações.

Para o **formulário b**, o processo de treinamento prévio foi realizado para outros quatro profissionais com o mesmo propósito, e da mesma forma utilizou-se um turno de quatro horas para o treinamento.

O **formulário c** não é submetido aos testes de validade de critério e confiabilidade, porque mede diretamente o conhecimento que por si só é variável entre os profissionais e não é aplicado por coletadores de dados.

Em virtude do volume de indicadores e processamento dos dados referentes aos três formulários, houve a necessidade de criar um programa informacional especializado, que teve seu início com a aprovação e validação dos instrumentos, quanto ao conteúdo. A descrição do software chamado *OConsultor* está na seção 5.4, deste capítulo.

5.2.2. Segundo Momento Metodológico

O **segundo momento** do estudo prevê que se utilize a estratégia da pesquisa-ação (Thiollent, 1997) num estudo exploratório. Pretende-se definir variáveis intervenientes e alguns efeitos imediatos da intervenção, constituída pela análise dos atributos e da capacidade do relatório do PCIH em apoiar as decisões do dirigente do hospital.

No **segundo momento** metodológico da pesquisa, utilizando *OConsultor* já validado, inicia-se o seu uso. O uso experimental do software decorre da avaliação completa de um hospital, onde o pesquisador se comporta como o gerente do PCIH, conforme o modelo da pesquisa-ação²⁹ de Thiollent (1997). Com o processamento e análise dos dados é possível construir um relatório de divulgação nos moldes científicos descritos por Eco (1977) e para divulgação de informações, descrito por Worthen et al, (1997).

O estudo exploratório pretende levantar as variáveis sobre a capacidade do relatório em gerar decisões, tendo em vista a relação das condições formativas de dirigentes e das dimensões em que se apóiam a qualidade da assistência do hospital e do PCIH, como seu catalisador.

Este estudo se dá através de uma entrevista exploratória estruturada (Worthen et al, 1997) com dirigentes hospitalares, assim programada:

- 1) Apresentação e leitura conjunta do termo de consentimento livre e esclarecido,

²⁹ Pesquisa-ação é uma proposta que pertence aos métodos de pesquisa social aplicada. Nela, o examinador tem participação no processo de trabalho ou em outro objeto de estudo de natureza social (Thiollent, 1997).

que elucida resumidamente como se dá a participação do dirigente;

2) Questionamento sobre:

- o tempo de serviço no cargo;
- formação na área de gestão;
- conhecimento sobre as atividades do PCIH;
- como atua para a consecução dos objetivos deste programa; e,
- em que ancora a qualidade da assistência no hospital.

3) procede-se à leitura conjunta do relatório de informações da qualidade do hospital- estudo de caso.

4) solicitação de *brainstorm*³⁰ para decisões referentes ao conteúdo do relatório de informações; e,

5) avaliação de satisfação do dirigente quanto ao formato e conteúdo do relatório.

As respostas deste item 5 são quantificadas pela escala 4 de Likert e as demais respostas abertas dos dirigentes são analisadas em relação ao conteúdo do discurso, buscando-se identificar a concordância entre os dirigentes.

Neste momento também ocorre uma avaliação de satisfação do gerentes do PCIH em relação à utilidade do relatório, na análise do grau de implantação do PCIH e como um roteiro que conduz à melhoria progressiva da qualidade da assistência hospitalar.

5.3. Amostra e critérios de inclusão/exclusão

De acordo com o momento metodológico e tipo de estudo desenvolvido, as amostras diferem. Como os estudos envolvem os dois atores: o dirigente hospitalar e seu assessor, o gerente do PCIH. Estes são incluídos nas diferentes estratégias de participação, conforme descrito a seguir.

³⁰ Tempestade de idéias- técnica utilizada para a emissão de idéias sem julgamento de valor (Worthen et al, 1997).

Para as rodadas de consenso e estudo de validade lógica e de conteúdo do instrumento de coleta de dados participam sete profissionais do controle de infecção, escolhidos por terem experiência profissional além de 10 anos e liderarem a atividade na região que residem. Habitam diferentes regiões no País.

Os profissionais participantes das rodadas de consenso e dos estudos de confiabilidade e validade de construção e critério devem ser impreterivelmente atuantes, pelo menos há 5 anos, como gerentes do PCIH ou como participantes ativos de Serviços de Controle de Infecção Hospitalar. Devem estar disponíveis e ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido de participação no trabalho.

Os dirigentes convidados para a análise do relatório e realização de entrevista, devem estar na direção do hospital em tempos variados, porém, efetivos no cargo. O hospital que dirigem deve ter PCIH e assinar termo de consentimento livre e esclarecido antes da participação no trabalho.

O hospital-piloto onde se realiza o estudo de caso é necessariamente ligado ao SUS, mas os dirigentes podem ser de hospitais de naturezas variadas.

Alguns requisitos devem ser preenchidos pelo hospital para poder ser considerado apto para este estudo, que são:

- O hospital deve ser de complexidade terciária (ter UTI), porque nesses hospitais se encontra o risco máximo de aquisição de infecções hospitalares além de ser possível perceber a ação, maior ou menor, do PCIH e de já existir parâmetro comparativo.
- existência de um PCIH, com gerente disponível para o trabalho (6 horas-dia), conforme normatizado pela Portaria GM- MS-2616 (Brasil, 1998);
- o consentimento escrito do dirigente hospitalar, liberando a participação do pesquisador-ator para avaliação dos pacientes, do hospital e dos profissionais.

Para os estudos de confiabilidade e validade de construção e de critério do **formulário a** as unidades amostrais foram *observações técnicas*, assim distribuídas:

- 285 observações para identificar e classificar infecções hospitalares (15 tipos de infecções hospitalares);
- 114 observações para identificar o uso de antibióticos (13 grupos) e a função (3) correspondente; e,
- 380 observações para classificar a cirurgia e o tipo (4 tipos).

Este volume de observações constitui 10% do total do hospital.

Para os estudos de confiabilidade e validade de construção e de critério do **formulário b**, as unidades amostrais também foram *observações técnicas* num total de 311 observações aplicadas a um hospital.

5.4. Os instrumentos

Os instrumentos que compõem este trabalho são divididos em instrumentos de coleta dos dados, de divulgação das informações e, outros instrumentos complementares que passam a ser descritos.

Por motivos de preservação dos direitos autorais e garantia da propriedade intelectual (iniciando processo de registro), os instrumentos de coleta de dados e o *software* serão apenas descritos e posteriormente apresentados, mas não anexados ao presente trabalho.

1) Instrumento de coleta de dados, composto pelos formulários que foram confeccionados inicialmente, com já descrito na seção 5.2. São eles:

- a) **formulário a**- vigilância epidemiológica (na dimensão do paciente);
- b) **formulário b**- avaliação do desempenho do CIH (na dimensão da assistência e da estrutura do hospital);
- c) **formulário c**- avaliação da proficiência técnica dos profissionais da assistência (na dimensão dos profissionais).

Os três formulários que formam o **instrumento de coleta de dados** passam a ser descritos em seu conteúdo:

Formulário a) Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares

O **formulário a**, da vigilância epidemiológica é constituído de campos que comportam dados de identificação do paciente; de localização no hospital; do estado geral na internação, como diagnóstico ou infecção adquirida. Tem igualmente campos destinados ao registro dos procedimentos de risco; resultado de exames que identifiquem infecção ou suspeita; registro de sinais e sintomas sugestivos de infecção. Para o recém nascido, que é o paciente hospitalizado mais suscetível de infecção no Brasil, há campos

para registro de fatores de risco para ele, que são: peso de nascimento, tempo de gestação, e de bolsa rota e escore da escala APGAR. Há campo para registro de óbito hospitalar.

A partir da coleta de dados é possível processar 39 indicadores principais de resultados da assistência (anexo 1). Há opções sobre o tipo de estudo epidemiológico ou vigilância epidemiológica que é realizado, podendo ser prospectivo, retrospectivo ou transversal, de incidência ou prevalência, necessário para definir a inclusão de casos e observações.

Esta avaliação é considerada um “termômetro”, pois comparando os resultados pontuais ao nível endêmico, que é construído a partir de séries acumuladas historicamente, pode-se julgar o êxito dos efeitos das intervenções realizadas ou não.

De tal comparação resulta a análise de melhora ou piora da qualidade da assistência, pois os indicadores monitoram não só a presença da iatrogenia - infecção hospitalar, mas dos fatores de risco que concorrem para que ela exista naquela magnitude e gravidade. Os resultados deste formulário auxiliam a localizar geograficamente os problemas, nas unidades do hospital, em pacientes, com quais tipos de procedimentos e tratamentos.

Utilizando-se de recursos do *software OConsultor* é possível comparar os indicadores entre si, ao longo do tempo e entre instituições.

Formulário b) Desempenho do PCIH referente às condições de estrutura, dos processos assistenciais e outros resultados hospitalares (além da Vigilância Epidemiológica) (anexo 2).

O **formulário b** avalia o desempenho das ações e interações que ocorrem entre clientes e fornecedores que efetivem o processo assistencial e as condições estruturais para que estas se processem sob a égide da prevenção e do controle, tanto aos pacientes (pelas infecções hospitalares), como aos funcionários (pelas doenças ocupacionais), ou nas decisões do dirigente. Foi adotado na íntegra aquele desenvolvido e utilizado na Avaliação Brasileira da Qualidade das Ações do Controle de Infecção em Hospitais Terciários (Prade et al, 1995b) e acrescido de questões e áreas temáticas para se alinhar a presente proposta que é mais ampla.

O seu conteúdo está composto pela temática que abrange um PCIH, em cobertura e profundidade, respectivamente. Cobertura, porque pretende dar conta do multitemário que compõem as práticas de um PCIH (APIC, 1996; Novaes & Motta, 1996, entre outros) e

profundidade, porque extrai da cadeia interativa de fornecedores e clientes, dos macro e microprocessos assistenciais, os pontos cruciais (indicadores) de interação entre atores e serviços nas dimensões gerenciais, técnicas, administrativas, de apoio, decisórias, e outras.

O formato deste formulário assemelha-se a um *checklist*, porque cada grupo temático é composto pela avaliação de várias dimensões de observação e análise. As respostas diferem do *checklist*, porque são dicotômicas (sim e não), mas também comporta uma resposta neutra para itens facultativos na assistência hospitalar.

A modelagem do instrumento pretende contemplar um formato didático-pedagógico de composição ótima do PCIH, pela própria disposição do conteúdo, já que cada questão é acompanhada dos parâmetros de adequação ou de conformidade.

É composto de 311 questões, que estão distribuídas em 16 áreas temáticas, e que constituem o escopo de abrangência e a profundidade do PCIH. Cada área temática recebe um peso que varia de 1 a 5, dependendo de sua participação nas atividades de prevenção (5) ou de controle (3 e 4) ou que só participe estruturalmente para as ações do PCIH (1 e 2). As áreas temáticas são:

- 1- Direção
- 2- CCIH, ou deliberadores do PCIH
- 3- SCIH, ou executivos do PCIH
- 4- SAME e epidemiologia hospitalar
- 5- Vigilância epidemiológica
- 6- Procedimentos invasivos
- 7- Unidades de internação e intensivas
- 8- Microbiologia e outros exames
- 9- Farmácia
- 10- Compras/ Almoarifado
- 11- Nutrição
- 12- Lavanderia
- 13- Central de Material e Esterilização
- 14- Manejo do paciente infectado /colonizado
- 15- Limpeza

16- Funcionários

Além dos 25 indicadores referentes às estas 16 áreas temáticas, é possível levantar outros 23 indicadores grupados nominalmente, como:

- a. **Donabedian:** são indicadores clássicos, classificados de qualidade em saúde, eleitos entre 311 questões que avaliaram *estrutura, processo e resultados*. Observa-se que é mais homogêneo que o anterior, ainda que, o indicador de processo, que é quem mede a prática das ações de prevenção e controle das IH, seja insuficiente e, assim, é neste ponto que os esforços devem se concentrar;
- b. **Planejamento Estratégico:** com indicadores *estratégicos, táticos e operacionais*. Indicam quais categorias de controles podem ser necessárias para a efetividade do PCIH, na visão da administração deste programa. Por ser inédita esta avaliação, ainda prescinde de maiores observações para produzir comentários bem fundados. Isto porque o gerenciamento do PCIH hoje, na sua totalidade, não é praticado a partir de ferramentas gerenciais que dão suporte ao desenvolvimento e melhoria da qualidade de suas ações e comprovem a eficácia dessas;
- c. **Indispensáveis:** com indicadores de *estrutura, processo e resultados* deste âmbito. Foram criados junto da Avaliação da Qualidade das Ações do Controle das Infecções em hospitais terciários do Ministério da Saúde (Prade et al, 1995b) e se referem aos itens do PCIH que foram considerados imprescindíveis para defini-lo como efetivo (ativo). Consistem numa instância refinada dos indicadores Donabedian;
- d. **Macrofluxo da Assistência Hospitalar:** Como as ações do PCIH permeiam toda a assistência hospitalar identifica-se nos processos de *internação, diagnóstico, tratamento, saída, gerencial e de apoio* os indicadores referentes à qualidade assistencial ligados à prevenção e controle de infecção hospitalar, assim como o gerenciamento e apoio à assistência;
- e. **Estudo Brasileiro:** com indicadores do 1º Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em Hospitais Terciários refere-se, na íntegra, àqueles que avaliaram 99 hospitais terciários brasileiros e constituiu-se em parâmetro oficial brasileiro para esta avaliação. A média Nacional e da Região Sudeste é de 35% (considerada insuficiente- Hartz,1997);

- f. **Anvisa**: com indicadores da inspeção da vigilância sanitária para o PCIH, estabelecidos para auto-avaliação dos hospitais e conteúdo de fiscalização. São produzidos a partir da Resolução RCD 48/2000;
- g. **Portaria 2616**: Com indicadores produzidos a partir da Portaria GM/MS 2616/98 do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei 9431/97;
- h. **Avulsos**: São assim considerados, porque são independentes na interpretação dos seus resultados. Este grupo é composto com indicadores:
- *sentinela*, que aponta os pontos nevrálgicos da assistência, associados com as ações do PCIH. Se não estiverem em ação e vigilância na assistência, repercutem no desencadeamento de surtos de infecções, tanto em pacientes, quanto em funcionários. Constitui-se no motivo da ação central do PCIH. É uma instância mais refinada dos indicadores indispensáveis.
 - *traçadores* demonstra em que grau se localizam as ações dependentes de inter-relação crucial e a continuidade entre profissionais e serviços estão ativos, para a qualidade da assistência.
 - *demandas*, caracterizadas como infecções comunitárias e doenças ocupacionais, que chegam ao hospital ou são produzidas nele. Sinaliza o tipo de preparo, organização e vigilância que o hospital deve estabelecer para fazer frente a estes problemas. Se não forem resolvidos, ou, prevista sua vigilância e intervenções, atuam como fontes de infecções hospitalares.
 - *Desperdício*, detecta os pontos de grandes perdas de recursos que estão localizados na prática profissional do hospital. Referem-se ao uso inadequado de produtos germicidas e antimicrobianos, assim como da falta de decisão na centralização do processamento de materiais que utilizem produtos e processos onerosos, entre outros;

9) **Geral**: com indicadores gerais das 16 áreas temáticas.

Formulário c) Proficiência técnica dos profissionais requerida para as práticas de boa qualidade.

O **formulário c** é um questionário de 20 questões que avalia, por múltipla escolha, os conhecimentos da equipe assistencial (médicos, *staffs* e residentes; enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem; nutricionistas; fisioterapeutas e outros). Os temas se referem à prevenção e controle de IH de cada atividade de risco infeccioso no trabalho. As questões são distribuídas em 10 áreas temáticas e têm pesos atribuídos de 1 a 5, como no **formulário b**, e se referem aos conhecimentos sobre os procedimentos cruciais de prevenção e controle de infecção, antimicrobianos, epidemiologia e microbiologia, que devem fazer parte da prática profissional, para ser considerada boa prática.

Tal avaliação é inspirada no Sistema Integrado de Educação Permanente em Serviço (Prade, 1988). As avaliações são anônimas, até o momento em que os participantes desejarem saber os seus desempenhos próprios e individuais, demonstrando o alcance de maturidade profissional, superação da insegurança e a disposição para mudanças (*idem*). Os resultados são dados em percentual de conhecimento geral por categoria funcional e específico por áreas temáticas, acumulados por unidades de trabalho e hospital.

A avaliação pelo **formulário c** deve ocorrer somente no início e no fim do estudo, ou a cada 6 meses, no máximo, porque o aprendizado e a introdução ou mudanças nas práticas assistenciais são lentas (*idem*), não justificando intervalos menores de avaliação.

Os indicadores extraídos desse formulário são:

- conhecimento por 10 áreas temáticas global ;
- conhecimento por categoria profissional;
- conhecimento geral por hospital; e,
- comparativo de hospitais por categoria e áreas temáticas.

2) O software *OConsultor*

Como a decisão de desenvolver um sistema envolveria diferentes conhecimentos e constatando-se as limitações óbvias da pesquisadora que tem formação em saúde, no campo da informática, foi contratada a consultoria de um analista de sistemas, experiente no tipo de desenvolvimento e conhecedor das dinâmicas do setor saúde brasileiro. Reunidas estas condições, a pesquisadora atuava como mentora do conteúdo e profissional que valida o sistema em seu desenvolvimento e aplicação, e o analista, como administrador do desenvolvimento do sistema.

A construção do software principiou pelo planejamento geral do sistema e seus requisitos, os quais seriam constituídos por módulos referentes a cada formulário, e outro

dois para suporte dos formulários e do *software*. Os componentes do sistema foram definidos como :

1. **inputs**
 - critérios;
 - questionários do tipo fechado e aberto;
 - classificação das questões e indicadores;
 - pesos atribuídos às questões;
 - senhas e permissões;
 - cadastro de instituições e pesquisadores;
2. **processo**
 - registro de pesquisas e amostras;
 - entrada de dados;
 - conferência de dados;
 - pesquisa de dados e registros diversos;
3. **outputs**
 - indicadores calculados;
 - relatórios de dados:
 - pontuais (uma amostra);
 - comparativo no tempo (com opção para um ou mais hospitais e opção do número de desvios padrão);
 - comparativo entre hospitais por tipo de indicador (opção do número de desvios padrão).
 - correlação univariada entre indicadores de resultado.

O *software* é desenvolvido em ambiente Visual Basic 6.0, com banco de dados Access 2000, ambos produtos Microsoft Corporation. É um sistema especialista, com característica modular e conta com estrutura de segurança por senha, acoplado ao menu de usuários e, por isso, monta dinamicamente o menu de opções, segundo as permissões especificadas para cada usuário. Assim, o usuário só acessa o que vê, que é definido dentro dos limites determinados pela permissão concedida.

O limite de acesso dos usuários seleciona módulos, rotinas e o nível de acesso ao banco de dados, ao controlar as funções de Incluir, Alterar, Excluir, Consultar e Listar dados. Todas são configuráveis pelo gerenciador do sistema.

Os motivos para segurança multiníveis é óbvia, na medida em que há necessidade de preservar o sigilo das informações e se proteger de invasões e de furto de idéias e métodos em informática, de maneira geral.

A estrutura modular do sistema contém 5 serviços básicos, a saber :

- Arquivos - que contêm as tabelas básicas do sistema;
- Vigilância epidemiológica;
- Desempenho;

- Proficiência; e,
- Suporte - com rotinas de *backup* e segurança.

A concepção do projeto envolveu a estruturação dos módulos de Desempenho e Proficiência, como sistema gerador de pesquisas por questionário, ou seja, permitem a criação de questionários e seus indicadores. Essa possibilidade *dá ao pesquisador a capacidade de criar novos instrumentos de pesquisa* e usar as ferramentas da entrada de dados, análise e relatórios. A inteligência de cálculos está depositada no banco de dados.

O módulo de Vigilância está concebido como sistema fechado de avaliação, com indicadores epidemiológicos predefinidos, devido a suas características específicas e fixadas pela epidemiologia descritiva.

Os relatórios de dados disponíveis permitem:

- Avaliações gerais - cálculos dos indicadores criados, agrupados por prevalência, incidência ou frequências simples ;
- temporais - comparação de dados no tempo, referentes a uma mesma Instituição;
- comparativos - avalia indicadores dentre diferentes instituições; e,
- correlação entre indicadores.

Os relatórios de dados têm opção para apresentação gráfica ou serem exportados e arquivados, no programa Excell (Microsoft Corporation), onde podem ser melhorados visualmente.

A exportação para o Excell permite verificar listagens e aprofundar cálculos, produzir gráficos, arquivar resultados. Com isso procura-se resolver um problema comum em pesquisas de grande volume de dados, que é a sobrecarga do sistema. Desta maneira, os dados podem ser verificados e manuseados em ambiente diferente daquele utilizado para a entrada e processamento de dados, que ganha outro nível de preservação de sua integridade.

3) Instrumento de divulgação das informações- o relatório de informações

Esse instrumento é o relatório de divulgação das informações (anexo 2). Apresenta, na primeira parte, a descrição das atividades do PCIH, e os resultados da avaliação são interpretados, analisados e podem ser discutidos em relação: a) a eles mesmos; b) aos padrões definidos na literatura; c) à avaliação anterior ou série histórica, caso haja, e d) ao nível endêmico ou média de cada hospital. Cada gráfico/ tabela é acompanhado da descrição da interpretação e utilidade da informação ali contida. A construção do relatório de informações tem base no instrumental da estatística e nos postulados dos sistemas informacionais, assim como nos estudos para a construção de relatórios eficientes (Worthen et al, 1997; Fraga, 1997; Eco, 1977; Shelly, 1996; Prade, 1994) e pretende apropriar-se de algumas estratégias de publicidade como cor, forma, etc, para gerar maior atração à sua leitura e simplicidade de compreensão. A compreensão da utilidade é objeto de avaliação de dirigentes e a forma para estes e os gerentes de PCIH.

Busca ser o mais simples, direto e conciso possível e ao final sugere as linhas de ações necessárias para atingir progressivamente a cobertura e profundidade do PCIH.

4) Instrumento de pesquisa para decisões do dirigente e do estudo exploratório.

Para avaliar o envolvimento do dirigente com o PCIH, os compromissos com a qualidade da assistência e o conhecimento que possui, assim como das decisões geradas pelo relatório- teste, são utilizados dois formulários do instrumento, que são:

- o roteiro da entrevista, com questões relativas ao anteriormente descrito (anexo 3); e,
- um formulário para a emissão das decisões do dirigente entrevistado (anexo 4).

5) Avaliação da satisfação

É um questionário que avalia os atributos do relatório de divulgação, através da impressão e percepções do dirigente do hospital e do gerente do PCIH. As respostas são do tipo Likert (Worthen et al, 1997) para 4 questões, e respondidas após a leitura do relatório (anexo 5).

5.5. Coleta de dados

Somente profissionais especializados e capacitados para este trabalho podem coletar dados, devido à necessidade de ter conhecimentos específicos a serem aplicados no julgamento e decisão das respostas. A capacitação se dá numa forma de homogeneização dos conhecimentos, repassando os conceitos e critérios contidos no Manual de avaliação.

A principal fonte coleta dos dados para preenchimento do **formulário a** está nos prontuários dos pacientes internados, nos resultados de exames diversos, no controle na dispensação de materiais da farmácia, almoxarifado, no exame físico direto no paciente e nas informações da enfermagem, entre outros. Os critérios de inclusão/exclusão e códigos de registro estão definidos no Manual de avaliação.

Para o **formulário b**, os dados são colhidos durante visitas a todas as dependências do hospital o que requer o acompanhamento de um conhecedor do hospital. São utilizadas entrevistas ou, constatações e observações, as quais devem ser baseadas em documentação impressa, arquivadas no SCIH, nas unidades de internação ou nas de apoio.

As observações da conduta vigente no processo de trabalho do hospital são consideradas como padrão comportamental, quando constatadas, no mínimo, após três oportunidades, para então, registrar respostas. As respostas são de formulação binária (sim/não), e uma neutra (inexiste) para as atividades facultativas na prestação desses serviços. Junto a cada questão estão os critérios de observação daquelas respostas, e também as pistas para encontrar as respostas na atividade hospitalar.

O **formulário c** é preenchido diretamente pelos profissionais da assistência, reunidos com esse propósito ou nos seus próprios locais de trabalho.

A coleta dos dados da entrevista ao dirigente é registrada no momento em que ocorre, pelo entrevistador, bem como pela emissão de decisões do dirigente, após a leitura conjunta do relatório. Propositalmente, é solicitado ao dirigente que sintetize suas decisões no formulário destinado a esse registro.

A coleta de dados da satisfação ao relatório de informações é registrada após a leitura destes pelos atores do trabalho e recolhidas pelo pesquisador.

5.6. Unidades de análise

Como o trabalho tem partes distintas, também as unidades de análise se revezam, para atingir os objetivos propostos. A assistência do hospital é unidade de análise central, que se constitui na base e objeto das informações geradas.

As observações técnicas dos examinadores constituem unidades de análise para aplicação dos formulários do instrumento de coleta de dados do sistema de informações.

Nas análises que se utilizam o relatório de informações como base, as decisões, conhecimento, ação e satisfação do dirigente hospitalar são unidades de análise. Assim como, a satisfação dos gerentes do PCIH diante deste relatório.

Os cálculos do sistema de informações *OConsultor*, também são unidades de análise.

5.7. Plano de análise dos dados

No presente trabalho, o plano de análise está dividido em diferentes níveis e tem por base aquele utilizado nos métodos *mixados* (Worthen et al, 1997), por comportar análises qualitativas e quantitativas.

A análise da validade lógica é obtida pelo consenso, a validade de conteúdo por declaração verbal e escrita diretamente nos formulários pelos peritos.

Os cálculos de vigilância epidemiológica (**formulário a**) empregam-se métodos estatísticos da epidemiologia descritiva, como: taxas, índices, proporções, médias e desvios padrão. Estes resultados são úteis para localizar problemas nos pacientes, clínicas e procedimentos do hospital com a visão epidemiológica do problema.

Para o **formulário b**, após a coleta dos dados, são atribuídos pesos por áreas temáticas e multiplicados pelo número absoluto de pontos obtidos por área. Estes pontos ponderados são relativizados em relação ao máximo de pontos ponderados esperados, e fornecem o percentual de desempenho, por área temática, grupo de indicadores, por hospital ou grupo de hospitais; de acordo com o cálculo realizado. As avaliações de desempenho detalham-no em suas causas técnicas, operacionais, administrativas,

educativas e gerenciais. Os diferentes recortes pré-definidos das questões mostram indicadores de outros âmbitos e magnitudes.

O **formulário c** é avaliado, atribuindo pontos de correção para cada item de questão, de acordo com o gabarito das respostas. A soma de pontos de cada questão é multiplicada pelo peso correspondente e dividida pelo total de pontos ponderados para aquela questão. O resultado é dado em percentuais de conhecimento, para todas as categorias profissionais questões e áreas temáticas. A avaliação da proficiência técnica localiza problemas e causas no conhecimento dos profissionais.

Nos estudos de confiabilidade dos **formulários a e b** os cálculos se referem ao coeficiente de concordância Kappa de Cohen corrigido (Andrade & Zicker, 1997) e a validade de critérios, pelos coeficientes de sensibilidade, especificidade e acurácia (idem).

Os dados são processados e analisados pelos Sistema de Informação assessor do PCIH - *OConsultor*, e validado pelo processamento em Epiinfo (Epi-2000), em SPSS e por vezes, manualmente.

Os cálculos são organizados e apresentados com base na proposta de controle estatístico dos processos de trabalho desenvolvidos por Kume (1989).

Nas técnicas de consenso, a análise utilizada é a de concordância explícita entre os participantes para adoção do conteúdo sob consenso.

A satisfação dos atores do estudo é quantificada por uma escala Likert de quatro questões para permitir uma distribuição das opiniões dos participantes. As respostas são apresentadas em valores relativos de cada questão, pelo grupo profissional.

A análise das respostas da entrevista buscam verificar o escopo de conhecimentos e práticas do dirigente em relação ao compromisso com o PCIH e com a qualidade da assistência do hospital.

A análise da dimensão do conhecimento, apoio e ação do dirigente em relação ao PCIH é qualitativa e se baseia na análise do discurso.

Na avaliação da eficiência da estratégia verifica-se as capacidades persuasivas do relatório, como efeito de sua leitura, em relação à qualidade e à pertinência das decisões do dirigente, definidas pela pesquisadora.

5.8. Critérios

Alguns critérios já estão contidos nos procedimentos, porque deles depende o próximo passo das etapas de construção do projeto. Alguns outros critérios, todavia são ainda necessários para definir a validade e a confiabilidade e outras questões.

A validade de conteúdo considerada satisfatória, através do uso da Técnica Delphi, ocorre quando não hajam mais discordâncias entre os participantes, considerando que discordância equivale à rejeição do conteúdo da questão. As questões de forma e expressão que não alteram o conteúdo são tidas como contribuições.

A validade de construção dos formulários de coleta de dados (**formulários a, b**) e avaliação do conhecimento (**formulário c**) é considerado satisfatório a partir da aprovação consensual dos participantes da entrevista coletiva (*Focus Group*) com esta finalidade. A aprovação do curso de homogeneização dos conceitos e critérios também se dá por esse método.

Devido à necessidade de alta precisão que define a qualidade da informação dos **formulários a e b**, a validade de critério analisada através dos coeficientes de sensibilidade e especificidade para as observações destes formulários deve situar a maioria dos examinadores dentro do critério BOM, conforme o descrito no quadro 3. Isso porque, para a coleta desses dados há necessidade dos examinadores serem especialistas no assunto, e, portanto, ter conhecimento prévio, além da habilidade de encontrar e classificar os casos de infecção hospitalar e outras variáveis.

O desempenho do PCIH é medido pelo seu grau de abrangência e profundidade significando o grau de implantação do programa. O máximo esperado é de 100%.

Os **formulários a e b** são considerados confiáveis se pelo menos 70% dos coeficientes Kappa de concordância dos resultados dos formulários entre os examinadores estiverem acima de 0,60 em relação aos parâmetros da Escala de concordância do Kappa (quadro 4).

A avaliação preliminar da eficiência da estratégia de leitura do relatório de informações deve demonstrar que as decisões proferidas pelos dirigentes são pertinentes aos problemas identificados.

Quadro 3

Classificação dos coeficientes de sensibilidade e especificidade para observações dos examinadores do **formulário a e b**, em relação às medidas correspondentes para melhoria do desempenho.

Limites do valor dos coeficientes	Classificação	Medidas
Até 60%	Ruim	Examinador inapto para coletar estes dados
61- 75%	Sofrível	Treinamento em critérios e conceitos e decisão de casos práticos
76- 84%	Razoável	Estudar conceitos e critérios
85-100%	Bom	Apto a coletar dados e treinar outros examinadores.

Quadro 4

Escala de concordância de Kappa

KAPPA	CONCORDÂNCIA
<0,00	RUIM
0,00 – 0,20	FRACA
0,21 – 0,40	SOFRÍVEL
0,41 – 0,60	REGULAR
0,61 – 0,80	BOA
0,81 – 0,99	ÓTIMA
1,00	PERFEITA

FONTE: Andrade & Zicker, 1997- Adaptado de Landis & Koch, 1977

O relatório de informações é considerado aprovado em sua forma se a maioria das respostas estiverem localizadas nas questões que o aprovam.

5.9. Limitações do Estudo

Muitas limitações apresentam-se neste trabalho. Sendo a principal limitação a que foi imposta pelo tempo disponível e os recursos para produzi-lo.

A impossibilidade de validar o critério ou prática de aplicação do **formulário b**, em diferentes instituições é uma limitação definida anteriormente. Como os estudos de validade se consolidam pela observação de medidas repetidas, tem-se nesta afirmativa a limitação de uso do sistema, que só foi submetido ao estudo de caso.

Nenhuma generalização pode ainda ser formulada porque a validade externa das informações geradas pelo sistema, não foi testada através de estudos de efeitos e repercussões desse instrumento como auxiliar da assessoria e gerenciamento do PCIH, que constitui a finalidade deste esforço.

Tais limitações já apontam, por si só, os caminhos que ainda devem ser percorridos para que o sistema de informações possa ser validado em sua íntegra, e as informações orientem pertinentemente, as decisões de dirigentes e gestores.

6. RESULTADOS

Passa-se a apresentar nesta seção os resultados do desenvolvimento e validação do Sistema de Informação Assessor do PCIH- *OConsultor* e seus instrumentos.

O desenvolvimento do sistema de informações teve concomitância com o processo de validação do instrumento de medida, por haver necessidade de torná-los precisos e confiáveis, antes de tentar medir o fenômeno a que se destinam. Estes requisitos de aplicação consistiram em estudos de validade e confiabilidade que permitiram ajustes na fase preliminar deste projeto.

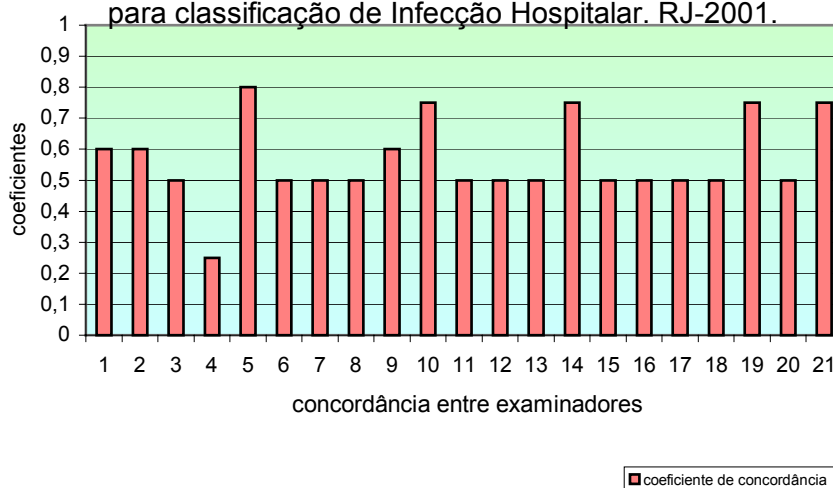
Assim sendo, iniciou-se o trabalho pela validação de conteúdo e de consenso, quando o pesquisador ofereceria um modelo de instrumento dividido em três formulários, referentes às quatro dimensões de avaliação, para serem analisados por peritos do tema.

Na *validação do conteúdo* chegou-se a consenso em apenas duas rodadas de submissão dos **formulários a, b e c**. Somente duas questões estiveram em discussão quanto à pertinência e, depois de modificadas em forma e valor, foram aceitas. As sugestões e alterações foram incorporadas aos formulários. Todos os peritos julgaram pertinente o conteúdo e a lógica, para medir o fenômeno das infecções hospitalares e seu controle.

A *validade de construção* dos formulários e do curso preparatório ocorreu após a aplicação dos **formulários a e b**, através de uma entrevista coletiva do tipo *Focus Group*, o que resultou em modificação nas questões apontadas e no curso.

Foram submetidos aos estudos de validade de critério ou prática somente os **formulários a e b**. Para estudar a validade do **formulário a** foram incluídos somente aqueles itens que dependiam de conhecimentos e decisão dos examinadores como: os itens de classificação tipológica das infecções hospitalares; o motivo da prescrição dos antibióticos em uso; e, da classificação das cirurgias, segundo o potencial de contaminação. Os demais itens não foram considerados, porque envolveriam somente observação sem requisitos de decisão e conhecimento.

Gráfico 1
Coeficientes de concordância (Kappa) entre sete examinadores para classificação de Infecção Hospitalar. RJ-2001.



A confiabilidade do **formulário a** refere-se ao desempenho dos examinadores em localizar e classificar os casos sob observação e aplicar conceitos (infecções, uso de antibióticos e classificar cirurgias) dentre 19 pacientes internados numa unidade neurocirúrgica. Este tipo de estudo analisa o grau de homogeneidade na aplicação do instrumento de medida, considerando que essa aplicação é composta pelo formulário, os critérios, conceitos e o conhecimento do examinador.

No Gráfico 1 observa-se que a maioria (66%) dos coeficientes de concordância para classificação das infecções hospitalares ficou em torno de 0,50, considerado regular, segundo a Escala de concordância de Kappa (quadro 4). Enquanto que na concordância para a classificação dos antibióticos (gráfico 2) e de cirurgias (gráfico 3), verifica-se a predominância dos coeficientes considerados bons, segundo a referida escala.

Gráfico 2
Coeficientes de concordância (Kappa) entre sete examinadores para classificação da função de antibióticos.RJ-2001.

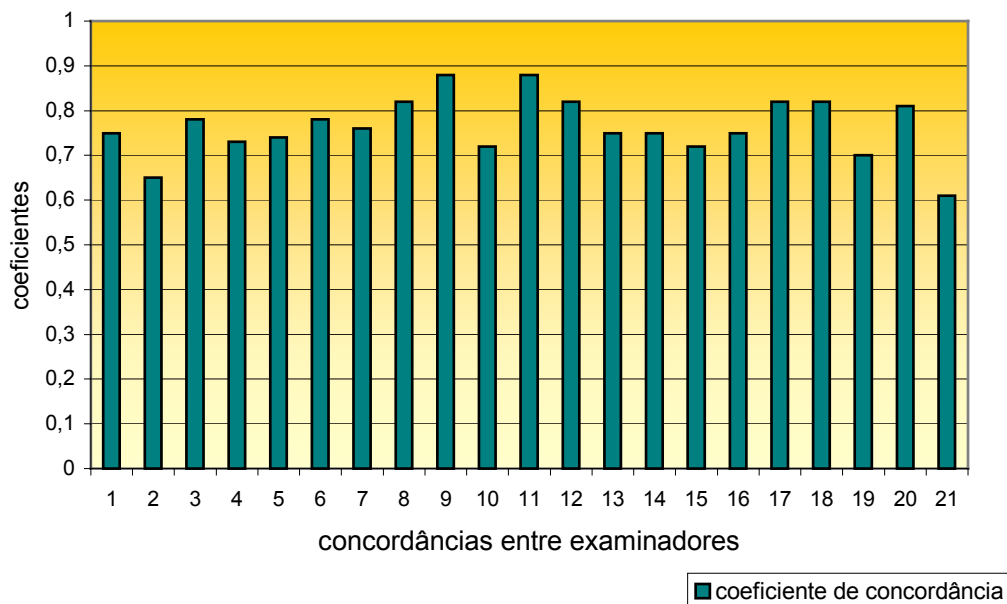
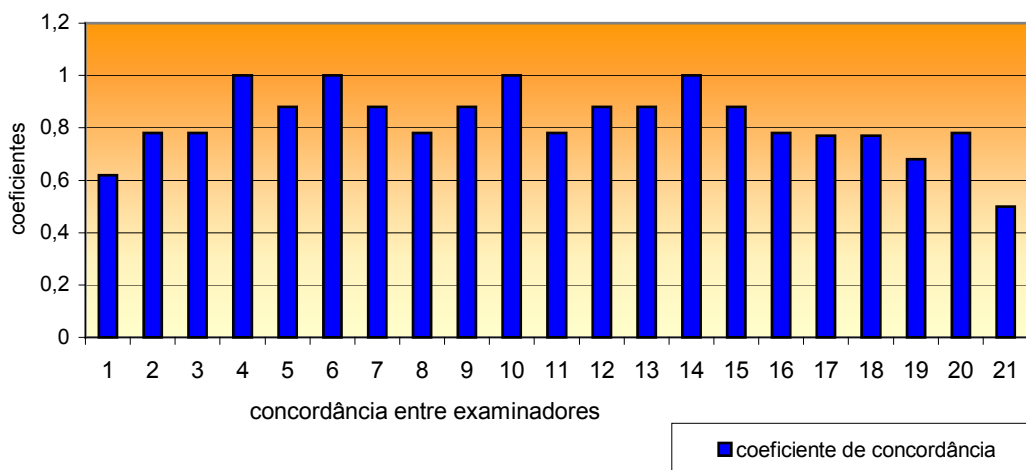


Gráfico 3
Coeficientes de concordância (Kappa) entre sete examinadores para classificação de cirurgias. RJ. 2001.

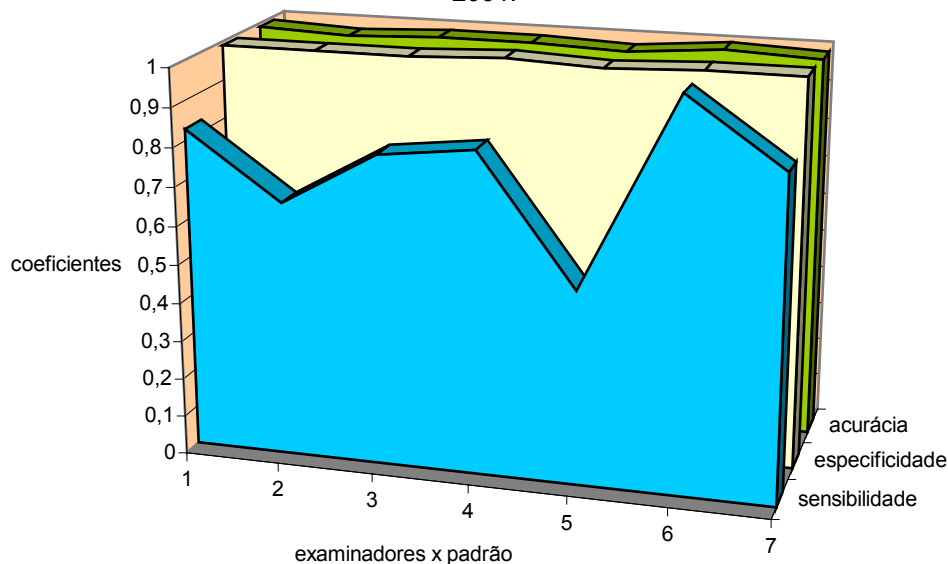


No estudo de *validade de critério, de prática, ou em relação a um padrão do formulário a*, verifica-se a proporção de observações positivas (corretas) ou negativas (incorretas), entre os examinadores e o padrão (a pesquisadora), através da medida dos indicadores de sensibilidade e especificidade estudados.

No gráfico 4, observa-se que no coeficiente de sensibilidade para a classificação das infecções hospitalares, somente o examinador 6 reproduziu o padrão e foi considerado perfeito (1,00); os examinadores, 1,3,4 e 7, devem estudar mais os critérios de classificação, pois atingiram apenas o nível satisfatório, e o examinador 2 foi sofrível nas observações, enquanto o de número 5 é inapto para este tipo de observação.

No entanto, a especificidade, ao contrário do primeiro indicador, apresentou coeficientes bastante elevados e bons, assim como a acurácia na classificação dos casos de infecção hospitalar, significando que os examinadores sabem definir a inexistência de infecção hospitalar, mas apresentam dificuldades em classificar corretamente os casos positivos.

Gráfico 4
Validade da classificação de infecções hospitalares por sete examinadores. RJ.
2001.



Ainda no estudo de *validade de critérios* do **formulário a**, a classificação dos antibióticos (gráfico 5), demonstra que os examinadores de número 2, 3 e 6 classificaram bem os antibióticos e suas funções, enquanto que o 5 e o 7 devem melhor estudar os critérios, e os demais (1 e 4) estudar e praticar este tipo de classificação. Por outro lado, a especificidade e a acurácia são altas e consideradas perfeitas.

Na classificação das cirurgias (gráfico 6) verifica-se que os examinadores 2, 3 e 7 devem estudar os critérios e as cirurgias. Os demais tiveram sensibilidade perfeita, assim como a especificidade e a acurácia. A validade geral da aplicação do **formulário a** foi boa.

Gráfico 5
Validade de classificação da função dos antibióticos por sete examinadores.RJ. 2001.

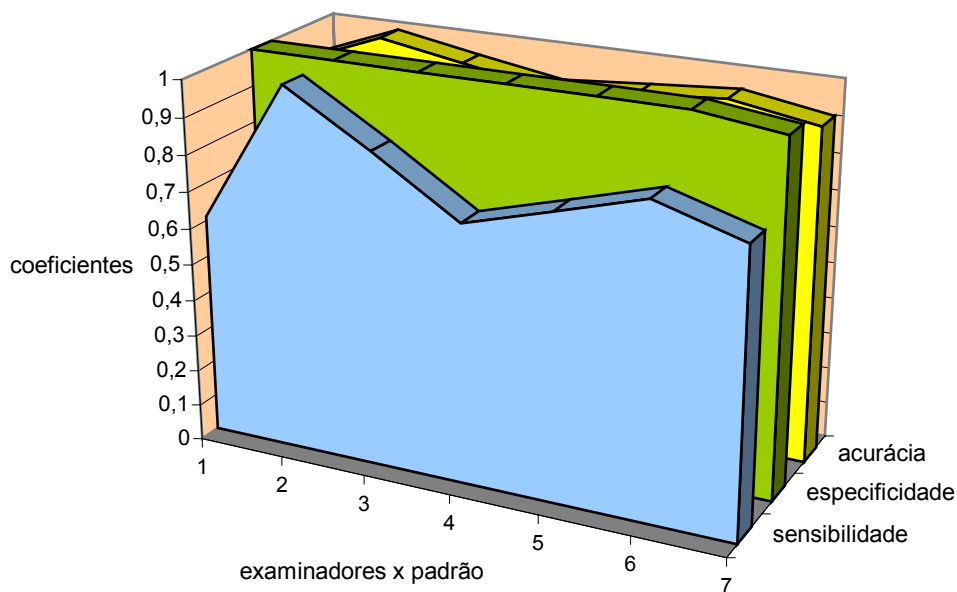
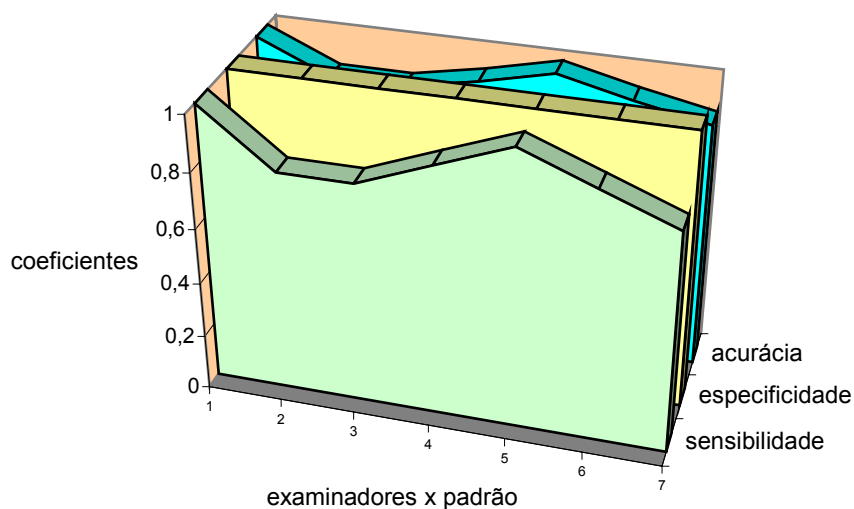
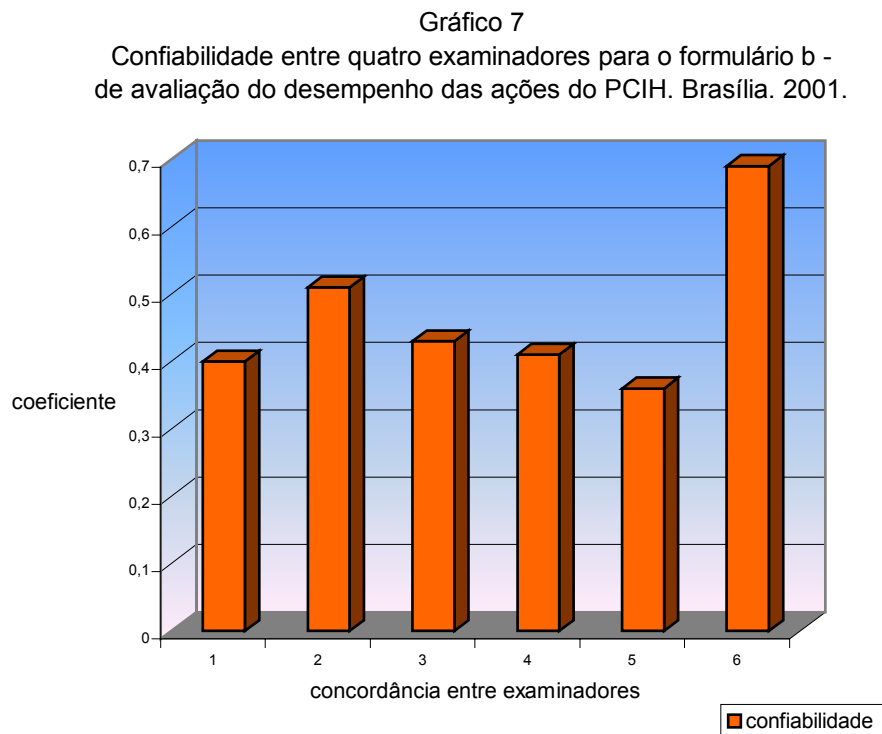


Gráfico 6
Validade na classificação de cirurgias por sete examinadores. RJ.2001.



O **formulário b** avalia o desempenho do PCIH em relação aos itens da estrutura, processo e forma de verificação dos resultados da assistência hospitalar. Foi aplicado por quatro examinadores para verificar a concordância das respostas após um “curso de homogeneização” de quatro horas de esclarecimento, sobre as 311 questões que avaliam em profundidade e abrangência as ações do PCIH.

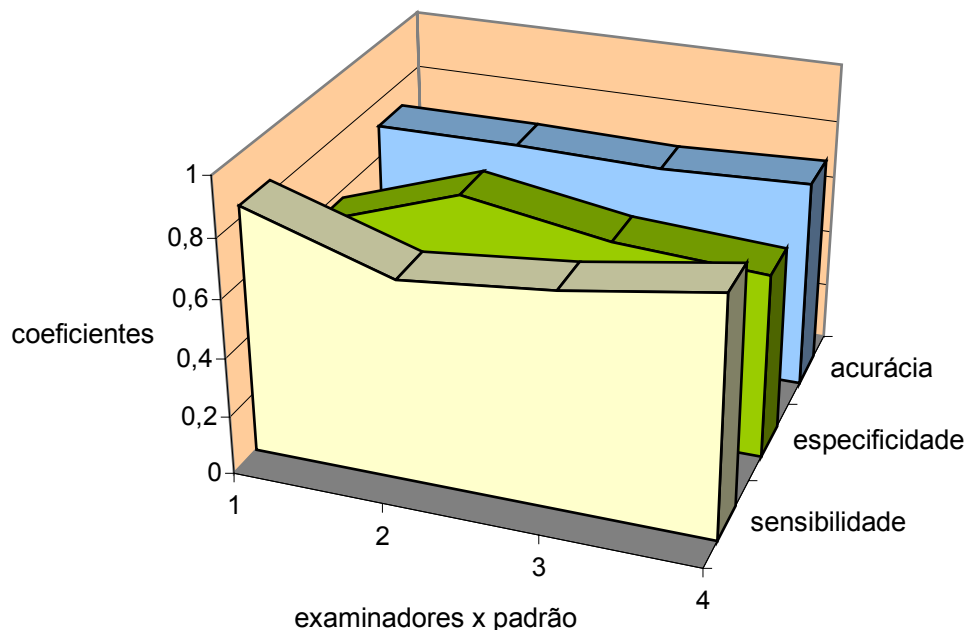
Está demonstrado no gráfico 7, que somente uma concordância (a de número 6) foi acima do coeficiente Kappa aceitável para atestar que o **formulário b** é reproduzível. Pode-se verificar que a aplicação deste formulário foi homogênea, porém os examinadores não atingiram o coeficiente assumido para definir a confiabilidade deste instrumento.



O estudo da *validade prática, ou de critério* da aplicação do **formulário b**, onde os examinadores (teste) e um considerado padrão avaliam o mesmo hospital, pode ser observada no gráfico 8, no qual se verifica que dois examinadores (1 e 4) demonstraram sensibilidade razoável, e os outros (2 e 3) sofrível. A capacidade de decidir pela resposta “não” foi fraca entre os examinadores, demonstrada pelos coeficientes de especificidade da avaliação, de sofrível a ruim, e uma acurácia sofrível.

A tabela 1 demonstra a freqüência das concordâncias que atingiram a faixa de aceitabilidade para este estudo. É possível verificar que na classificação de infecções hospitalares, e na aplicação da avaliação do desempenho do PCIH, os examinadores não atingiram o nível de concordância esperado.

Gráfico 8
Validade das avaliações de desempenho. Brasília, 2001.



Nos estudos de validade de critério observa-se a distribuição dos resultados relativos à classificação de casos positivos, quando eles realmente estavam acometidos ou sob tratamentos (sensibilidade) (tabela 2) e a classificação negativa (especificidade) (tabela 3), quando inexistia infecção ou os tratamentos. Todos os examinadores sabem distinguir os pacientes acometidos dos que não estão, como demonstrado na tabela 4.

De acordo com o coeficiente mínimo estipulado de 85% como parâmetro para aceitar a validade dos formulários verifica-se que na aplicação do **formulário b** (desempenho) nenhum examinador atingiu este coeficiente, tanto para detectar a prática vigente no cotidiano da assistência hospitalar (tabela 2), quanto para decidir sobre a sua ausência (tabela 3), resultando numa acurácia insuficiente, como demonstrado na tabela 4.

Tabela 1

Distribuição Percentual dos Coeficientes de **concordância Kappa** entre os examinadores dos formulários “a” e “b”. RJ, dezembro. 2001.

Coeficiente Kappa de Cohen	Classificação de IH	Classificação de antibióticos e função	Classificação de Cirurgias	Desempenho
Acima de 0,60	34,0	100,0	95,2	16,7
Abaixo de 0,60	66,0	0,0	4,7	83,3

Tabela 2

Distribuição percentual dos coeficientes de **sensibilidade** na medida de validade de aplicação dos formulários “a” e “b”. RJ, dezembro. 2001.

Sensibilidade %	Classificação de IH n°(%)	Classificação de antibióticos e função n°(%)	Classificação de Cirurgias n°(%)	Desempenho n°(%)
Acima de 85	4 (57)	3 (43)	1 (14)	0
De 76-84	3 (43)	2 (28)	4 (57)	2 (50)
De 61-75	0	2 (28)	1 (14)	2 (50)
Até 60	0	0	1 (14)	0

Tabela 3

Distribuição percentual dos coeficientes de **especificidade** na medida de validade de aplicação dos formulários “a” e “b”. RJ, dezembro- 2001.

Especificidade %	Classificação de IH n°(%)	Classificação de antibióticos e função n°(%)	Classificação de Cirurgias n°(%)	Desempenho n°(%)
Acima de 85	7 (100)	7 (100)	7 (100)	0
De 76-84	0	0	0	0
De 61-75	0	0	0	3 (75)
Até 60	0	0	0	1 (25)

Tabela 4

Distribuição percentual dos coeficientes de **acurácia** na medida de validade da aplicação dos formulários “a” e “b”. RJ, dezembro- 2001.

Acurácia %	Classificação de IH n°(%)	Classificação de antibióticos e função n°(%)	Classificação de Cirurgias n°(%)	Desempenho n°(%)
Acima de 85	7 (100)	7 (100)	7 (100)	0
De 76-84	0	0	0	0
De 61-75	0	0	0	4 (100)
Até 60	0	0	0	0

O **formulário c**, que avalia a proficiência técnica dos profissionais da assistência, foi estudado diferentemente dos demais.

A validade de *construção teórica* do **formulário c** foi verificada através da correlação dos resultados de aplicação deste com os demais resultados obtidos pela aplicação dos outros dois formulários (a e b) no hospital-piloto, demonstrados no anexo 2. Os resultados demonstram o fraco conhecimento dos profissionais da assistência,

principalmente na área de procedimentos preventivos da via respiratória, que estão, por sua vez, associados a baixa qualidade de desempenho destes procedimentos no hospital. As altas taxas de infecção hospitalar na via respiratória indicam ser uma área das mais problemáticas no hospital-piloto.

A *validade de critério* do **formulário c** é verificada correlacionando o grau de conhecimento dos diferentes grupos profissionais com o conhecimento desejado para o exercício proficiente da prevenção e controle das infecções hospitalares, cujo padrão é de 100%. Por se tratar de um instrumento que mede diretamente o que se pretende (o conhecimento) foi considerado satisfatório por apresentar coerência com os demais resultados. A confiabilidade do **formulário c** não foi verificada por não fazer sentido.

O sistema de informações- *OConsultor* - foi validado em diversos pontos do desenvolvimento dos indicadores e relatórios, através do processamento dos mesmos dados no programa Epiinfo, no SPSS e até mesmo em cálculos manuais, que foram ajustados até demonstrar validade perfeita.

A partir do processamento dos dados do hospital-piloto, os dados foram exportados de *OConsultor* para o programa *Excell*[#], de onde se originaram os gráficos que compuseram o relatório produzido no programa *Word*[#] (anexo 2).

No segundo momento metodológico, após produzir o relatório de informações do hospital-piloto (chamado de hospital x) (anexo 2), este relatório foi submetido aos dirigentes durante uma entrevista estruturada, descrita no item 5.2.2 do método.

Dos dez dirigentes contatados para participar do estudo, somente quatro aceitaram receber a pesquisadora para entrevista, e assim o fizeram. Como não havia mais tempo hábil para novos contatos, ou para insistir com aqueles já solicitados, utilizaram-se apenas as quatro entrevistas.

As entrevistas duraram em média 40 minutos, mesmo tendo sido agendados anteriormente com o próprio dirigente e prestados alguns esclarecimentos. Durante duas entrevistas houve impaciência por parte dos dirigentes.

Os dirigentes relataram tempos variados na função, mas junto às direções hospitalares, e no cargo atual, perfaziam respectivamente três anos (dirigente B); quatro anos (dirigente D) e oito anos (dirigentes A e C). Todos eram médicos, e apenas um tinha especialização para a função de dirigente hospitalar. Dentre os demais, um possui

[#] da *Microsoft Corporation*

aperfeiçoamento em gestão de recursos humanos, outro se baseia na experiência de dirigir um centro de estudos e outro estuda, à medida que necessita resolver problemas específicos e ampliar conhecimentos.

Dos quatro entrevistados, três dirigem hospitais públicos (B,C e D) e um dirige hospital privado (A). Dois hospitais públicos têm 500 leitos e um 120. O hospital privado tem 75 leitos. Todos os hospitais situam-se no Rio de Janeiro.

Quanto ao conhecimento que estes dirigentes declaram ter sobre o PCIH e sua atividade integrada ao hospital, as respostas da entrevista seguem no quadro 5.

Neste quadro (5), os itens 1, 2, 3 e 4 buscam demonstrar os conhecimentos do dirigente em relação às ações do PCIH e seus produtos. Enquanto as questões 5 e 8 se referem ao compromisso que o dirigente tem com o PCIH e como o traduz na prática.

As questões 6 e 7 referem-se à preocupação do dirigente com a qualidade da assistência prestada no hospital.

Após a entrevista que durou em média 15 minutos, procedeu-se à leitura conjunta do relatório de informações, em que a pesquisadora apresentava os dados expostos nos gráficos, omitindo-se de comentar qualquer item em todas as leituras, porque toda informação sob teste era unicamente a que estava no relatório.

Posteriormente, numa simulação, o dirigente deveria formular as decisões suscitadas pela leitura, em voz alta. A pesquisadora anotou e o dirigente também. Tais decisões estão apresentadas no quadro 6.

Quadro 5

Quadro de respostas dos dirigentes hospitalares à entrevista estruturada sobre as ações e interações com o PCIH, RJ, março-2002.

QUESTÕES	DIRIGENTE A	DIRIGENTE B	DIRIGENTE C	DIRIGENTE D
1) Composição temática do PCIH	-Prevenção -Higiene -Educação -Informação	-Processamento de materiais-CME -Procedimentos invasivos -Educação -Ortopedia -Berçário	-Vigilância -Educação -Rotinas para: Lixo, processo produtivo, antibióticos, limpeza	-Controle de antibióticos -Controle de custos -Qualidade -Microbiologia -Epidemiologia
2) Abrangência do trabalho de assessoria do PCIH	-Vigilância -Investigação para germe diferente -Controle do centro cirúrgico	-Sinaliza as infecções -Vigilância contínua -Fornece visão ampliada do hospital	Informação	-Controle de antibióticos -Farmácia -Procedimentos -Sem idéia clara da operacionalização, mas entende que é relevante
3) Como o PCIH exerce a assessoria?	Reunião mensal	Reuniões semanais	-Emissão de relatórios -Diagnóstico de desempenho assistencial	-Não exerce
4) O que falta?	Atuação e envolvimento	-Tomar medidas para sanar risco de IH -Padronizar procedimentos	-Desdobramento das ações	-Tudo
5) A utilidade das informações geradas pelo PCIH	-planejamento do cuidado; -planejamento geral	-Tomada de atitude rápida	-Melhora a percepção do hospital real; -Repercussão do número de falhas; -Supervisão dos problemas institucionais -Indicador de funcionamento e amadurecimento; -Sobrecarga X qualidade	-Orientação para reversão econômica de desperdícios; -Pesquisas e publicações; -Cultura dos funcionários
6) Onde ancora a qualidade da assistência?	Na enfermagem	Na ouvidoria Informação do cliente Reuniões com serviços	-Óbitos suspeitos e evitáveis -reclamações -nas taxas de IH	-Na satisfação do usuário -Nos resultados do planejamento estratégico -Na resolução de problemas
7) Onde estão os pontos nevrálgicos da assistência?	-Na qualidade técnica -Conhecimento	-marcação de consultas -transporte para o CC e da emergência para a UTI -acompanhante sem preparo para hospitalização -circulação do paciente	-Sobrecarga de demanda -envelhecimento técnico e etário -fragmentação das políticas gerenciais e do processo de trabalho -desconhecimento e educação sobre o CIH -pouca organização da assistência	-Reduzido pessoal de assistência -Escassez de informação
8) Como efetiva o apoio ao PCIH?	-Fornecer insumos; -Incentiva participação em cursos, congressos; -Contrata consultoria externa.	-realoca pessoal de enfermagem para manter volume equilibrado x demanda	-aumentando o pessoal; -incentiva ampliação de conhecimentos; -assento em lugares decisórios; -busca concretizar decisões.	-Com recursos; -Reuniões com o diretor; -Importância às informações para decisões.

Quadro 6

Quadro de decisões dos dirigentes para as questões do relatório de informações

	DECISÕES APÓS A LEITURA DO RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES
DIRIGENTE A	-Educação específica para todos; -Ajustes no processo de trabalho; -Revisão da política de antibióticos; -Ações específicas para minimizar IH na via respiratória; -Revisão de rotinas.
DIRIGENTE B	-Melhorar proficiência dos profissionais da assistência; -Melhorar a atuação do CIH atual; -Normatizar profilaxia antibiótica + educação de profissionais; -Melhorar a assistência para idosos internados.
DIRIGENTE C	-Instituir uma CCIH atuante e informativa; -Atentar para o desempenho dos profissionais; -Criar cultura para melhorar prevenção visando a melhores resultados assistenciais e econômicos.
DIRIGENTE D	-Iniciar programa mais ambicioso de treinamento e educação continuada; -Elaborar plano mais estratégico de prioridades na assistência; -Revisar a metodologia de controle de infecção hospitalar.

Sintetizando as decisões dos dirigentes, observa-se que foram unânimes em decidir sobre a necessidade de educação para a assistência dos profissionais que nela atuam diretamente. Três dirigentes se referiram à melhora da atuação do PCIH e também aos pontos da assistência que estão associados aos procedimentos da via respiratória e das indicações de uso dos antibióticos.

Finalizando a entrevista, solicitou-se que o dirigente avaliasse o relatório nas especificações apresentadas no quadro 7, cuja média geral de pontos atingiu a satisfação de 90% (3,62 pontos). O item que menos satisfez foi a dificuldade de leitura com 3,00 pontos.

Quadro 7

Avaliação da satisfação dos dirigentes em relação ao relatório de informação do PCIH.
RJ, 2002.

QUESTÕES	DIRIGENTES				Média de pontos
	A	B	C	D	
As informações são:					
1) Claras	3	4	4	4	3,75
2) Concisas	3	4	4	3	3,5
3) Esclarecedoras	4	3	4	4	3,75
4) Localizam problemas	4	4	4	3	3,75
5) Originais (forma conjunta)	3	4	3	4	3,5
6) Sinalizadoras das necessidades de investimentos	3	3	4	4	3,5
7) De fácil leitura	2	4	3	3	3,0
8) Úteis	4	4	4	4	4,0
9) Capazes de apoiar a definição de prioridades	4	4	4	4	4,0
10) adequadas à interpretação dos dados	3	4	3	3	3,25
11) Adequadas na análise	3	4	4	4	3,75
12) Capazes de apoiar às decisões	4	4	4	3	3,75
Média geral					3,62

Legenda dos escores de satisfação: ruim=1; pouco= 2; razoável= 3; muito= 4.

O relatório foi oferecido para quatro gerentes de PCIH, para leitura solitária e avaliação da satisfação em relação às mesmas especificações dos dirigentes resultou numa média geral de 92,5% (3,70 pontos), em que a maior dificuldade apontada foi à facilidade de leitura, conforme exposto no quadro 8.

Quadro 8

Avaliação da satisfação de gerentes de PCIH em relação ao relatório de informação do PCIH-

RJ, 2002.

QUESTÕES As informações são:	GERENTE				Média de pontos
	A	B	C	D	
1) Claras	3	4	4	4	3,75
2) Concisas	3	4	4	4	3,75
3) Esclarecedoras	3	4	3	4	3,5
4) Localizam problemas	4	4	4	3	3,75
5) Originais (forma conjunta)	4	3	3	4	3,5
6) Sinalizadoras das necessidades de investimentos	4	4	4	4	4,0
7) De fácil leitura	3	3	3	3	3,0
8) Úteis	4	4	4	4	4,0
9) Capazes de apoiar a definição de prioridades	4	4	4	4	4,0
10) adequadas à interpretação dos dados	3	4	4	4	3,75
11) Adequadas na análise	3	4	4	4	3,75
12) Capazes de apoiar às decisões	3	4	4	4	3,75
Média geral					3,70

Legenda dos escores de satisfação: ruim=1; pouco= 2; razoável= 3; muito= 4.

7. *DISCUSSÃO*

As discussões sobre os diferentes momentos deste trabalho relacionam os achados e resultados ao referencial utilizado.

7.1. Do instrumento de coleta de dados

Na fase de desenvolvimento do instrumento de coleta de dados, três formulários foram constituídos para avaliar quatro dimensões da assistência hospitalar. O modelo de identificação dos pontos cruciais de fornecimento de serviços entre fornecedores e clientes, no interior da assistência, teve inspiração nas técnicas de produção de indicadores gerenciais da gestão de qualidade em serviços (Affonso Netto, 1997). No entanto, superou o modelo adotado ao pré-desenvolver um macrofluxo do processo de trabalho e detalhá-lo em suas interfaces, o que permite entender o sistema e melhor discutir os pontos de interação de serviços e profissionais, antes de formular os indicadores e o modelo de avaliação. Desta forma, pode-se supor que este modelo de obtenção de indicadores seja facilmente aplicado a outros processos de trabalho.

A construção dos formulários apresenta distintas análises, resultantes das diferentes fases de desenvolvimento e “calibragem” dos instrumentos de medida, como referem Contandriopoulos et al (1997a) e Carmines & Zeller (1979).

Somente com a validade de consenso, de conteúdo e de construção já descritos, os **formulários a e b** tornam-se aptos a ingressar no sistema de informações e iniciar as avaliações pretendidas.

A concordância do **formulário a** se refere à capacidade de reprodução das rotinas de observação (análise e decisão) das infecções hospitalares, cirurgias e antibióticos, das quais a classificação de infecção hospitalar foi satisfatória (tabela 1) em relação ao estabelecido nos critérios de estudo que definiam ser a aceitável se a maioria (51%) dos coeficientes tivessem concordância acima de 0,60. No entanto, o que resta demonstra a homogeneidade do desconhecimento das práticas de vigilância epidemiológica entre os examinadores, principalmente em relação aos critérios dos 15 tipos de infecções hospitalares, como confirmam os coeficientes de sensibilidade para a classificação dessas infecções (tabela 2).

A maioria deste pequeno grupo obteve resultados que recomendam mais estudos e práticas de análise e julgamento de casos de infecção hospitalar.

As melhores adesões às rotinas do **formulário a** foram as de classificação de cirurgias e antibióticos (tabela 2).

Por outro lado, a especificidade que é a capacidade de detectar os pacientes sem infecção hospitalar, que não estão acometidos ou sem tratamento, foi unânime entre o grupo (gráfico 4 e tabela 3) e também distinguir, de maneira geral, os acometidos e os não acometidos do grupo de pacientes estudados (tabela 4). Esse resultado também é observado no estudo de Cardo et al. (1993) que valida a coleta de dados para infecção hospitalar.

A classificação tipológica dos casos não satisfaz os critérios adotados e necessita melhores conhecimentos e prática para melhorar a sensibilidade dos examinadores teste na aplicação das observações e decisões sobre os casos.

É necessário que examinadores desenvolvam maior precisão em seus julgamentos, porque os indicadores produzidos a partir do **formulário a** são orientadores de estudos correlacionais com os demais indicadores das outras dimensões que avaliam a qualidade da assistência hospitalar (Everett, 1993), obtidos pelos outros formulários.

A aplicação do **formulário b**, estudada através da validade de critério e da confiabilidade, conforme relatado no capítulo 5, resultou em baixa concordância entre os examinadores (tabela 1) baixa sensibilidade (tabela 2), especificidade (tabela 3) e acurácia (tabela 4), demonstrando que aquele grupo de examinadores está inapto para aplicar estas observações, possivelmente por desconhecer a abrangência e profundidade do temário do PCIH, que é confirmado por Scheidt (1997), em sua dissertação, mas também pela pouca prática em avaliações, com o uso de multimétodos para a análise de contexto, baseada em critérios.

Estas limitações apontam possíveis soluções, através da seleção prévia dos examinadores e ampliação do curso de homogeneização para aprofundamento e ensaios práticos do uso deste formulário, antes das avaliações oficiais.

Em síntese, o problema que transparece possivelmente não está relacionado às rotinas de observação, mas à variável desconhecimento e inexperiência dos examinadores, que é anterior ao presente trabalho e possivelmente crônica.

A forte adesão aos conceitos e critérios das avaliações é importante, porque na possibilidade do Sistema de Informações *OConsultor* ser utilizado por diferentes instituições, os coletadores de dados serão os gerentes e profissionais do PCIH daqueles hospitais, que de antemão são os mais habilitados a aplicá-los.

O **formulário c** foi considerado válido, pela validade de consenso através dos demais resultados (anexo 2). Está demonstrado que os menores conhecimentos estão localizados nas áreas de pior desempenho na assistência, cujas taxas da iatrogenia observada foram as maiores no hospital estudado.

Apesar de alguns resultados favoráveis, ainda são necessários estudos de validade e confiabilidade para a aplicação dos formulários em diferentes e diversificadas instituições, garantindo assim a validade externa do instrumento (Contandriopoulos et al, 1997b; Carmines & Zeller, 1979) para capacitá-lo a formular generalizações e inferências.

Como a validade do **formulário a e b** não foi satisfeita por este método, novo processo de homogeneização deverá ser aplicado a novos examinadores e àqueles que não atingiram a adesão pretendida para garantir a consistência de novo estudo de validade e confiabilidade do processo avaliativo desenvolvido, que é o escopo desse esforço.

A melhora da adesão aos critérios e conceitos para a classificação das infecções e a avaliação do desempenho deve resultar na recondução dos examinadores a um curso ampliado e mais profundo, já sinalizado pelos próprios, durante a entrevista coletiva.

7.2. Do processo avaliativo ao relatório de informações-piloto

No cumprimento dos propósitos descritos no segundo momento metodológico, a avaliação do hospital-piloto demonstrou, em seus resultados, que tem um PCIH fraco, segundo critérios de avaliação de programas de saúde elaborados por Hartz (1997), mesmo que os indicadores de resultados estejam dentro do esperado para um hospital terciário, localizado em capital brasileira (Prade et al, 1995a). É encontrado um baixo desempenho das ações que qualificam a assistência, comparada aos resultados nacionais (Prade et al, 1995b), com apenas 45% das ações vigentes e um conhecimento sofrível, principalmente dos médicos (anexo 2).

A despeito de ser uma análise limitada, em termos de comparabilidade, ela revela inicialmente um conteúdo com cerca de 80 indicadores, que produzem o perfil e o desempenho daquele hospital, detalhando também importantes e originais indicadores, como os indicadores de ineficácia da profilaxia antimicrobiana sistêmica, os indicadores de desperdício, os de planejamento estratégico (anexo 2), e outros pontos, cujos valores apontam para a necessidade de intervenção.

Com base neste relatório, que foi elaborado a partir dos dados processados no Sistema *OConsultor* é possível verificar que o escopo de análise para cada hospital é

amplo, mesmo tendo sido processado somente um estudo de prevalência, sem comparações longitudinais ou paralelas.

Parece estar clara a contribuição do Sistema para o campo dos serviços e da pesquisa a partir de um processamento apenas. Neste último, pode-se estar construindo o instrumento que deverá melhor definir as diferentes faces do fenômeno infecção hospitalar e seu Programa de controle. Isso porque seu desenvolvimento e os naturais desdobramentos devem se comportar como uma linha de pesquisa com possibilidades de progredir tanto no caminho científico e educativo, quanto no campo da administração e gerenciamento, pois ao atuar como termômetro multivariado, torna-se capaz de indicar a forma e locais de intervenção (Cecílio, 1997).

O relatório de informação teve um efeito imediato positivo, segundo a avaliação de satisfação dos dois atores (quadro 7 e 8). Mesmo com uma amostra insuficiente, a pertinência das decisões suscitada (quadro 6) demonstra uma reação ou um possível efeito persuasivo da informação sobre o dirigente, o que pode ser observado pela unanimidade das decisões dos dirigentes para a necessidade de educação dos profissionais e sobre as ações assistenciais pontuais. No entanto, essa afirmativa não é generalizável.

Como primeira elaboração do relatório de informações, buscou-se selecionar os temas (problemas) mais relevantes no elenco de indicadores processados. Futuramente, com o aumento da frequência de seu uso, será possível ajustar pontos e formas de apresentação mais adequados aos princípios de *marketing* e de comunicação eficientes.

Neste seguimento é prevista a incorporação do relatório de informações como um módulo no Sistema *OConsultor*, o que deverá produzir inclusive um relatório de recomendações, mas sua composição deve ainda ser estudada para validar suas formas e composição.

7.3. Do dirigente

É possível verificar que a pequena amostra de dirigentes entrevistada bem representa o que Azevedo (1995) encontrou em seu estudo no Rio de Janeiro. A totalidade dos dirigentes é de médicos e uma minoria tem formação para o cargo. Tais condições podem estar justificando as respostas dos dirigentes à entrevista que buscava sondá-los sobre as noções e conhecimentos acerca do PCIH. Porque os conhecimentos são fundamentais para a valorização e crítica das informações fornecidas pelo Programa; pela análise da

efetividade e eficácia prevenção de problemas iatrogênicos; na promoção da qualidade assistencial e na decisão sobre as ações decorrentes desse conhecimento.

De outra forma, também pode relacionar-se o teor da preocupação que manifestam, ao grau de formação e experiência administrativa dos dirigentes.

No quadro 9, as questões podem ser observadas em agrupamentos dimensionais, referentes à atenção do dirigente para a qualidade assistencial do hospital e seu catalisador: o PCIH.

Estas respostas confirmam com o exposto nos diferentes ramos da literatura referida, como pode ser observado na interpretação da questão 1, no quadro 9, em que a composição do PCIH é conhecida parcialmente pelo dirigente, como já sinalizava o Estudo Brasileiro (Prade et al, 1995b); a noção de assessoria é compatível com o conceito de Mintzberg (1995) e se baseia, principalmente, na produção de informação. No entanto, confundem esta atividade ao declararem o que falta para ser mais efetiva e dar continuidade às ações, porque, como o PCIH deve prestar contas, é nesse momento que o dirigente dispõe para questionar a efetividade das ações em relação a algum plano ou deliberação formulada ou verificar o êxito de medidas, numa análise mais amiadada.

Interpretação das respostas dos dirigentes

Dimensão	Questões	Interpretação
Noções e conhecimentos	1-Composição do PCIH	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fragmentos do PCIH; ❖ Parcialidade de conhecimentos.
	2-Conhecimento sobre a assessoria do PCIH	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A noção que a assessoria do PCIH se faz através de informação é forte, mas não é unânime.
	3-Exercício da assessoria	<ul style="list-style-type: none"> ❖ É identificado na divulgação das informações.
	4-O que falta na assessoria	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Continuidade nas ações; ❖ Efetividade do PCIH no tamanho das aspirações do dirigente. ❖ Há um temor de surtos.
Compromisso e ações com o PCIH	5-Utilidade das informações	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Para ações emergenciais; ❖ Para planejamento; ❖ Olhar o hospital com detalhes –ver problemas; ❖ Publicações; ❖ Forma de educar os profissionais; ❖ Auxilia administrar a economia.
	8-Apoio ao PCIH	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incentiva a ampliação de conhecimentos; ❖ Aceita sugestões e efetiva-as ❖ Aloca e realoca recursos (\$ e humanos); ❖ Ouve relatos; ❖ Contrata consultoria externa.
Preocupação com a qualidade da assistência	6-Onde ancora a qualidade da assistência	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No trabalho da enfermagem; ❖ Mais nas reclamações dos clientes externos do que nas dos funcionários; ❖ Em indicadores de resultados como; óbitos evitáveis, resolução de problemas; taxas de IH; do planejamento estratégico e na satisfação dos clientes.
	7-Quais pontos nevrálgicos da assistência	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Em alguns processos de circulação e encaminhamentos; ❖ Fraca organização da assistência e da qualidade técnica; ❖ Insulamento das equipes; ❖ Envelhecimento e escassez de recursos humanos; ❖ Escassez de informações e baixo conhecimento sobre assistência.

Mesmo sendo procedente, o temor aos surtos de infecção pode ser resolvido através da prevenção e controle de fontes humanas e ambientais (Brewer & Gasser, 1993), desde que o PCIH implante a vigilância microbiológica, tanto dos pacientes que internam infectados, quanto daqueles sob alto risco de colonização ou infecção hospitalar.

Apesar da farta declaração de utilidade das informações do PCIH, não se verifica o quanto estas participam das decisões e qual a efetividade dessas em resolver problemas, auxiliar argumentos, constituindo este fato mais uma das limitações deste estudo, o que

necessariamente deve ser objeto de outro trabalho. A utilidade do relatório para o dirigente, por um lado, deve disponibilizar informações do hospital e a evolução da solução dos problemas, e, por outro, avaliar o PCIH em relação ao percentual de efetividade de suas ações na solução de problemas.

Quanto ao apoio para o PCIH, os dirigentes declaram que ouvem os gerentes do PCIH, e estes, por sua vez, possivelmente melhor saberiam o que dizer ao dirigente a fim de mudar a situação da assistência de muitos hospitais, se fossem mais bem preparados para a função.

Na sondagem sobre a expectativa e cuidados que o dirigente toma na vigilância da qualidade da assistência, somente um (com especialização) declarou ancorar sua vigilância nos indicadores de resultado, incluindo neles o de IH. Os demais ancoram-na em processo de trabalho não avaliado e nas reclamações, podendo isso sinalizar que há necessidade de melhores esclarecimentos relativos ao que seja qualidade na assistência hospitalar.

Apontam, como pontos problemáticos da assistência, questões predominantemente administrativas e da condição dos recursos, de maneira generalizada, o que pode demonstrar que desconhecem os problemas que realmente afetam a assistência, assim como Malik (1996) já havia observado que alguns dirigentes paulistas participantes de trabalhos seus, supõe que *“há pouco a aprimorar nos serviços sob sua responsabilidade”*.

Sem a tensão da exigência de qualidade, as regras de responsabilidade são frouxas e predominam ritos nas práticas de trabalho da assistência hospitalar, mantendo uma prestação de serviço ineficiente, ineficaz (Matus, 1997) e imóvel, como se acrescenta. Neste sentido, cabe ao gestor local junto à vigilância sanitária por um lado, e aos órgãos de defesa do consumidor, por outro, instalar esta exigência de qualidade nos hospitais que prestam serviços ao Sistema de Saúde brasileiro.

Para Campos (1997), a defesa da vida deveria constituir componente obrigatório do campo de responsabilidades de todo e qualquer profissional de saúde. Neste sentido, o dirigente hospitalar ou de qualquer instância do sistema de saúde tem o direito e o dever de cobrar essa disposição. E defende essa posição embasado na constatação que *“os interesses econômicos e a disputa pelo poder contaminam o cotidiano dos serviços e pesam hoje mais que defesa da vida”*, justificando que neste prisma *“os valores éticos imperativos ocupam papel paradoxal”*.

A sondagem realizada sinaliza alguns caminhos que podem ser trilhados para minimizar os problemas da administração hospitalar, enfatizados por diversos autores

(Novaes e Motta, 1996; Malik, 1996; Grabois e Sandoval, 1993; Barbosa e Lamy, 1993; e outros). Entretanto, julga-se que a chave da solução dos problemas crônicos decorrentes dessa deficiência pode estar nos conhecimentos dos dirigentes e na criação de classe profissional regulada da saúde, como são assim tratados em outros países. No entanto, há que se considerar que um processo educativo para este profissional deve estar integrado na sua atividade, porque hoje não dispõe de tempo para cursos regulares, como pode ser interpretada a impaciência constatada em dois dirigentes entrevistados. Num futuro próximo, possivelmente haja essa possibilidade.

7.4. Do Gerente do PCIH

O gerente do PCIH, como pode ser visto, também tem, na falta dos conhecimentos profundos, o maior problema de sua atuação, visto os resultados de baixa sensibilidade dos examinadores para a atividade medular dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (Brasil, 1998).

Apesar do alto nível de satisfação apresentado pelo pequeno grupo em relação ao relatório, esse dado não pode ser generalizado, mas permite compreender que o relatório de informações está no caminho certo em sua estrutura e forma de apresentação.

As maiores dificuldades apontadas pela avaliação de satisfação dos gerentes foi a dificuldade na leitura do relatório, similarmente ao dirigente, possivelmente pela pouca intimidade com leituras de base científica.

Tanto a melhora dessa compreensão, como a ampliação das capacidades de comunicação e argumentação, devem ser apropriadamente conduzidas através de curso de especialização no âmbito do gerenciamento, o qual deve capacitar pedagogicamente o Gerente do PCIH para liderar a mudança, produzir e gerenciar informações, realizar comunicações cientificamente orientadas no sentido de esclarecer as conexões causais dos resultados (Déry, 1994; Girin, 1996), entender e sugerir os caminhos para a solução dos problemas; dominar as diferentes alternativas e estratégias de solução dos problemas e efetivamente agir, tanto no gerenciamento do Programa, quanto na assessoria ao dirigente.

A estratégia de ampliação da visibilidade hospitalar é importante no trabalho do PCIH e também um desafio para a melhoria assistencial e a competência profissional.

A avaliação tem julgamento de valor e é instrumento à disposição do profissional para orientar sua ação (Rundall, 1992). Neste enfoque, a utilidade da presente avaliação, para o gerente do PCIH, situa-se além das orientações para intervenção no processo assistencial do hospital (Cecílio, 1997). Localiza-se, também, na instrumentação da auto-avaliação gerencial e no julgamento sobre o seu grau de conhecimento sobre o tema. O **formulário b** atua como um roteiro da avaliação de abrangência e profundidade das ações do PCIH que devem ser desenvolvidas tanto na prática assistencial quanto nos seus estudos.

7.5. Do Sistema de Informação *OConsultor*

OConsultor foi validado progressivamente a partir da entrada e processamento dos dados no sistema de informações na medida em que os módulos iam sendo desenvolvidos. A programação na base e ambiente proposto habilitou *OConsultor* a produzir simulações, a processar grande quantidade de dados e compará-los, sob um tratamento estatístico básico.

O sistema é concebido de forma a admitir a criação de novos formulários e novos indicadores, que podem ser construídos, classificados e atribuídos pesos diferenciados, podendo assim ampliar o Sistema com novos enfoques. Esta é uma das inovações que o programa traz como contribuição. Mas a principal inovação é da visão ampliada dos problemas do hospital, como concordam dirigentes e gerentes do PCIH, satisfazendo assim, além das necessidades de informações desta área, uma orientação para a solução de problemas e um guia para o gerenciamento do PCIH.

Como o Sistema de Informações, *OConsultor* pretende ser disponibilizado para uso pela internet, facilitando interatividade e atualizações, podendo ser também o veículo de instrução, tanto para o dirigente, quanto para o gerente do PCIH, por ser um dos recursos educativos em rede e à distância mais adequado para este tipo de propósito. Paulsen (1995) denomina esta estratégia educacional de “*comunicação mediada por computador*”.

E uma vez constituído o veículo, resta inserir o módulo referente aos temas desejados. Entretanto, o gerente deverá se especializar nesta atividade.

A metodologia avaliativa do Sistema *OConsultor*, que propõe a avaliar hospitais sob uma mesma base, tem nesta proposta o controle de um tipo de erro sistemático que é o da coleta de dados, implicando nisso, o uso de critérios e decisão de respostas, de inclusão/exclusão e outros. Esta preocupação pode estar atendendo às inquietações bem embasadas de Malik (1996), que considera sem validade as comparações entre as taxas de

infecção hospitalar que calculam indicadores com diferentes e desconhecidos meios de obtenção dos dados, como ocorre no sistema de acreditação de hospitais da sociedade médica de São Paulo, e também, nos dados notificados ao sistema nacional americano de vigilância das infecções hospitalares (NNISS) (Emori et al, 1991). Tal comparabilidade só se torna possível se instrumentos, métodos e formas de coleta e análise são constantes e conhecidos, o que minimiza a introdução de erros ou vícios capazes de invalidar as informações pretendidas e conseqüentemente a sua credibilidade.

A contribuição do Sistema *OConsultor* para a comparabilidade dos hospitais através da avaliação do PCIH (Worthen et al., 1997) parece clara, mas ainda não pode ser dimensionada, visto que ora começa a ser implantada nos primeiros hospitais que atuarão como pilotos à proposta de trabalho interativo e, em rede. No entanto, é possível pressupor o que uma avaliação progressiva e comparada do desempenho hospitalar (Azevedo, 1992) pode causar na qualidade dos serviços da área de saúde, na sua gestão, nos conhecimentos dos seus usuários, e nas outras instâncias que compõem o setor.

CONCLUSÃO

Ao concluir o presente trabalho e considerando a proposta inicial, acredita-se ter cumprido os objetivos utilizando os métodos descritos. Restam tecer-se alguns comentários que concluem a discussão, os propósitos, e apontam para as perspectivas futuras.

É importante salientar as limitações deste esforço no campo científico, uma vez que o sistema só poderá ser colocado em prática após um melhor preparo de examinadores e recondução de novos estudos de validade de critérios. Esta recondução tem o propósito de diminuir a presença dos erros percebidos no estudo, capazes de invalidar as informações resultantes dos dados processados. Da mesma forma, novos estudos de confiabilidade, após nova etapa de capacitação de examinadores, devem melhorar a homogeneidade entre eles.

Outra limitação, decorrente do estudo exploratório, encontra-se na ausência de análise de contexto que deverá ser simultânea à entrevista do dirigente e ao estudo de desempenho, capaz de produzir uma avaliação do Programa de Saúde, nos moldes da pesquisa avaliativa do GRIS³¹ - Canadá. Esta necessidade de análise de contexto dos hospitais é importante, no sentido de criar unidades de análise que melhor observem as intervenções e os efeitos dessas. Nesta análise devem estar incluídos os estudos sobre clima e cultura organizacional, estilo gerencial e perspectiva organizacional, e itens da pesquisa avaliativa.

Adicionalmente, diferentes contribuições, além da produção do sistema de informações, podem ser percebidas nesta conclusão que se destacam:

No campo do controle das infecções hospitalares

O campo do controle de infecção hospitalar ganha, a partir da implementação deste sistema de informação, nova visibilidade no sistema de saúde, porque os indicadores se referem diretamente, e em primeiro plano, à situação das infecções hospitalares e às medidas de controle e conhecimento, presentes na assistência hospitalar, que resulta naquilo que também pode ser observado através dos indicadores de resultados processados.

³¹ GRIS- É um grupo de pesquisa em saúde que desenvolve e estuda metodologias de pesquisas avaliativas na Universidade de Montreal- Canadá ver referência Hartz (1997) no capítulo III.

Além das possibilidades de crescimento desta área no nível científico e técnico-gerencial, poderá se constituir numa iniciativa de domínio semi-restrito, à disposição dos hospitais, em concorrência àquelas de cunho mercadológico distribuídos, por todo o território nacional.

Outra possibilidade, que pode ser vislumbrada a partir do recurso constituído é o cumprimento da notificação dos indicadores de controle do fenômeno infecção hospitalar, previsto na legislação, se o setor assim acreditar útil.

No campo profissional de gerenciamento do PCIH

Como descortinada já pelos trabalhos anteriores do Ministério da Saúde (Prade et al. 1995 a, b) e Scheidt (1997) há necessidade imperiosa de preparo e formação gerencial do responsável executivo do PCIH, que, por sua função, deverá, cada vez mais, além de compreender e atuar no gerenciamento do PCIH com juízo crítico, produzir maior eficácia nas ações deste programa. Neste sentido, Sistema *OConsultor* poderá estar auxiliando, inicialmente, ao roteirizar os estudos e apontar para a preparação e domínio de conhecimentos necessários para a melhora da capacidade no trabalho gerencial.

O progresso pode estar sendo trilhado através de uma gerência baseada em evidências, na qual as intervenções experimentais e cientificamente controladas lideram a implantação das mudanças no cotidiano assistencial; avaliam-se os efeitos e divulgam-se o método e os resultados, para implementar os conhecimentos da área e aceitar ou rejeitar a intervenção na rotina do hospital.

Qualquer recurso de informação para a gerência ou outras atividades de assessoria é limitado por si só, porque ele é apenas um instrumento para diagnóstico ou vigilância da situação e do contexto, não tendo capacidade, entretanto de tratar os problemas de ordem assistencial e cognitiva sem a intervenção proposital e necessária nesse sentido. Naturalmente que a adoção deste instrumento não resolve problemas da qualidade assistencial, nem de desperdícios ou ineficiências, só localiza e orienta onde estão ocorrendo e qual o seu tamanho.

O PCIH não pode ser efetivado por normas e prescrições desenvolvidas em locais externos a cada realidade contextual e situacional, porque dada a vasta gama de atividades referentes à prevenção e ao controle das infecções cobertas por este Programa, está na hora

de incluir estratégias criativamente desenvolvidas e estudadas, para que esta prática tenha os efeitos desejados e melhore efetivamente a assistência.

A presente proposta nasce para permitir que a observação dos diferentes modos de agir e conduzir o PCIH possa analisar e comparar, além da densidade de incidências do estudo americano desta área, também os conteúdos temáticos de domínio do gerente do PCIH no exercício de suas ações, assim como o conteúdo das práticas e do conhecimento que produz melhoras apropriadas na qualidade da assistência.

Muitos autores têm esta mesma certeza e não se pode deixar de mencioná-los, como Junqueira e Inojosa (1992), que esclarecem que não basta transpor mecanicamente concepções e instrumentos de um tipo de serviço para outro, referindo-se às soluções do setor privado para o público, ou tão pouco importar protocolos e rotinas de outros países para o nosso. Costa (2000) constata que “*as teorias de mercado aplicadas ao setor público, podem produzir resultados incertos e desastrosos...*”, pois podem, além do fracasso, gerar novos gastos para corrigir as falhas introduzidas por estes modelos. Nesse sentido, Grabois (1993) complementa que “*um aproveitamento dos recursos não se dá ao acaso... é fruto de uma atividade consciente, que integre os meios através do planejamento, coordenação, direção e controle...*” e potencialize inicialmente o que já está disponível e ao alcance.

No entanto, é absolutamente indispensável que os gerentes tornem-se aptos a utilizar métodos e meios gerenciais, possibilitando nova forma de olhar e ver a assistência hospitalar, assim como do que se pretende nela transformar. Sem dúvida, um processo educativo necessita ser desencadeado, para principalmente acalmar a ansiedade de resultados imediatos, e incorporar naturalmente os novos conceitos e estratégias no processo e práticas assistenciais. Mas, também, ampliar o conteúdo do discurso e da comunicação do gerente do PCIH na abordagem dessas mudanças lentas e graduais.

A aplicação do Sistema *OConsultor*, como instrumental para auxiliar a construção profissional, deve ter seu início a partir de cursos de especialização de gerentes de PCIH, para só então ampliar progressivamente o uso da ferramenta constituída.

A eficiência de um PCIH está em entender diferenças e tendências antecipando-se, através da prevenção e controle sobre os pontos cruciais da assistência, para que os problemas não se instalem ou sejam controlados em níveis aceitáveis.

A eficácia está em minimizar a magnitude dos problemas das infecções hospitalares associadas com os procedimentos realizados no curso da assistência ou à permanência

hospitalar, mantendo-os em níveis mínimos. O controle é percebido através das alterações dos dados e informações que assinalam redução das taxas da iatrogenia.

No campo da gestão hospitalar

As contribuições deste trabalho no campo da gestão hospitalar têm diferentes possibilidades. Um dirigente que tem à disposição uma ferramenta de observação da melhoria da qualidade da assistência do hospital, e também do desempenho do PCIH na solução dos problemas vigentes, terá uma visão ampliada da assistência que dirige. E, juntamente com os demais indicadores do hospital, poderá instalar uma “sala de situação” e “evolução” do próprio hospital. Esta idéia poderá ser aceita por alguns dirigentes, mas não se crê numa adesão maciça.

A veiculação sistemática de informações adicionadas de explicações teóricas poderá estar contribuindo para a ampliação dos conhecimentos do dirigente em compreender os problemas vigentes e potenciais do hospital, assim como os mecanismos de solução ou antecipação, através de deliberações, ou intervenções necessárias e procedentes.

Por outro lado, a avaliação proposta também atua como a avaliação de eficiência e eficácia do PCIH, e conseqüentemente do seu gerenciamento.

No campo da assistência hospitalar

As informações processadas com o Sistema *OConsultor* indicam o quanto as práticas assistenciais estão distantes daquelas que se podem considerar proficientes e de qualidade. Prevenindo e controlando assim as infecções hospitalares e ocupacionais e mantendo os serviços sob vigilância para as iatrogenias ou eventos adversos, reações diversas e outros.

A participação profissional coletiva é uma das melhores composições para promover a qualidade assistencial, mas também a elaboração coletiva de rotinas e a participação ao processo contínuo de educação constituem as grandes estratégias para a mudança incremental da assistência hospitalar. Neste sentido, a informação multidimensionada que o Sistema *OConsultor* processa pode ser útil, nos diferentes níveis do sistema de saúde, para acompanhar a melhoria contínua dos hospitais, ou, pelo contrário, definir seu imobilismo.

No campo do usuário do sistema e da população

No âmbito do cliente-usuário do Sistema de Saúde, estaria orientando-o nas escolhas, a partir da disponibilização das informações, numa “sala de situação”, porque os resultados processados permitem transparecer a qualidade assistencial e sinalizar qual a direção dos esforços em melhorá-la, que seriam observados a partir da comparação temporal dos indicadores. Naturalmente, este propósito deverá encontrar diferentes opiniões no curso de sua efetivação no nível local, ou mesmo através dos órgãos de defesa do consumidor.

No campo do Sistema de Saúde

O sistema de informações gerado com esses indicadores é capaz de avaliar a ponta do Sistema de Saúde de nível secundário – o hospital, principalmente naqueles processos e resultados de maior risco e custo para o paciente e o sistema. Na perspectiva constituída a partir dessa base, os dados poderão ir sendo agregados e analisados em níveis progressivos dirigidos ao centro do Sistema de Saúde, mantendo recortes multivariados. Identifica-se pela capacidade de agregação desse tipo de dados de acordo com o nível decisório, uma inovação dentre os Sistemas de Informação do SUS, de Vigilância Epidemiológica, ou Sanitária. O gestor poderá analisar a evolução dos problemas e sua solução, não só da rede própria e contratada, mas também da rede privada circunscrita ao município, estado, etc.

Este instrumental poderia estar criando um *ranking* dos hospitais avaliados, agrupando-os por características, que permitissem comparações, estudos, desencadeando mecanismos transversais de melhoria contínua, além de uma base para prestação de contas da qualidade assistencial. As vantagens disso estão no referencial único constituído pelo Sistema *OConsultor*, que soluciona o problema da inconsistência dos critérios avaliação da qualidade da assistência, verificados em inúmeros sistemas de avaliação hospitalar e na possibilidade de ampliação da percepção e conhecimentos sobre a assistência, mais aproximada ao acontecimento real.

Acreditando na possibilidade de multiavaliar o hospital, com apenas um processo avaliativo na amplitude dimensional proposta, pode-se antever que este caminho deverá

levar a uma “sala de situação histórico-evolutiva” exclusiva para hospitais, se esta proposição for assumida pelo Sistema local de saúde.

Os diferentes tipos de indicadores utilizados capacitam, por seus resultados, a participar de critérios de credenciamentos de diferentes modalidades, os quais requerem proficiência e qualidade assistencial. Desta forma poderão se servir os diferentes credenciamentos, acreditação, licenciamentos e, inclusive, a credencial de “Hospital Amigo da Criança” da UNICEF, que desconhece serem os microrganismos hospitalares os maiores inimigos da criança, no hospital brasileiro, pois inexistente o critério sobre a atuação do PCIH nas suas avaliações de credenciamento..

Dentre as múltiplas possibilidades do Sistema *OConsultor* deverá ainda ser estudada a produção de interfaces com alguns sistemas de informação do SUS, referentes à área hospitalar com o propósito científico, mas também técnico.

No campo da ciência

O tema proposto por esta tese situa-se numa fronteira multitemática e multidisciplinar da área de serviços assistenciais e como uma nova linha de pesquisa se insere mais apropriadamente na área de gestão hospitalar e seu conteúdo deve estudar a evolução das práticas que qualificam o nível secundário de atenção à saúde, podendo aplicar diferentes modelos para seu desenvolvimento, assim como a administração por evidências; a construção da aprendizagem organizacional; a gestão da melhoria contínua e outros. Os resultados poderão revelar o conteúdo da criatividade brasileira a serviço da ciência e da técnica pela adequação de soluções eficazes para os problemas encontrados, mas, principalmente, ultrapassando os obstáculos da má administração dos recursos.

Com base na premissa de que os princípios da prevenção e controle devam ser praticados em todos os hospitais do planeta, assim como os profissionais que prestam serviços ao usuário do sistema, serem proficientes para estas práticas, os resultados da assistência serão uma consequência natural do estado dessa realidade vigente. Isso pode demonstrar que a comparabilidade das instituições precisa se deslocar dos resultados (efeitos), para o processo, que é o ponto de origem dos problemas (causas).

Este tipo de análise do hospital é inédito e tem como força de sua base à comparabilidade entre instituições, sem necessidade de ajustes para condições de risco específicas, como hoje acentuam os epidemiologistas de plantão.

No campo da inovação tecnológica

A originalidade da concepção deste Sistema de Informação está calcada na flexibilidade e expansão de seu uso, na possibilidade de gerar informações referentes à ponta do nível secundário de assistência do Sistema de Saúde, numa perspectiva histórico-evolutiva das ações referentes ao PCIH. Mas também de incluir novos formulários e indicadores ao banco de dados, comportando grandes quantidades de dados e seu processamento. No entanto, como o Sistema admite novos formulários e novos indicadores, desde que processados sob a mesma base de cálculos, seu uso não deve se restringir ao PCIH.

Tanto no gerenciamento do PCIH, quanto na assessoria ao dirigente, o Sistema *OConsultor* poderá ser utilizado para instalar o processo molecular de mudança que começa com um piloto e vai articulando redes, até atingir o sistema.

Em resposta à pergunta que orientou este trabalho, os dirigentes e os gerentes entrevistados demonstraram-se muito satisfeitos quanto à utilidade do relatório de informações de escopo sistêmico, que mostra o hospital através de quatro diferentes dimensões. Essa satisfação poderá sinalizar que o caminho para melhorar o diálogo entre o gerente do PCIH e o dirigente esteja neste tipo de instrumentação, enfatizando uma assessoria informada e baseada em evidências.

É imperiosa, todavia, a necessidade de ampliar os conhecimentos desses profissionais.

No campo dos sistemas de informação em saúde

Neste campo, espera-se que a consistência desta forma de gerar informações, e igualmente o corpo de conhecimentos constituído, sejam capaz de contribuir de forma complementar para os atuais Sistemas de Informações do SUS, mas, sobretudo, na melhoria da assistência hospitalar mais diretamente.

Como o modelo de estrutura informacional já é utilizado com sucesso por um segmento de compras do Setor Público de Saúde- (Programa Gestor- Ministério da Saúde-RJ), pode-se deduzir que, na disponibilização deste sistema, os benefícios sejam similares.

O Sistema *OConsultor* é flexível, porque admite novos formulários de avaliação de diferentes tipos e modalidades, aceitando novos indicadores e ponderações correspondentes, desde que os indicadores tenham a mesma base de cálculos incluídas na inteligência do Sistema *OConsultor*, como já antes referido.

A disponibilização deste Sistema pela Internet poderá permitir, além de fácil acesso, uma ampla difusão de informações, em tempo real, através da interatividade com o grupo gerenciador do Sistema, para informações, pesquisas e ensino.

Perspectivas

Na perspectiva de evolução deste projeto deverão ser reconduzidos novos estudos de validade e confiabilidade, compreendendo desde o processo de seleção dos examinadores; seu aproveitamento em curso ampliado de homogeneização, para garantir tanto a validade interna do sistema de informações, quanto a validade externa enquanto instrumento de medida da qualidade assistencial hospitalar.

Naturalmente, há necessidade de ampla análise do Sistema *OConsultor* como instrumento de apoio, verificando, prospectivamente, os efeitos pretendidos pela informação do PCIH na melhoria da assistência, através da mobilização de decisões e ações no hospital. Os efeitos do relatório de informação e outras medidas nas decisões do dirigente (eficiência), nas modificações da qualidade assistencial (eficácia) e na cultura da organização hospitalar (impacto), deverão dar prosseguimento aos estudos.

Como um projeto em desenvolvimento está previsto que nas próximas versões do Sistema *OConsultor* se adicionem módulos para ampliar o escopo de abrangência do veículo informativo. Um módulo instrucional deverá ser projetado para dar explicações teóricas sobre as informações fornecidas.

Como o sistema se utiliza da informática como plataforma de trabalho, e como a distribuição do *software* em disco acresce custos, condiciona atualizações e oferece oportunidade para fraudes, adulterações e mau uso, próprio e provenientes de seres humanos inescrupulosos que vivem entre nós, justifica-se que seja disponibilizado pela Internet, para uso irrestrito no campo da saúde, em *site* exclusivo e próprio. Além das vantagens expostas, também se assegura o uso ético e a privacidade das informações para o fim a que se destina.

Para tanto, o nível de acesso ao sistema deverá ser individualizado, de acordo com as permissões registradas em cadastro por tipo de usuário, da mesma forma que se tem acesso à uma conta bancária, com níveis de segurança, por senha e códigos particularizados.

Ao perseguir o objetivo de dar reconhecimento ao PCIH, mas também encontrar os meios para tangibilizar o problema, produziu-se esta ferramenta que superou as expectativas de análise de dados, na comparabilidade de indicadores, de instituições e de outros.

Possivelmente o PCIH ganhe novo incentivo para expansão e competência a partir desta era de bioterrorismo, como ganhou com o advento da AIDS, quando as informações e o conhecimento deverão estar antecipando à materialização dos fatos, e, desta maneira, ao primeiro sinal de microrganismos ou sinais e sintomas diferentes já possam ser identificados e controlados.

A partir de agora, a abrangência do PCIH ultrapassa os muros do hospital, para buscar a fonte dos microrganismos na comunidade, que necessariamente não foi adquirida, mas inoculada criminosamente. Para se ter a clara noção dos acontecimentos, o monitoramento microbiológico e a análise da distribuição epidemiológica desses, é imperiosa a informação.

Portanto, o seguimento deste trabalho é um processo natural de construção progressiva, tanto da ferramenta gerencial, quanto do conhecimento e da assistência hospitalar prestada.

A aprendizagem organizacional é um processo coletivo, que decorre das reflexões sobre as teorias em uso no mundo do trabalho. Isso acontece quando os indivíduos descobrem uma lacuna entre suas experiências e aquilo que está estabelecido nas teorias em uso. Quando tais lacunas entre teoria e a prática são descobertas, torna-se possível corrigir erros; procuram-se as fontes dos erros cometidos e inicia-se o desenvolvimento de novas teorias e sua compreensão.

Isso pode conduzir a novas estratégias de ação baseadas em novos pressupostos para provar a teoria na prática. Com isso está-se incrementando a pedagogia da mudança de Cremadez (1992), tendo em vista uma nova forma de ver e interferir no comportamento coletivo organizacional. E como a mudança acontece definitivamente pela vontade e atuação das pessoas, ao motivá-las é possível que tomem as iniciativas adequadas e ajam.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, E. A. & FERNANDEZ, M. F., 1995. Análise das mudanças organizacionais: utilidades para políticas sociais. **Revista da Administração Pública**, 29 (2): 80-109.
- AFFONSO NETTO, A., 1997. Curso de Especialização em gestão da qualidade em serviços. Disciplina Qualidade em Serviços. Mimeo, Brasília: FGV.
- ALMEIDA, C. M., 1995. As Reformas Sanitárias dos Anos 80. Crise ou transição? **Tese de Doutorado**, Rio de Janeiro: Fiocruz, vol I.
- ALMEIDA, R. M. V. R. & INFATOSI, A. F. C., 1998. A avaliação de tecnologia em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimento. In: **Epidemiologia, Serviços e Tecnologias em Saúde**. (Barreto, M. L. et al., org). Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, Série Epidemiológica 3.
- ANDRADE, A. L. S. S. & ZICKER, F., 1997. **Métodos de Investigação Epidemiológica em Doenças Transmissíveis**: volume I. Brasília, OPAS-FNS.
- ANSOFF, H. I., 1990. **Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas.
- (APIC) ASSOCIATION OF THE PROFESSIONALS OF THE INFECTION CONTROL, 1996. **Infection Control and Applied Epidemiology Principles and Practices**. Boston: Mosby & Co.
- AUDITOR GENERAL, 1996. **Performance Indicators**, Of Western Australian Public Hospitals, Report nº 4. In: www.iinet.net.au/~oagwa/
- AXELSSON, R., 1998: Towards evidence based health care management. **International Journal of Health Planning and Management**, 13:307-317.
- AZEVEDO, A. C., 1992. Futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. **Revista Paulista de Hospitais**, 40(5):53-59.
- AZEVEDO, C. S., 1995. Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos no município do Rio de Janeiro. **Revista da Administração Pública**, 29(3): 33-58.
- BARBOSA, P. & LAMY, Y., 1993. A função do diretor hospitalar. Cap III 4ª parte. In: CASTELAR, R. M. et al.: **Gestão Hospitalar- Um desafio para o hospital brasileiro**. Brasil-França: Editeur.
- BARBOSA, P. & LIMA, S., 1996. Gestão em saúde: Bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. **Revista Espaço para a Saúde**.
- BARBOSA, P. R., 1996. Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, 47(120): 67-96.
- BARROSO, A. C. & GOMES, E. B. P., 1999: Tentando entender a gestão do conhecimento. **Revista da Administração Pública**. Rio de Janeiro, 33 (2): 147-70.
- BERWICK, D. N. et al., 1994. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books.
- BEUREN, I. M., 1998. **Gerenciamento da informação – Um recurso estratégico no processo de gestão empresarial**. São Paulo: Atlas.
- BRASIL, 1983. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. **Diário Oficial da União**[República Federativa do Brasil], Brasília; DF, v.71, Seção I, n 122,p 113/9,
- BRASIL, 1988. Constituição Federal. Brasília. Senado Federal.

- BRASIL, 1990. Lei Orgânica da Saúde, Brasília. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
- BRASIL, 1992. Portaria nº 930 de 27/8/92, Expedite instruções para o controle de infecção hospitalar. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília; DF, p.12279-12281.
- BRASIL, 1994. **Projeto dos Estudos Brasileiros sobre a magnitude das infecções hospitalares e seu controle**. Cocin- Ministério da Saúde, Brasília;DF.
- BRASIL, 1996a. **Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública**. Brasília: MARE.
- BRASIL, 1996b. **Manual de Normas de Auditoria**. Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria. Brasília.
- BRASIL, 1997. Lei 9431, de 6/1/97. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. **Diário Oficial da União**, Seção 1; Brasília;DF, p.265.
- BRASIL, 1998. Portaria 2616 de 13-5-1998. Expedite na forma de anexos as diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**. de 13.05.1998, seção 1; Brasília; DF, p. 133.
- BRASIL, 1999. Portaria 212. De 11 de maio de 1999. Altera a AIH e inclui o campo IH. *Diário Oficial da União*: Seção 1. Brasília; DF
- BRASIL, 2000. Resolução RCD 48 de 2 de junho de 2000. Estabelece roteiro de inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar para inspeção dos hospitais brasileiros. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília; DF , p. 27.
- BRASIL, 2002. Resultados da avaliação de satisfação dos usuários do SUS. www.saude.gov.br.
- BREWER, J. H. & GASSER, C. S., 1993. The Affinity between Continuous Quality Improvement and Epidemic Surveillance. **Infection Control Hospital Epidemiology**, 14: 95-98.
- BROSKOWSKI, A., 1979. Management Informations Systems for Planning and Evaluation in Human Services. In: **Program Evaluation in the health fields**. (SCHULBERG, H. C. & BAKER, F. :) Vol II. New York: Human Sciences Press.
- BUENO, W. S., 1997. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: **Agir em Saúde –Um desafio para o público**. (MERHY, E.E. & ONOCKO, R.,org.), São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial. Série saúde em debate.
- CAMPOS, G. W. S., 1997.: Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerencial trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde –Um desafio para o público**. (MERHY, E.E. & ONOCKO, R. org), São Paulo: Hucitec/ Lugar Editorial, Série saúde em debate.
- CARDO, D. M.; FALK, P. S.; MAYHALL, C. G., 1993. Validation of Surgical surveillance. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, 14: 211-215.
- CARMINES, E. G. e ZELLER, R. A., 1979. **Reliability and Validity Assessment**. Beverly Hills: Sage.
- CECÍLIO, L. C. O., 1997. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: **Agir em Saúde –Um desafio para o público**. (MERHY, E.E. & ONOCKO, R) São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, Série saúde em debate.
- (CDC) CENTER FOR DISEASE CONTROLS, 1988. Diretrizes para a avaliação de sistemas de vigilância. **MMWR suplemento**. vol 37(S-5)

- CHERUBIN, N. A., 1993. Revitalização do hospital- Uma tarefa pluriprofissional. Enfoque Administrativo. **Hospital**, 17 (6):303-310.
- CHIAVENATO, I., 1993. **Teoria Geral da Administração**. vol 2, São Paulo: Makron, 4ª ed.
- CHOFARRAS, D.N., 1988. **Sistemas Especialistas- Aplicações Comerciais-** Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- CONTANDRIOPOULOS, A P., CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L. et al, 1997a. **Saber preparar uma pesquisa**. Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 3ª ed..
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al., 1997b. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde –Dos modelos conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas.**(HARTZ, Z. (org). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CONTI, M. T. & JACOBSON, J. T., 1996. Quality concepts. In: **APIC- Infection Control and Applied Epidemiology Principles and Practices**. Mosby & Co. chapter 125.
- COSTA, N. R., 2000. Reforma do Estado e o Setor Saúde: a experiência brasileira da última década. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- CREMADEZ, M., 1992. **Le management Stratégique hospitalier**. Paris: InterEditions, cap 10.
- DACHNER, F. 1989. Cost-Effectiveness in hospital infection control-lessons for the 1900s. **Jour Hosp Infection**, 13:325-336.
- DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. 1997. Análise de Implantação. In: **Avaliação em Saúde –Dos modelos conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas**. (HARTZ, Z., org) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- DÉRY, R., 1994. Da informação à argumentação. In: **O indivíduo na Organização- Dimensões Esquecidas**. (Chanlat, J-C., coord): São Paulo: Atlas. vol.III, Torres, O. L. S. (tradução).
- DONABEDIAN, A., 1966. Evaluación de la Calidad de la atención medica. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 44: 166-203.
- _____, 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. In: **Quality assurance of Health Care in Developing Countries**. (BROWN, L.D. et al), Monograph. The Quality Assurance Project, Center for Human Services, Bethesda.
- _____, 1988. The Quality of Care? How cannot be assessed? **Journal of American Medicine Association**, 260(12):1743-48.
- _____, 1993a. Estrutura/Processo/Resultado-Avaliando o Processo (parte 2). **Informativo CQH**, 8:3.
- _____, 1993b. Seminar on quality assessment and assurance São Paulo: **PROAHS.AEESP/FGV**.
- DRUCKER, P., 1988. **Surgimento da Nova organização**. Capitulo 1, mimeo, s/local.
- DUSSAULT, G., 1992. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e exigências. **Revista de Administração Pública**, 26(2): 8-19.
- ECO, H, 1977. Como se Faz uma Tese. São Paulo: Perspectiva. 15ª ed.
- EMORI, G. et al., 1991. National Nosocomial Infection Surveillance System. **Journal of Infection Control**. 19:19-35.

- EVERETT, W. D., 1993. An epidemiological approach to quality assurance in the hospital health care. **Management Review**, 18(1):91-96.
- FOUCAULT, M., 1994. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 4ª ed.
- FRAGA, V. F., 1997. Relatórios como possibilidade estratégica de gestão. **Revista da Administração Pública**, 31(2): 33-41.
- FREITAS, H.M.R. & KLADIS, C.M., 1995. Da informação à política informacional das organizações: um quadro conceitual. **Revista da Administração Pública**, 29 (3): 73-86.
- GALVÃO, C. E. & MENDONÇA, M., 1997. **Fazendo acontecer na qualidade total: análise e melhoria dos processos**. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- GILMORE, C.M. & NOVAES, H. M., 1996. **Manual de Gerencia de la Calidad**. Série HSP-UNI/ Manuales Operativos Paltex, OPS/Fundación W K Kellogg. 3;9.
- GIRIN, J., 1996. A Linguagem nas organizações: signos e símbolos. In: **O indivíduo na Organização-Dimensões Esquecidas**. (CHANLAT, J-C., coord) São Paulo: Atlas. vol.III, Torres, O. L. S. (tradução).
- GOMEZ, A. C.; RUIZ, J. A. M.; MARTI, R. G., 1986. **La Calidad de La Asistencia hospitalaria**. Madrid: Doyma.
- GONTIJO FILHO, O. M., 1991. Avaliação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar de Belo Horizonte para incremento da resolutividade. Tese de Doutorado em Medicina Tropical. Belo Horizonte: UFMG, 1991.
- GORDIS, L., 1973. Effectiveness of Comprehensive-Care Programs in Preventing rheumatic Fever. **New England Journal of Medicine**, 289: 331-335.
- GRABOIS, V., 1993. A implantação das técnicas de organização e de gestão. In: **Gestão Hospitalar - Um desafio para o hospital brasileiro**.(CASTELAR, R.M. et al. org), Brasil-França: Editeur.
- GRABOIS, V; SANDOVAL, P., 1993. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: **Gestão Hospitalar- Um desafio para o hospital brasileiro**.(CASTELAR, R.M. et al. org), Brasil-França: Editeur.
- HALEY, R., 1986. **Managing hospital infection control for cost effectiveness**. American Hospital Association/American Hospital Publishing.
- _____, 1991. Measuring the costs of nosocomial infections: Methods for estimating economic burden on the hospital. **American Journal Medicine**, 91(suppl 3B):32s-38s.
- _____, 1992. Cost-Benefit Analysis of Infection Control Programs. In: **Hospital Infections**, (BENNETT, J & BRACHMANN, I.) Baltimore: Wilkins e Williams, 3ª ed, p507-530.
- HALEY, R. et al., 1985. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. **American Journal Epidemiology**, 121:182-205.
- HARROW, J.; WILLCOCKS, L., 1990. Public services management: activities, initiatives and limits to learning. **Journal of Management Studies**, 27:281-304.
- HARTZ, Z.(org) , 1997. **Avaliação em Saúde –Dos modelos conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- HAXHE, J. J., 1997. Vers un systeme de gestion de la qualité. Univers Catholique de Belgiun, haxhe@hosp.ucl.ac.be.

- HOLANDA, A. B., 1990. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Nova fronteira.
- (IFF) INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA, 1990. Relatório trienal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Rio de Janeiro: Fiocruz. Mimeo.
- ISHIKAWA, K., 1997. **Controle de Qualidade Total; à maneira japonesa.** Tradução Iliana Torres. Rio de Janeiro: Campus.
- JENDRESKY, M. T. et al., 1997. Cost reduction in infection control. www.nicd.org/
- JUNQUEIRA, L. P. & INOJOSA, R., 1992. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: em busca de uma lógica de eficácia. **Revista de Administração Pública**, FGV, 26(2).
- JUNQUEIRA, L. P., 1992. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**, vol 1, Brasília: Ministério da Saúde, 85-89.
- KÖRBES, G. A., 1982. Programa de IH: aumento de produtividade. **O mundo da Saúde**, 6: 174-7.
- KOTLER, P. & DUBOIS, B., 1976. **Marketing Management.** 3ª ed. Paris: Publiunion, 1976.
- KUME, H., 1989. **Statistical Methods for Quality Improvement.** Japan: AOTS.
- LACERDA, R.; JOUCLAS, V.M.G.; EGRY, E.Y., 1996. **A Face Iatrogênica do Hospital.** São Paulo: Atheneu.
- LAPIERRE, L., 1993. Interioridade, Gestão e Organização da Realidade Psíquica como fundamento da gestão. In: **O indivíduo na Organização-Dimensões Esquecidas.** (Chanlat, J.-C., coord; Torres, O. L. S., tradução) São Paulo: Atlas. vol.II.
- LARSON, E. et al., 1986: Nosocomial infections rates as an indicator of quality. **Med Care**, 26:676-684.
- LEAVELL, H. & CLARK, E.G., 1976. **Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- LEITÃO, S.P., 1995. Repensando a questão da decisão organizacional e seu paradigma. **Revista de Administração Pública**, FGV, 29(2): 110-125.
- _____, 1997. Para uma nova teoria da decisão organizacional. **Revista da Administração Pública**, 31(2): 91-107.
- LENETTE, E. H., 1987. **Manual de Microbiologia Clínica.** Buenos Aires: Panamericana, 4ª ed..
- LEVINE, M. & ROSENBERG, N. S., 1979. An Adversary Model of Fact Finding and Decision Making for Program Evaluation: Theoretical Considerations. In: **Program Evaluation in the Health Fields.** (Schulberg, H.C. & Baker, F.), Vol II. New York: Human Service Press.
- LIMA-GONÇALVES, E. & ACHÉ, C. A., 1999. O Hospital- empresa: do planejamento à conquista de mercado. **Revista da Administração de Empresas**, 39(1): 84-97.
- LINDBLON, C. E., 1981. **O processo de decisão política.** Tradução Sérgio Bath. Brasília: Pensamento Político Brasileiro/Editora Universidade Brasília.
- LODI, J. B., 1971. **História da Administração.** São Paulo: Pioneira.
- MALIK, A. M., 1992. Desenvolvimento de recursos humanos, Gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista da Administração de Empresas**, 32 (4): 32-41.

- _____, 1996. Qualidade em Serviços de Saúde nos setores públicos e privado. São Paulo: **Cadernos Fundap**, 19-24.
- MALIK, A.M. & VECINA NETO, G., 1990: Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de Saúde. In: **Seminários Novas Concepções em Administração e Desafios para o SUS: em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial**. Rio de Janeiro/São Paulo: Ensp-Fiocruz e Fundap.
- MARTONE, W., 1991. Year 2000 objectives for preventing nosocomial infections: how do we get there? **American Journal Medicine**, 91(suppl 3B): 39s-43s.
- MATUS, C., 1997. **Adeus Sr Presidente governantes governados**. Tradução Luis Felipe Rodriguez del Riego. São Paulo: Fundap, 1997.
- MERHY, E.E. et al., 1997. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias de saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Agir em Saúde –Um desafio para o público**. (MERHY, E.E. & ONOCKO, R.) São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, Série saúde em debate.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. **Manual de CIH**. Brasília, volume 1. Não publicado.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. **Saúde Brasil**. Brasília; ano I: nº 2.
- MINTZBERG, H., 1973. **The Nature of managerial work**. New York: Harper & Row,
- _____, 1994. A Queda e a Ascensão do Planejamento Estratégico, **Exame**. 14 set, 70-72.
- _____, 1995. **Criando Organizações Eficazes**. Rio de Janeiro: Atlas.
- MORAES, I. H. S. & SANTOS, S. R. F. R., 2001. Relatório Final da oficina de trabalho: Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- MORAES, I. H. S., EDUARDO, M. B. P. & SOBOLL, M. L. M. S, 1992. Informação em saúde e gestão democrática. **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**. Vol 2. Brasília: Ministério da Saúde, 35-42.
- MORGAN, G., 1996. **Imagens da Organização**. Trad. Cecília Whitaker Bergamini, Roberto Coda. São Paulo: Atlas.
- MORIN, E., 1998. **Ciência com Consciência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- MOTTA, P. R., 1993. **Gestão Contemporânea-a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record.
- NAVARRO, J. C., 1992. Evaluacion de programas de salud y toma de decisions. . **Serie Material de Apoyo para la capacitación en gerencia de programas de salud materno infantil y planificación familiar** Washington, DC: OPAS/OMS.
- (NBR) NBR-ISO-9004-4, 1993. **Gestão da Qualidade e Elementos do Sistema da Qualidade**. Parte 4: diretrizes para a Melhoria da Qualidade. Rio de Janeiro: ABNT.
- NICZ, L. F. & KARMAN, J. M., 1993. A gestão da informação e da qualidade. In: O hospital no Brasil. In: **Gestão Hospitalar-Um desafio para o hospital brasileiro**.(CASTELAR,R.M. et al), Brasil-França: Editeur.
- NIGHTGALE, F., 1989. **Notas sobre Enfermagem**. Trad. Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, ABEn-Cepen.
- NOGUEIRA, R. P., 1994. **Perspectiva da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed.

- NOVAES, H. M. & MOTTA, P. R., 1996. **Manual Prototipo de Educación en Administración Hospitalaria**. Série Manuales Operativos PALTEX. Washington: OPAS. Vol. V, nº 14.
- NOVAES, H., 1996. **Prevenção y control de las Infecciones hospitalarias**. Série HSP-UNI/ Manuales Operativos Paltex, vol IV. Washington: OPAS/Fundación W K Kellogg.
- NOVAES, H. M. & PAGANINI, J. M., 1994. **Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil)**. Brasília: Federação Brasileira dos Hospitais/ OPAS/HSS/94.05.
- ORTIZ, G.F., 1983. **La Atención Medica**. México: Prensa Mexicana.
- PAHO, 1999: **Setting Up. Healthcare Services Informations Systems. A Guide for Requirement Analysis, Application Specification, and procurement**. Washington. DC: PAHO.
- _____, 2001. La Evaluation de las Tecnologías en Salud. www.paho.org/Desarrollo de sistemas y servicios de salud\ .
- PAULSEN, M. F., 1995. The Online Report on Pedagogical Techniques for Computer-Mediated Communication. Oslo, aug. . <http://www.nki.no/~morten/>
- PEREIRA, M. J. L. B. & FONSECA, J. G. M., 1997. **Faces da Decisão: as mudanças de paradigmas e o poder da decisão**. São Paulo: Makron Books.
- PEREIRA, M. S., 1990. Infecção Hospitalar: Estrutura Básica de Vigilância e Controle. **Tese de Doutorado**. E. E. Ribeirão . USP.
- PEREIRA, M., 1995. **Epidemiologia Teoria e Prática**, Rio de Janeiro: Koogan.
- PERL, T. M., 1993. Surveillance, Reporting and the Use of Computers. Chap 10. In: **Prevention and Control of Nosocomial Infections**. (Wenzel, R.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- PRADE, S.S., 1988. **Método de Controle das Infecções Hospitalares Orientado por Problemas**. Rio de Janeiro. Atheneu, 1988.
- _____, 1994. Relatórios do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar- Uma análise crítica. **Revista do Controle Infecção Hospitalar**. 1994;1:18-20.
- _____, 1998. Análise da participação dos indicadores de controle de infecção hospitalar nos sistemas de avaliação de saúde-hospitalar- **Monografia Latu Sensu**. Brasília: FGV.
- PRADE, S. S.; OLIVEIRA, S. T.; RODRIGUEZ, R.; NUNES, F. A.; et al., 1995a. Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em hospitais terciários. **Revista do controle de Infecção Hospitalar**, 2:11-25.
- _____, 1995b. Avaliação da Qualidade das ações de controle de infecção hospitalar em hospitais terciários. **Revista do Controle de Infecção Hospitalar**, 2:2:26-40.
- PRADE, S. S. & VASCONCELOS, M. M., 2001. Buscando fontes de dados nos Sistemas de Informações do SUS para a vigilância das infecções hospitalares. **Informe Epidemiológico do SUS**, 10 (3):111-118.
- RODRIGUES, E.(ED) et al., 1997. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier.
- ROSALES, S. P. L., 1991. Infecciones intrahospitalarias y calidad de la atención médica. Es posible ahorrar en salud? **Salud Publica de México**, 33,1:3-8.

- RUNDALL, T. G., 1992. Evaluation of health programs. In: **Public Health & Preventive Medicine**. (LAST, J.M. & WALLACE, R.B., org), 13 th ed. Norwalk: Apple Ton & Lange, chapter 66.
- SANCHES, O. M., 1997. Estratégias para a implantação e gerência de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. **Revista da Administração Pública**. 31(4): 68-100.
- SCHEIDT, K. L. & PRADE, S. S., 1991. Redução das bacteremias hospitalares em terapia intensiva pediátrica pela educação e implantação de medidas simples. **Anais da IV Jornada Científica da Fiocruz- RJ**.
- SCHEIDT, K. L., 1997. A performance do Enfermeiro Controlador de infecção hospitalar no município do Rio de Janeiro-Brasil. **Dissertação de Mestrado**, Rio de Janeiro:UNIRIO.
- SENGE, P., 1990. **A Quinta Disciplina- A arte e prática da organização de aprendizagem**. São Paulo. Círculo do Livro/ Best Seller.
- SHELLY, M. A., 1996. Exploratory Data Analysis- Data visualization or Torture? **Infection control Hospital Epidemiology**, (17): 605-612.
- TACKER, S. B., 1988. Metanalysis: A quantitative approach to research integration. **Journal of the American Medical Association**, 259(11):1685-89.
- TARRIDE, M. I., 1998. **Saúde Pública: Uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- TESTA, M., 1997. Análisis de Instituciones Hipercomplejas.In: **Agir em Saúde**. (Merhy, E.E. & Onocko, R., org) São Paulo:Hucitec.
- THIOLLENT, M., 1994. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas,1997.
- TOLOVI Jr, J., 1994. Porque os programas de Qualidade Falham? **Revista da Administração de Empresas**. São Paulo; 34(6):6-11.
- WENZEL, R. (ED), 1993. **Prevention and Control of Nosocomial Infections**. 2ª ed Baltimore: Wilkins e Williams..
- WENZEL, R. P. & PFALLER, M. A., 1991. Infection Control: The Premier Quality Assessment Program in United States Hospitals. **American Jour Medicine**, 91(suppl 3B): 27s-31s.
- WILSON, R.M.; RUNCIMAN.W.B.; GIBBERD, R.W. et al., 1995. The Quality in Australia Health Care Study. **The Medical Journal of Australia**. 163: 458-471.
- WOOD, Jr., T.; URDAN, F. T., 1994. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. **Revista da Administração de Empresas**, São Paulo, nov./dez., v. 34, n.6, p. 46-59.
- WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L., 1997. **Program Evaluation**. New York, Longman.
- YIN, R. K., 1984. Case Study Research: Design and methods. **Applied Social Research Met. Series** (5). Beverly Hills: Sage.

10. RESUMO

Desenvolvimento e Validação de um Instrumento de Informação para a Assessoria do Programa de Controle de Infecção às Decisões do Dirigente Hospitalar

Sandra Suzana Prade[♦]

Baseando-se na configuração brasileira do problema das infecções hospitalares e nas responsabilidades do gerente do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e do dirigente hospitalar, entendeu-se haver uma falta de comunicação, motivado por desconhecimentos mútuos sobre as ações de assessoria; do significado da qualidade hospitalar; da abrangência e profundidade do PCIH; e, do emprego da informação, além de inexistir informação sistemática e oficial desta área no Brasil.

Objetiva-se desenvolver e validar um sistema de informação capaz de avaliar diferentes dimensões do escopo sistêmico da assistência hospitalar no gerenciamento do PCIH e na assessoria às decisões do dirigente hospitalar.

O trabalho é realizado em dois momentos metodológicos, empregando-se múltiplas estratégias e procedimentos para esta pesquisa de desenvolvimento. A construção do Sistema de Informações *OConsultor*[®] é construído e validado progressivamente e o efeito imediato do seu produto é avaliado em eficiência para seus propósitos informativos.

A validade interna só é comprometida pelo resultado insatisfatório de um dos estudos, que deverá ser reconduzido após modificações no preparo dos avaliadores. Após as modificações sugeridas, o estudo deve ser ampliado, para garantir, a validade externa do sistema. Também não houve boa concordância entre os avaliadores. Um estudo de caso-piloto avaliou integralmente um hospital e seu produto foi analisado por dirigentes hospitalares e gerentes do PCIH.

Os dirigentes constituíram pequeno grupo representativo, que decidiram adequadamente a solução dos problemas apresentados. Mas, nas avaliações sobre o compromisso que dizem ter e demonstrar com a qualidade assistencial e com o PCIH, pouco conhecem das ações deste Programa, que possivelmente os incapacita a solicitar prestação de contas do gerente do PCIH, ou de julgar, criticamente, os seus resultados. Segundo os dirigentes e os gerentes de PCIH, o relatório de informações foi aprovado porque é útil, original, e contribui para a melhoria contínua da qualidade, decisões e na análise institucional.

Conclui-se que o Sistema de Informações *OConsultor*[®] dinamiza e amplia a informação do hospital em diferentes recortes analíticos, utilizando-se de apenas um processamento dos dados, permitido pela programação que categoriza as questões diferentemente e por admitir novas dimensões de avaliação do hospital. O Sistema implementa a pesquisa, a melhoria da assistência e o conhecimento do PCIH, mas novos estudos devem validá-lo para a eficiência e eficácia, consolidando um instrumento de apoio às decisões, no hospital, no SUS e no gerenciamento do PCIH.

Palavras-chave: gerenciamento, assessoria, controle de infecção hospitalar, sistema de informação.

[♦] ssuzprade@terra.com.br / sandrasu@ensp.fiocruz.br / ssuzanap@iff.fiocruz.br

11. ABSTRACT

Development and Validation of an information tool aiming at the consultancy of an Infection Control Program to support hospital management decisions.

Sandra Suzana Prade[♦]

Based on the Brazilian configuration of a problem involving hospital infections and the responsibilities concerned the infection control manager and hospital director, it was realized that there was a lack of communication due to the mutual non-acquaintance with some aspects such as: consultancy actions, the meaning of hospital quality, the infection control program (PCIH) depth and what it comprises and ways of applying the information gathered. It was also noticed that there is no official or systematic information available in this area in Brazil.

The aim is to develop and validate an information system able to assess the different dimensions of the systematic target of hospital assistance in the PCIH management and in the consultancy of the hospital director.

The study is developed in two methodological instances, applying several strategies and procedures related to this development research. The construction of the Information System – *OConsultor*[®] – is built up and validated progressively so that the immediate effect of its product is assessed in terms of efficiency towards its informative purposes.

The internal validity is only brought into question by an unsatisfactory result of one of the studies which will be reconducted after some changes in the assessors' competence. After the suggested changes, the study must be enlarged to guarantee the system external validity, as there was not a desirable consensus among the assessors.

A pilot study case assessed entirely a hospital, and its product was analysed by hospital directors and PCIH managers. The managers formed a small representative group that decided adequately on the solutions to the problems presented. Nevertheless, the assessment in relation to the commitment they say to possess and show toward the care quality and the PCIH proved that very little is known about the performance of the referred Program. This fact, possibly, make them unable not only to ask for the PCIH manager to render account but also to judge critically its results. According to the hospitals directors and PCIH managers, the information report was accredited because it is useful, original and can contribute to the improvement of quality, make correct decisions and institutional analysis.

It was agreed that the Information System – *OConsultor*[®] – enhance and enlarge hospital information in different analytical views using only a data processing allowed by the programming which categorizes the questions in different ways; besides admitting new dimensions of assessment of the hospital. The system improves research, the enhancing of assistance and knowledge of the PCIH. Though new research must validate it in terms of efficiency and effectiveness to consolidate a tool which will be helpful as a support for the decisions taken at the hospital, at the Brazilian Health System (SUS), and PCIH management.

Key-words: management, consultancy, hospital infection control, information system.

[♦] ssuzprade@terra.com.br/ sandrasu@ensp.fiocruz.br/ ssuzanap@iff.fiocruz.br

ANEXOS

PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DO SISTEMA *OConsultor*

ITENS PARA OBSERVAR NO FORMULÁRIO A- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1-AVALIAR SE OS INDICADORES LISTADOS PODEM SER OBTIDOS ATRAVÉS DO FORMULÁRIO MÍNIMO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IH
- 2- A ABRANGÊNCIA DOS INDICADORES SATISFAZ UMA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PCIH?
- 3-O CONTEÚDO DOS INDICADORES É PERTINENTE (NUMERADORES E DENOMINADORES)? MEDE AS FACETAS QUE DEVEM SER MEDIDAS
- 4- COM ESTES INDICADORES É POSSÍVEL VERIFICAR OS EFEITOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM SEUS RESULTADOS?
- 5-O INSTRUMENTO TEM COERÊNCIA INTERNA?
- 6-GRIFAR AS EXCLUSÕES COM LETRA DE TAMANHO OU COR DIFERENTE POR FAVOR JUSTIFIQUE AS EXCLUSÕES RECOMENDADAS E SUGIRA ALTERAÇÕES/ADEQUAÇÕES

ANÁLISE DO FORMULÁRIO A

INDICADORES A SEREM CALCULADOS PARA AVALIAR RESULTADOS DO PCIH

O método de vigilância será de prevalência-período(mês) ou ponto(dia)

- 1)Taxa de pacientes IH por natureza de hospital IH x 100 / hospitais segundo a natureza
- 2-Taxa de pacientes com IH geral: pac c/IH x 100 / número de todos estudados
- 3-Taxa de pacientes com IH por Unidade de Serviço(Clínica): pac c/ih x 100 / número de cada grupo de internados por unidade
- 4-Distribuição de pacientes com IH por idade: nº e % de paciente por grupo etario
- 5-Distribuição de pacientes com IH por sexo: nº e % de mullheres e homens geral e com IH
- 6-Distribuição de pacientes com IH por diagnóstico de internação:
- 7-Taxa de pacientes com IH sob avaliação de risco(APACHEII, PRISMII, PSI modificado, etc)
- 8-Taxa de IH Geral: nº e % de IH x 100 / número de pacientes estudados
- 9-Taxa de IH por Unidade de Serviço(Clínica) : nº e % de IH por clinica e tipo de IH
- 10-Distribuição dos germes por IH: tipos de bixos por grupo de IH

- 11-Distribuição percentual das IH por topografia corporal: nº e % de IH por topografia corporal
- 12-Distribuição das IH por peso de nascimento: só em 4 categorias a distribuição das IH
- 13-Distribuição de IH por idade gestacional: só RN em 4 categorias a distribuição das IH
- 14-Tempo médio de internação com IH : com desvio padrão
- 15-Tempo médio de internação sem IH: idem
- Frequência de IH por procedimento de risco:
- 16-Taxa de IH cirúrgica em cirurgias limpas:
- 17-Taxa de IH urinária em relação ao uso de SVDemora
- Taxa de IH respiratória em relação ao uso de:
- 18 Tubo endotraqueal
- 19- Respirador,
- 20- anestesia inalatória
- 21- exames broncoscópicos
- 22- Traqueostomia –
- 23- Taxa de IH com os procedimentos de 18 a 22 juntos
- Taxa de IH sangue em relação ao:
- 24- uso de Cateter venoso central e periférico juntos
- 25- transfusão,
- 26- hemodiálise,
- 27- anestesia EV,
- 28- exames contrastados EV,
- 29- exsangüíneotransfusão,
- 30- NPT
- 31- Taxa de IH associadas aos procedimentos de 24 a 30 juntos
- 32- -Frequência de reações pirogênicas: nº e % de reações pirogênicas identificadas
- 33- -Distribuição do uso de antimicrobianos sistêmicos por tipo de droga
- 34- Distribuição dos antimicrobianos sistêmicos em relação à função de seu uso: volume de prescrições por tipo de droga com a função terapêutica(1), profilática(2) e inadequada(3)/sobre o total de gente que usou antibiótico
- 35- -Taxa de ineficácia profilática de antimicrobianos sistêmicos : aqueles que receberam abt função 2 e tiveram IH cirúrgica depois.
- 36- -Frequência das Infecções comunitárias por tipo de infecção: nº dos que internaram com IC x 100/ todos os pacientes estudados
- 37- -Taxa de letalidade por IH: nº dos que morreram x 100/ todos os que estavam com IH naquele período
- 38- -Taxa de mortalidade com IH: nº dos que morreram e tiveram alguma IH x 100 / todos os que internaram no hospital naquele período

ITENS PARA OBSERVAR NA VALIDAÇÃO DO FORMULÁRIO B

- 1-O conteúdo cobre TODAS as ações necessárias para um PCIH funcionar efetivamente? Meça todas as facetas teóricas e lógicas que podem ser medidas para avaliar um PCIH?
- 2- Os critérios adotados são corretos?
3. Corrigir livremente colocando as alterações necessárias (ADIÇÕES OU SUPRESSÕES) com outro tipo ou cor de letra com corpo grande ou destacar o que deve ser suprimido. POR FAVOR JUSTIFIQUE AS EXCLUSÕES RECOMENDADAS e SUGIRA ALTERAÇÕES/ADEQUAÇÃO.
4. Os itens de verificação do checklist NÃO SE RESTRINGEM À LITERATURA AMERICANA MAS À TODAS AS POSSIBILIDADES DE EFETIVAR O TRABALHO DO PCIH ESTRANGEIRAS E NACIONAIS VALORIZANDO EXPERIÊNCIAS E SABERES.
5. HÁ COERÊNCIA INTERNA NO FORMULÁRIO B?

ITENS PARA OBSERVAR NO FORMULÁRIO C- DE AVALIAÇÃO DA PROFICIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Favor avaliar as questões em relação à:

- 1- Abrangência do conteúdo em relação às ações de prevenção e controle praticadas pelo pessoal da assistência direta (médicos, enfermagem, fisioterapia)
- 2- Ao conteúdo estratégico de cada questão.
- 3- A clareza, concisa, coerência da formulação das questões

Geral

Os três formulários juntos cobrem as ações do PCIH e abrangência e profundidade?

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL X-
(Público- terciário-localizado no Rio de Janeiro)

Período referente aos resultados:
dezembro de 2001.

Introdução

As infecções hospitalares (IH) ocorrem:

- em todos os hospitais do planeta;
- têm causas preveníveis;
- no Brasil acomete em média 13% dos pacientes hospitalizados nos hospitais terciários.

Para minimizar o problema:

- tornou-se obrigatória a presença e atuação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em todo hospital brasileiro (Lei 9431/97), com a função de:
 - assessorar o dirigente do hospital;
 - gerenciar o cumprimento mínimo deste programa de abrangência sistêmica no hospital.

Usa-se como estratégia:

- A avaliação é uma forma de verificar o que não está em conformidade com padrões estabelecidos ou medir os resultados das intervenções.

Nesse trabalho são realizadas três avaliações de caráter diagnóstico, não conta com a análise comparativa e prospectiva no tempo e olham para o hospital através da dimensão do paciente, da assistência e o hospital e do profissional, assim nomeadas de:

a) Avaliação dos resultados da assistência hospitalar que localiza epidemiologicamente os problemas no hospital a partir da **dimensão do paciente**;

b) avaliação do desempenho das ações do PCIH que analisa a estrutura, processos e forma de avaliar resultados relacionados ao CIH na **dimensão da assistência e do hospital**; e,

c) avaliação do conhecimento técnico dos profissionais prestadores da assistência direta em relação aos processos de risco para infecção hospitalar e prevenção de doenças ocupacionais, na **dimensão do profissional**.

a) Na dimensão do paciente: Avaliação dos resultados da assistência hospitalar

- Um estudo transversal de prevalência-dia no hospital;
- Todos os pacientes que estavam internados a mais de 24 horas foram incluídos
- 194 pacientes estudados: 46% eram do sexo feminino e 54%, masculino;
- 23 (11,9%) pacientes com infecção hospitalar;
- 28(14,43%) episódios de infecção hospitalar;
- razão de 1:2 infecções hospitalares por paciente infectado;
- No Estudo Brasileiro para infecções hospitalares em hospitais terciários (mesmo que o Hospital X), a prevalência geral é de 13%, que por sua vez é alta em relação à média de outros países (8 a 10%).
- tempo de internação médio:
 - dos 194 pacientes: 14 dias
 - dos pacientes com infecção hospitalar: 28 dias
 - No SUS a média nacional é de 6 dias de internação.

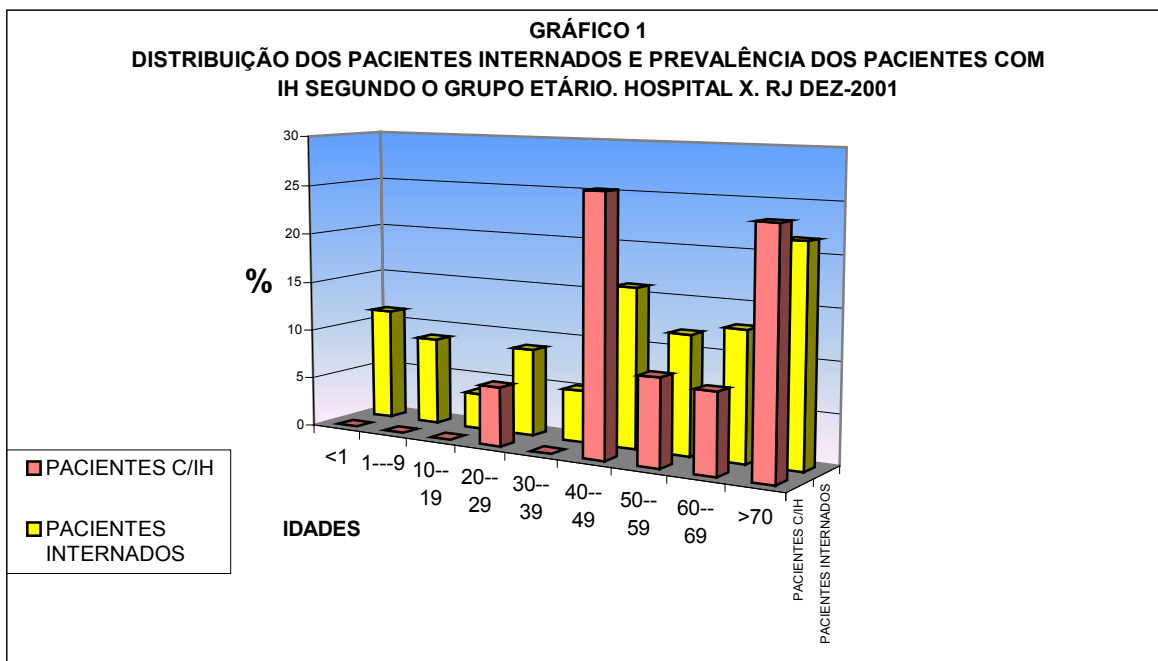
Esse indicador demonstra que o custo do paciente com IH pode ser mais que o dobro do que foi pago pelo SUS. Como é coberto esse custo?

Neste ponto está uma das justificativas mais importantes para a eficiente atuação do Programa de Controle de Infecção no hospital.

Em relação à idade dos pacientes internados estavam distribuídos conforme demonstrado no gráfico 1, localizando a clientela predominante do hospital acima dos 40 anos:

- As infecções hospitalares estavam mais prevalentes nos pacientes entre 40 e 49 anos (25,8%) e naqueles acima de 70 anos(23,8%)
- Concentra também acima dos 40 anos a clientela mais acometida por infecção hospitalar.

Esse indicador sinaliza para o tipo de preparo da atenção que o hospital deverá organizar para receber estes pacientes, compatibilizando-o ao provimento de recursos e treinamentos necessários ao pessoal hospitalar.

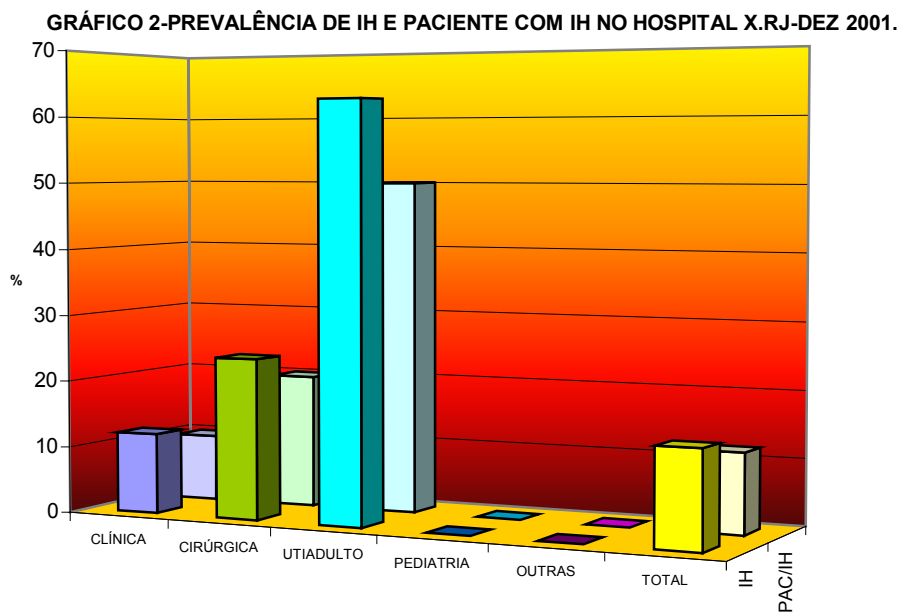


Na distribuição das Infecções Hospitalares por Unidade (gráfico 2):

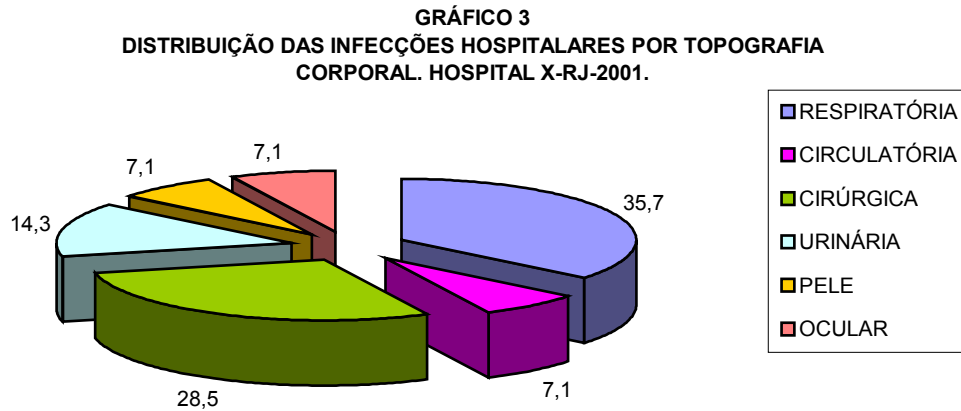
- a maior prevalência encontra-se na UTIadulto com 50%:
 - estavam acometidos por 62,5% de infecções
 - cada paciente infectado estava em média com 1.25 IH cada.

No estudo brasileiro de 1995:

- a prevalência da UTIadulto foi de 32%, no Hospital X é de 50%.
- a prevalência na clínica cirúrgica foi de 13,2%, no Hospital X atinge 20%.



Na distribuição topográfica das infecções hospitalares encontrou-se as respiratórias inferiores como as mais prevalentes, seguidas das infecções cirúrgicas (gráfico 3).



A relação das maiores taxas de prevalência de IH nas unidades, localiza:

- as infecções respiratórias inferiores em pacientes cirúrgicos e intensivos:
 - 60% das infecções respiratórias acometeram pacientes clínicos: pacientes da UTI (2), da neurologia (2) e da clínica médica (2);
 - 40% em pacientes cirúrgicos dos quais 30% eram pós operatórios não intensivos;
- as infecções de sítio cirúrgicos acometeram os pacientes cirúrgicos.

Dos pacientes cirúrgicos acometidos, as infecções poderiam estar associadas aos procedimentos de anestesia.

IMPORTANTE: Não foi possível informar os microorganismos prevalentes nas infecções, pois os resultados dos exames não estavam acessíveis e na maioria, não havia sido colhido material para identificá-los.

Na referência nacional de 1995:

- também são as infecções respiratórias as mais prevalentes com 28% de prevalência;
- a prevalência das infecções cirúrgicas é de 15 % enquanto neste hospital é de 30%.

Fatores de risco

Nesta análise verifica-se a associação da infecção hospitalar ao fator de risco constituído por procedimentos invasivos na topografia corporal correspondente.

Observou-se no Hospital X, que:

- 12 pacientes (6,2%) usaram procedimentos respiratórios (tubo endotraqueal, respirador, traqueostomia, etc),
- 1/3 das infecções respiratórias hospitalares foram associados a estes procedimento, assim distribuídos das quais:
 - 37,5% usavam tubo endotraqueal;
 - 30% usavam respirador; e
 - 25% usava traqueostomia
- as outras 6 infecções respiratórias não tiveram relação com procedimentos e acometeram pacientes clínicos com idade acima de 70 anos.

A análise conjunta com a área temática respiratória (10) do gráfico 5, localiza exatamente as causas técnicas associadas ao problema, assim como nos indicadores de proficiência técnica, referentes à via respiratória.

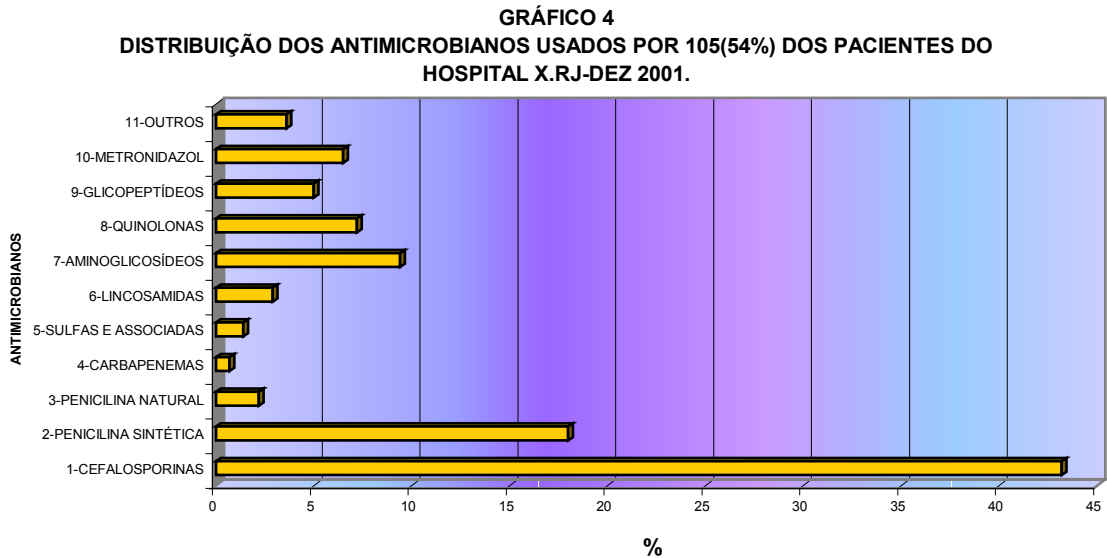
- Dos 194 pacientes estudados, 10,8% estavam com algum procedimento na via circulatória e com associação de 9,5%(2) destes com infecção hospitalar.

Possivelmente, nesta topografia, o resultado esteja mascarado, porque o diagnóstico de bacteriemia depende de hemoculturas colhidas num período restrito em torno dos episódios piréticos, e não é rotina colher material para identificar microorganismos neste hospital com a frequência necessária.

- As infecções cirúrgicas têm alta frequência, mas apenas 20% delas poderiam estar associadas à cirurgias que abordavam tratos contaminados, como o gastrointestinal;
- Todas infecções urinárias estavam associadas à presença de sonda vesical de demora.

Antimicrobianos

No dia do estudo **54,1% (105)**, dos pacientes faziam uso de antimicrobianos sistêmicos e estavam sendo consumidos 139 tipos desses medicamentos. A distribuição do consumo está demonstrada no gráfico 4, no qual mostra que as cefalosporinas e as penicilinas sintéticas são as mais consumidas no hospital X, porque há controle para o uso das drogas caras e tóxicas em nível municipal, que pertence ao hospital estudado.



Quanto à finalidade de uso dos antimicrobianos verifica-se que:

- 77% dos antibióticos estava sendo usado com emprego terapêutico,
- justificado pela presença de 66 (34%) pacientes com infecção comunitária e mais os 23 (11%) com infecção hospitalar.
- **7,2% (10) dos antibióticos em uso não tinham a função profilática e nem terapêutica, e portanto foram considerados inadequados**

Possível efeito: poderiam produzir alterações microbiológicas nas defesas dos pacientes, que posteriormente tornariam-se suscetíveis para adquirir microorganismos resistentes e do tipo hospitalar.

- **Ineficácia profilática:** dos pacientes que receberam antimicrobianos com a função profilática, 9,1% desenvolveu infecção cirúrgica hospitalar.

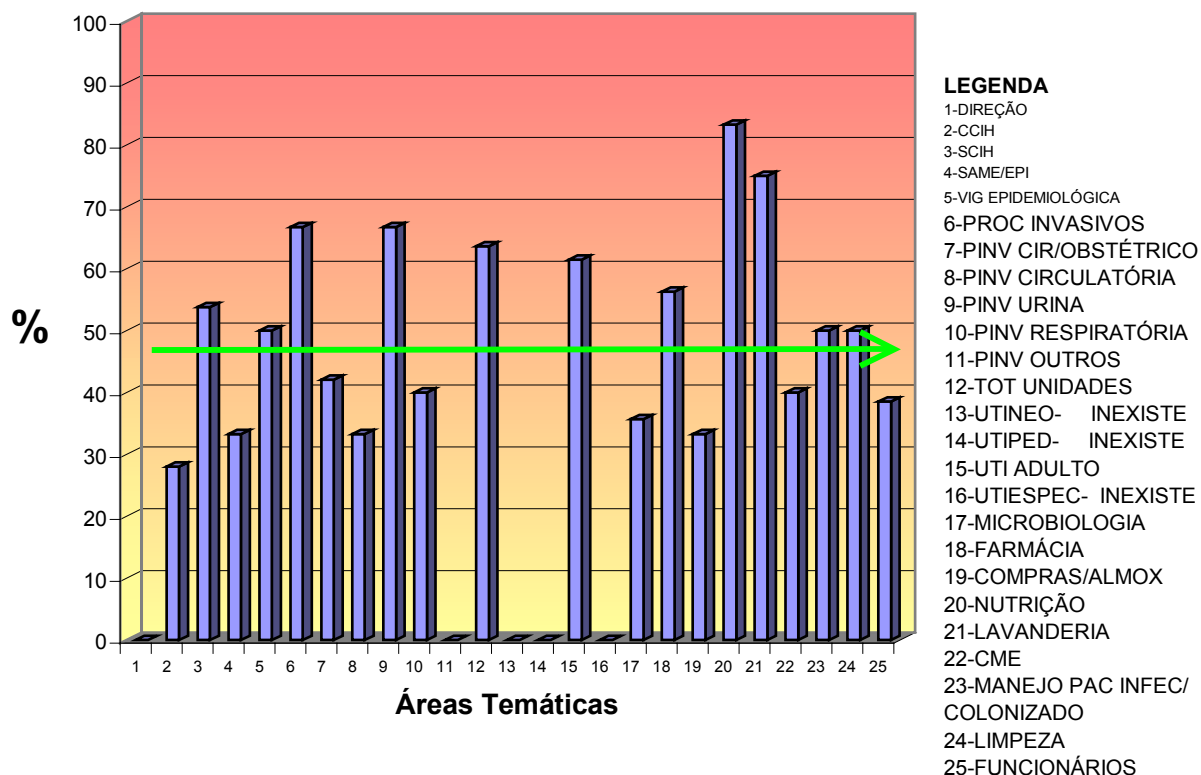
b) Na dimensão assistencial a avaliação do desempenho das ações de PCIH no hospital é realizado verificando os procedimentos que possibilitam a prevenção e o controle das infecções hospitalares e fatores de risco ou condutas que concorrem para a sua existência ou solução.

- A avaliação se refere a 16 áreas temáticas;
- composta de 311 questões com pesos diferenciados por área,
- tem 25 indicadores referentes às áreas temáticas e
- outros 18 indicadores são extraídos por reclassificação das questões, descritos adiante.
- Como avalia o desempenho através de ações, práticas e rotinas, ou condições e formas de vigiar a qualidade do hospital, o desempenho ótimo estabelecido é de 100%.
- O melhor desempenho encontrado em 99 hospitais terciários brasileiros foi de 73%, em 1995.

Os resultados da avaliação do desempenho das ações do PCIH no Hospital X são apresentados no gráfico 5.

GRÁFICO 5

Desempenho das ações do PCIH em relação as áreas temáticas que o compõem.HX.RJ-2001.



→ MÉDIA DE DESEMPENHO= 45,6%

- As áreas temáticas mais importantes são aquelas que tem peso 5 e são as áreas 3,6,7,8,9,10,11,15:
 - Destas áreas, os procedimentos invasivos da **via respiratória, circulatória e cirúrgica estão abaixo do desempenho médio do hospital**, podendo isso estar relacionado à presença das mais elevadas taxas de infecção nestas topografias.
 - Tais procedimento são centrais na prevenção das infecções hospitalares preveníveis. Apesar dos procedimentos na via urinária (item 9) demonstrarem bom desempenho, não existe rotinas e a manutenção do sistema fechado não tem rigor.
- As áreas temáticas com peso 4 são coadjuvantes da prevenção por sustentarem e decidirem a qualidade das ações. São as áreas 1,2,5,12 e 22:
 - A área 5 se refere à forma como são avaliados os resultados da assistência pela vigilância epidemiológica.

- Se encontram em situação crítica as ações referentes a participação da direção nas decisões do PCIH. Este resultado é histórico no Brasil, pois no 1º Estudo Brasileiro (1994), este resultado foi similar.
- O desempenho das ações do SCIH, a sua principal atividade gerencial que é a vigilância epidemiológica junto as adequações arquitetônicas têm desempenho melhor que as ações da direção e do CME.
- O fraco desempenho do CME, pode indiretamente estar comprometendo toda a qualidade da técnica asséptica requerida, como crucial, para realizar cirurgias, cateterismos, sondagens, partos, etc., mas como as infecções cirúrgicas estão altas não é único fator causal associado.

Destaca-se a adequação do Serviço de Nutrição deste hospital que cumpre mais de 80% das ações necessárias para a qualidade na produção de seus produtos assim como da Lavanderia. No entanto como têm peso 3 e 2 respectivamente, não influenciam as taxas de IH, melhorando-as.

- **A média geral das ações que qualificam a assistência hospitalar é de apenas de 45,6% e, portanto, não satisfatório para a classificação de desempenho** de Programas de Saúde de Hartz (1997).

Isto requer mobilização para melhoria, pois como são ações simples e até óbvias, para considerar o hospital com o mínimo de qualidade em sua ações assistenciais é necessário atingir 70% do total esperado.

Os outros indicadores de repercussão sistêmica no hospital X estão demonstrados no gráfico 6, os quais são extraídos por diferentes recortes, das 311 questões do formulário b, independentemente de área temática, que avalia o desempenho do hospital.

Os indicadores apresentados no gráfico 6, podem ser interpretados agrupados como se segue, como se referem ao desempenho, são ações simples e até óbvias, considera-se ótimo o desempenho de 100%.

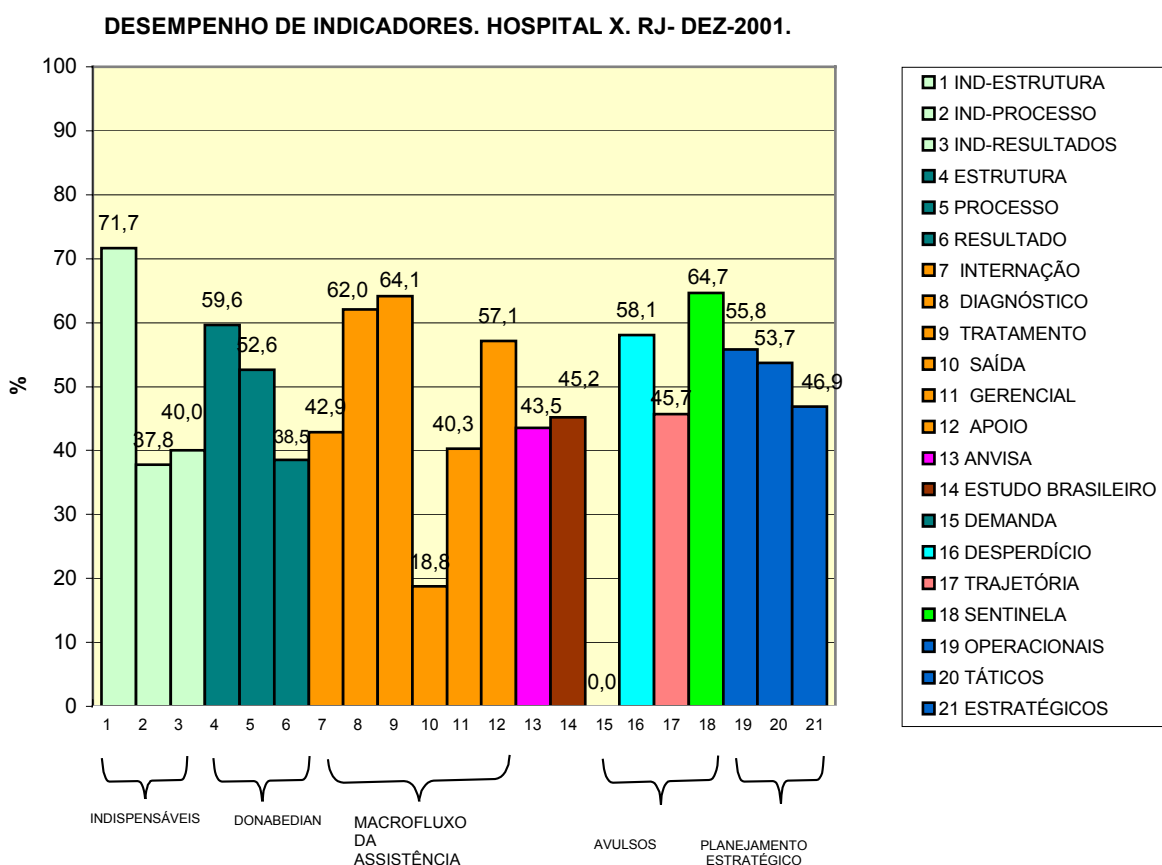
São eles:

-INDISPENSÁVEIS: são indicadores criados junto da Avaliação da Qualidade das Ações do Controle das Infecções em hospitais terciários do Ministério da Saúde (1994). Se referem aos itens do PCIH que foram considerados imprescindíveis para defini-

lo como efetivo (ativo). São observados através dos indicadores de estrutura, processo e resultados indispensáveis. Com resultados díspares, observa-se que o que corresponde à estrutura é razoavelmente bom, mas nas questões referentes ao processo e resultados há necessidade das ações do PCIH, julgadas *a priori*, como imprescindíveis para manutenção de níveis mais baixos de infecção hospitalar, com conseqüente melhor qualidade assistencial;

-DONABEDIAN: são indicadores clássicos classificados de qualidade em saúde, eleitos entre 311 questões que avaliaram estrutura, processo e resultados. Observa-se que é mais homogêneo que o anterior, no entanto, o indicador de processo que é quem mede a prática das ações de prevenção e controle das IH, é insuficiente e neste ponto que os esforços devem se concentrar.

GRÁFICO 6



-MACROFLUXO ASSISTENCIAL: são indicadores que fazem referência ao processo sistêmico da assistência hospitalar, o qual é permeado pelas ações do PCIH:

- Observa-se uma homogeneidade, em nível razoável, entre os indicadores de diagnóstico, tratamento e apoio, referentes às ações necessárias para a prevenção e controle das IH.
 - os indicadores de internação e saída do paciente e, os gerenciais do PCIH beiram uma insuficiência de desempenho.
- **ANVISA** (13-gráfico 6), indicadores que foram estabelecidos para auto-avaliação dos hospitais e conteúdo do roteiro de fiscalização. Com 43% indica que várias ações deste âmbito precisam ser postas em ação.
- **ESTUDO BRASILEIRO:** (14-gráfico 6) se refere, na íntegra, àqueles que avaliaram 99 hospitais terciários brasileiros e, constituiu-se no parâmetro oficial brasileiro para esta avaliação. A média nacional e da região sudeste é de 35% (considerada insuficiente). Assim como o do hospital (45%);
- **AVULSOS:** são indicadores únicos que foram agrupados sob este nome para melhorar a didática de apresentação:
- O **indicador sentinela** (18-gráfico 6) é aquele que aponta os pontos nevrálgicos da assistência associados com as ações do PCIH. Se não estiverem em ação e vigilância na assistência, repercutem no desencadeamento de surtos de infecções, tanto em pacientes, quanto, em funcionários. Constituiu-se no motivo da ação central do PCIH. É uma instância mais refinada dos indicadores indispensáveis. No hospital tem um dos mais altos desempenhos, mas a meta é atingir e manter seu desempenho em 100%.
 - O **indicador de trajetória** (17-gráfico 6), demonstra em que grau as ações que dependem de interrelação crucial e continuidade entre profissionais e serviços para a qualidade da assistência estão presentes, e neste hospital segue a tendência geral dos outros indicadores de estar próximo da insuficiência.
 - Os indicadores de **demandas** (ou problemas) são caracterizadas como infecções comunitárias e nas doenças ocupacionais, que chegam ao hospital ou são produzidas. Sinaliza o tipo de preparo e organização e vigilância que o hospital deve estabelecer para fazer frente a estes problemas. Se não forem resolvidos ou prevista sua

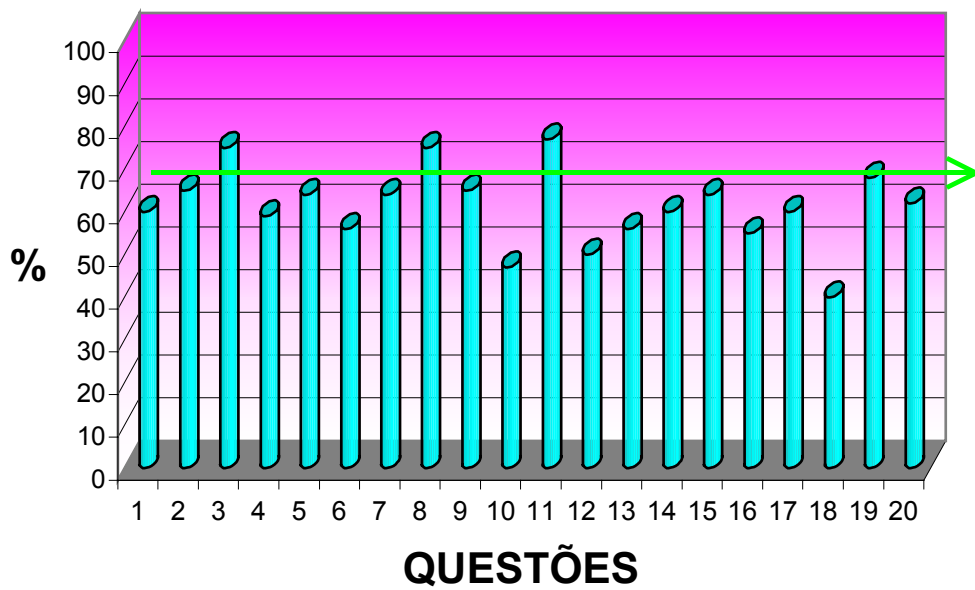
vigilância e intervenções atuam como fonte de infecções hospitalares, caracterizados por repetidos surtos, mortes fulminantes por infecções adquiridas e muitas infecções presentes. Neste hospital nenhum dos itens referentes a este indicador estão em ação.

- O **indicador de desperdício**, pioneiramente, detecta os pontos de grandes perdas de recursos que estão localizados na prática profissional do hospital. Se referem ao uso inadequado de produtos germicidas e antimicrobianos, assim como da falta de decisão na centralização do processamento de materiais que utilizem produtos e processos onerosos, entre outros. No hospital X é possível verificar uma razoável preocupação neste sentido, por ter 58% das ações implantadas. Mas como há necessidade imperiosa em economizar orçamentos, é requerido mais esforço.
- **Planejamento Estratégico** indica quais categorias de controles podem ser necessários para efetivar o PCIH, na visão da administração deste programa. Por ser inédita esta avaliação, ainda prescinde de mais observações para produzir comentários mais bem fundados. Isto porque, o gerenciamento do PCIH, hoje na sua totalidade, não é praticado a partir de ferramentas gerenciais que dão suporte ao desenvolvimento e melhoria da qualidade de suas ações e comprovem a eficácia dessas. Apesar de homogêneo, o desempenho desses indicadores é baixo, na relação com o necessário.

c) A dimensão do profissional: avaliação da proficiência técnica dos profissionais em controle de infecção hospitalar.

- Foram avaliados os conhecimentos de 59 profissionais distribuídos:
 - por 9 médicos,
 - 12 enfermeiras,
 - 32 auxiliares de enfermagem,
 - 2 fisioterapeutas
 - 3 nutricionistas e
 - 1 terapeuta ocupacional,
 - perfazendo cerca de 5% dos profissionais efetivos.

GRÁFICO 7
PERCENTUAL DE PROFICIÊNCIA TÉCNICA EM CIH DOS
PROFISSIONAIS DO HOSPITAL X-RJ-2001.

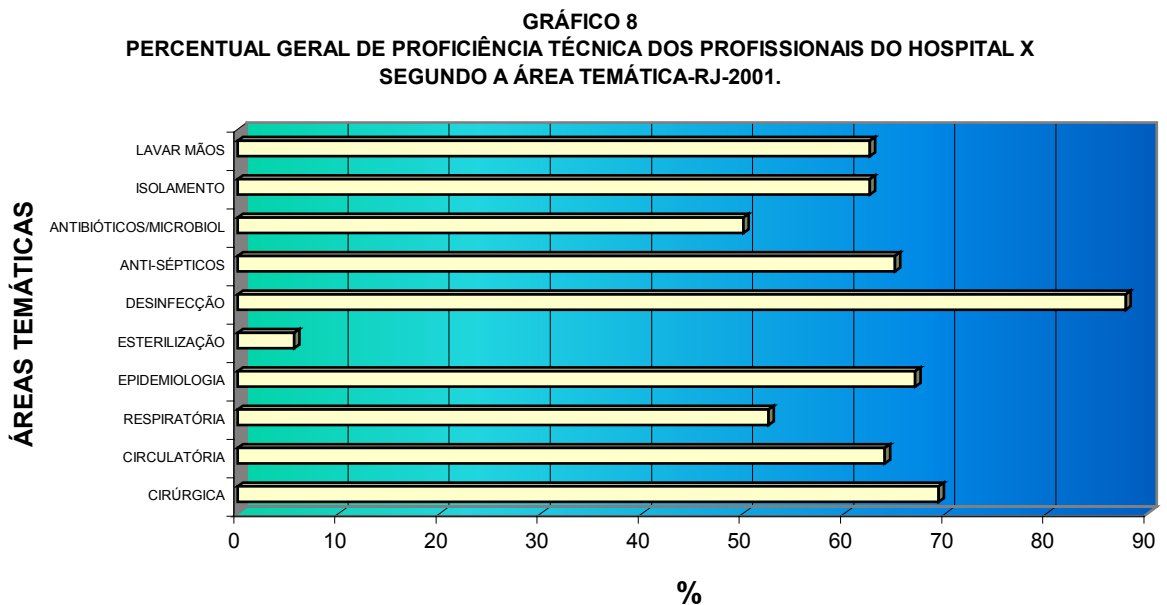


MÉDIA GERAL =64,3% →
 N=59

QUESTÕES	TEMAS
1-5-9-	CIRÚRGICA
7-15-	CIRCULATORIA
10-13-	RESPIRATORIA
6-	ESTERILIZAÇÃO
3-14	DESINFECÇÃO
2-	ANTI-SÉPTICOS
17-18-	ANTIBIÓTICOS/ MICROBIOLOGIA
8-12-	ISOLAMENTO
20	LAVAGEM DAS MÃOS
4-11-16-19	EPIDEMIOLOGIA

Observa-se no gráfico 7 que:

- a média geral de conhecimento é de 64,3%;
- a área de menor domínio é a da esterilização, possivelmente pela atividade ser restrita a pequeno grupo de profissionais,
- o tema desinfecção é de mais conhecimento entre os profissionais.
- o conhecimento dos profissionais sobre noções de prevenção e rotinas de suas práticas é fraco, porque deste conhecimento deriva a prática assistencial, observável como não satisfatória em seu desempenho (gráfico 5).



Em análise ao gráfico 8 é possível constatar que, como no gráfico 7, as áreas de maior e menor conhecimento são a da esterilização e desinfecção.

- **É preocupante que os baixos conhecimentos no uso da microbiologia na orientação do emprego de antibióticos**, porque o emprego dessas drogas altera o comportamento bacteriano produzindo resistência, que por sua vez podem causar infecções graves e letais.

No gráfico 9 é possível verificar que os profissionais da assistência direta do Hospital X tem conhecimento similar a cerca das boas práticas para prevenção e controle das infecções no hospital, no entanto, se destaca o conhecimento das enfermeiras, como um pouco melhor que os demais.

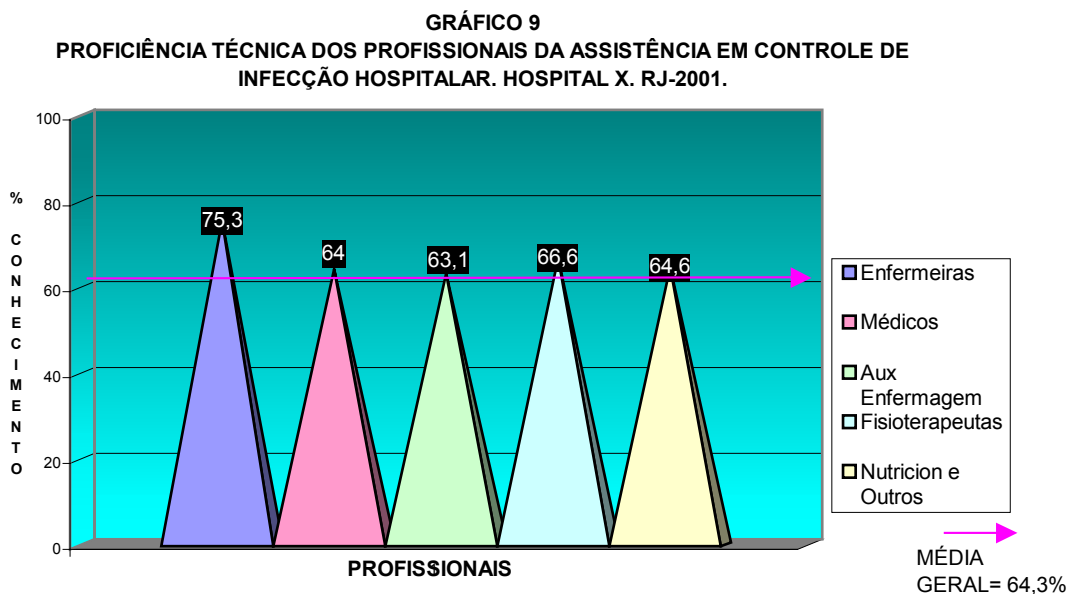
No gráfico 10, 11 e 12 é possível observar o grau de conhecimento de cada grupo profissional envolvido na prestação da assistência hospitalar direta.

Concluindo

Mesmo com uma amostra de cerca de 5% da população de profissionais que atuam na linha de frente da assistência já oferece uma noção nítida das deficiências de conhecimentos que são verificados no baixo desempenho assistencial e em seus resultados.

Numa associação das três dimensões estudadas, conclui-se que:

- as altas taxas de IH respiratória, encontram apoio baixo percentual de conhecimento geral referente ao assunto (questões 10-13 do gráfico 7 e área temática do gráfico 8), confirmando causas para o baixo desempenho assistencial nesta área (item 10 do gráfico 5).
- Como este tipo de infecção requer tratamento prolongado, acompanhado de terapia respiratória trabalhosa de alto custo, o problema indica:
 - necessidade de intervenção profunda e prospectiva,
 - nas unidades onde este tipo de assistência é freqüente, como na UTI e Centro Cirúrgico.
 - O processo mais importante é o educativo.



Como dizem Donabedian e Deming que sem educação não há melhora da qualidade, porque todo o processo de mudança deve vir acompanhado de esclarecimentos e retroalimentação, com informações que mostram os efeitos do esforço realizado, e em algum momento podem motivar novas melhorias.

- O problema das infecções cirúrgicas, também se apresenta de maneira transversal e presente nos três tipos de avaliações realizadas, assim sintetizado:
 - A taxa de prevalência elevada;
 - com 10% de fracasso profilático;
 - fracos desempenho assistencial;
 - baixa proficiência técnica profissional.

Demonstram que:

- intervenções pontuais devem ser instaladas e monitoradas;
- a implantação de um processo educativo para mudanças no processo assistencial, orientado por rotinas de consenso e avaliação sistemática devem orientar a melhoria e as decisões.

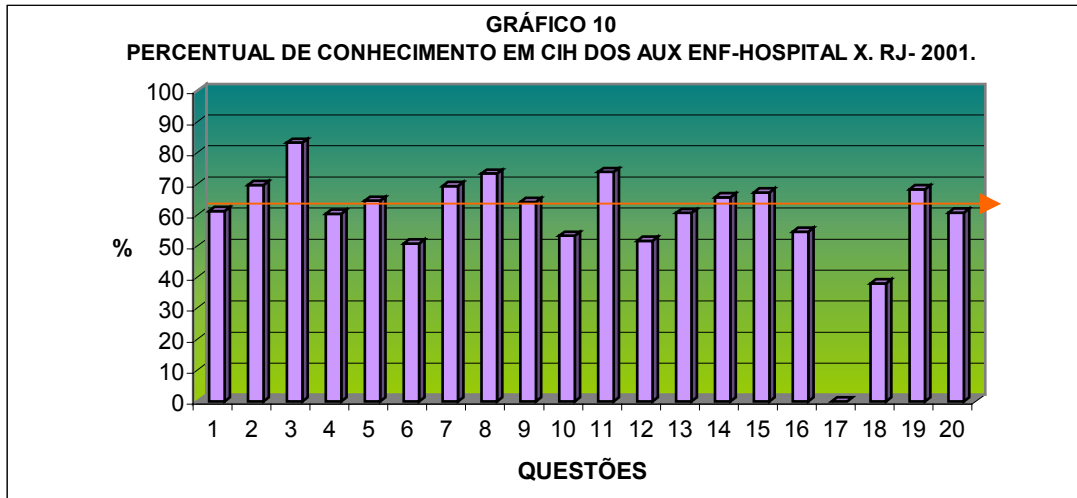
Como o conhecimento dos profissionais da saúde constituem seu principal instrumento de trabalho, torna-se necessário seu melhoramento para um nível mínimo de 80%, visto ser o conteúdo deste conhecimento, o das práticas cotidianas da assistência hospital prestada.

O investimento em melhoria do conhecimento repercute:

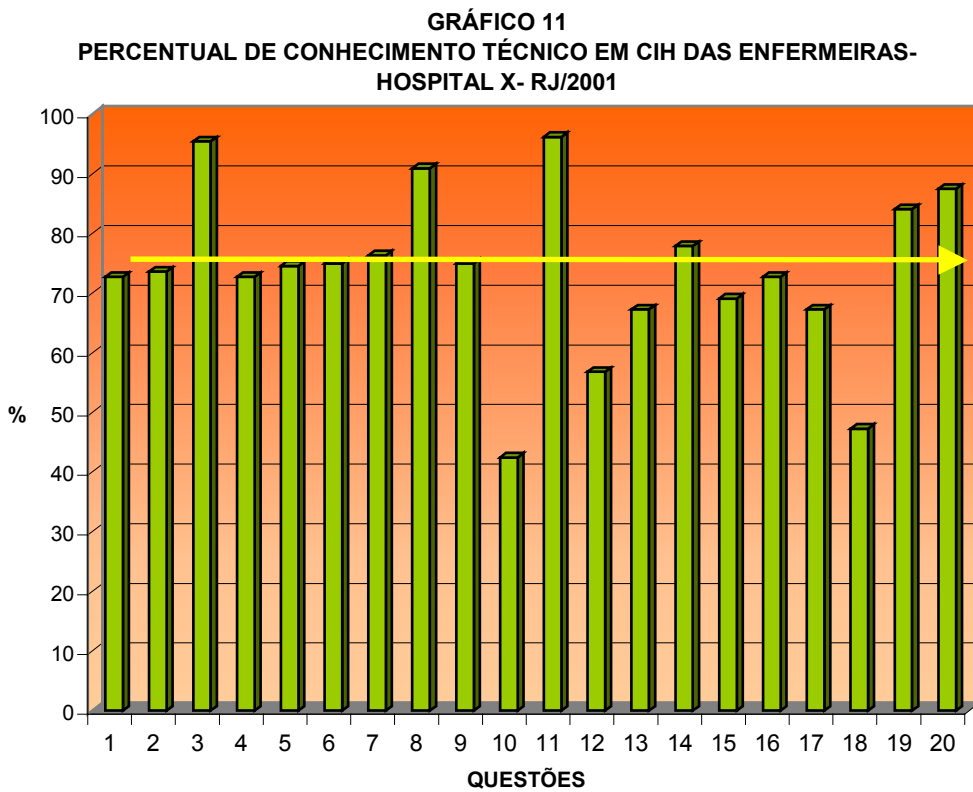
- na racionalização dos esforços;
- na melhora da eficiência e eficácia assistencial;
- na economia;
- na redução do desperdício;
- na satisfação profissional.

O Hospital x , demonstra um fraco desempenho das ações que qualificam a sua assistência, apontando uma necessidade de ampliação dos esforços do PCIH e do dirigente, isolados e conjuntamente, para que se desenvolvam pontos de melhora progressiva e consolidem em melhores parâmetros a qualidade da assistência praticada pelos profissionais e oferecida à população.

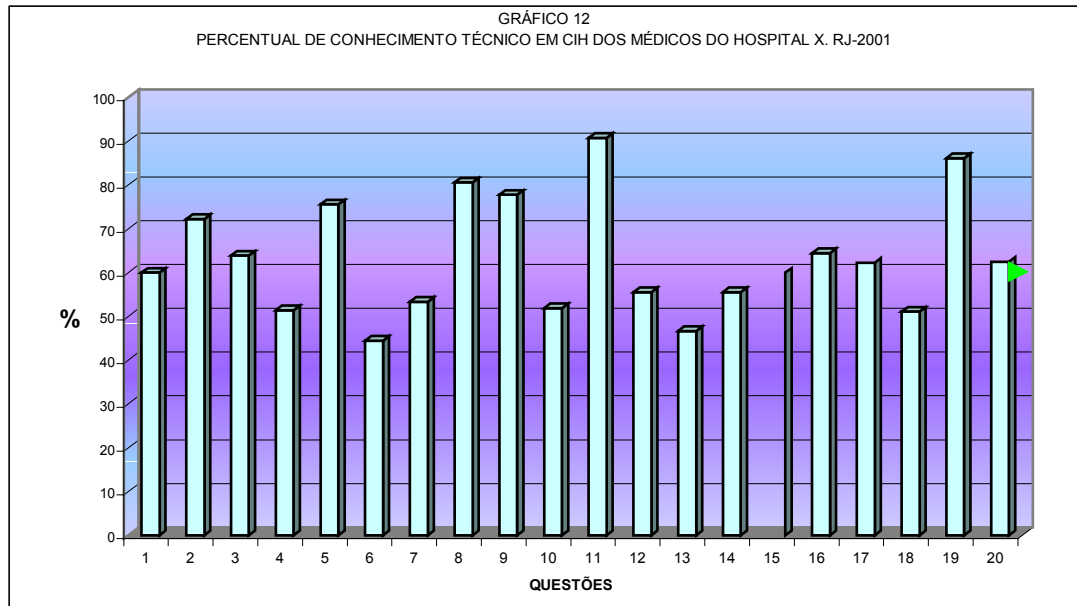
SUB-ANEXOS:



n= 32
Média= 63,1% →



→ MÉDIA:75,2%
N= 11



→ MÉDIA=64%
N=9

INSTRUMENTO 4

Conhecimento sobre o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH)-Dirigente Hospitalar

Tempo em direção hospitalar:.....

Formação na atividade.....

Tamanho do hospital que dirige.....

Número de internações por ano.....

1.Qual a composição temática do Programa de Controle de Infecção Hospitalar?

2.Qual a abrangência do trabalho de assessoria do Programa no Hospital?

3.Como o PCIH exerce a Assessoria ao dirigente hospitalar?

4.O que falta?

5.Que utilidade das informações geradas pelo PCIH lhe trazem para o exercício das funções de dirigente hospitalar?

6.Onde ancora a qualidade da assistência hospitalar?

7.Onde se encontram os pontos nevrálgicos para a qualidade da assistência?

8.De que maneira efetiva o apoio que dá ao PCIH?

9. Como traduz o compromisso do dirigente hospitalar com a eficácia do PCIH?

Formulário para emissão de decisões

- 1) QUAIS DECISÕES INSPIRADAS POR ESTE RELATÓRIO PODEM SER TOMADAS?

ANEXO 5

INSTRUMENTO 3- Favor devolver para

.....

SATISFAÇÃO DOS LEITORES DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO PCIH
 DIRIGENTE() GERENTE DO PCIH() médico() enfermeira()
As informações veiculadas pelo relatório são:

ITENS	ESCORES
1) Claras	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
2) Concisas	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
3) Esclarecedoras	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
4) localizam problemas	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
5) informação original (nunca vista antes)	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
6) sinaliza necessidade de investimentos	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
7) facilidade de leitura	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
8) utilidade da informação	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
9) apoio na definição de prioridades	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
10) interpretação (significado dos gráficos/tabelas)	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
11) análise adequada (correlação entre os dados e informações)	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM
12) apoio eficiente das decisões	()MUITO ()RAZOAVEL ()POUCO ()RUIM

Sugestões: