

# CULTURA & QUALIDADE EM HOSPITAIS

*Olímpio J. Nogueira V. Bittar*

Cultura é todo complexo que inclui os saberes, as crenças, a arte, as leis, a moral, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro de uma sociedade (Aktouf, 1991).

Qualidade é uma propriedade, atributo ou condição capaz de distinguir programas, serviços, pessoas entre seus pares e lhes determinar a natureza e, numa escala de valores, permitem avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa.

Cultura & qualidade em hospitais adquirem outras dimensões, sinalizando para a necessidade de conhecer a complexidade do hospital como organização.

## As Mudanças Culturais ao Longo do Tempo

Cultura organizacional passa a ser um conceito estudado por antropólogos, sociólogos e administradores como uma tentativa de melhorar as relações intra e entre organizações na busca de melhor qualidade profissional e de vida, maior produtividade e menores custos de produção.

Para facilitar o entendimento da relação entre cultura & qualidade são apresentadas alguns atributos na tabela 1.

Tabela 1: Cultura e seus atributos.

---

▪ Valores	▪ Linguagem
▪ Símbolos	▪ Ritos
▪ Mitos	▪ Cerimônias
▪ Lendas	▪ Regras sociais
▪ Sagas	▪ Normas
▪ Anedotas	▪ Credos
▪ Crenças	▪ Filosofias de gestão
▪ Estruturas	▪ Saber compartilhado
▪ Hábitos	▪ Maneiras de ser ou de vestir
▪ Slogans	▪ Determinantes inconscientes
▪ Comprometimento	▪ Decisão

---

Fonte: Aktouf, 1991

A cultura influencia a qualidade de maneira positiva ou negativa, de acordo com os atributos e comportamentos que impregnam a instituição.

A cultura também decorre do histórico da formação das instituições de saúde. Os hospitais nasceram baseados na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo, o que tornou as decisões tipicamente empresariais uma dificuldade por vezes intransponível.

A análise dos atributos ressalta a interferência no dia-a-dia das atividades do hospital, sobre as estruturas técnicas e administrativas, quanto ao número de cargos e mesmo quanto à nomenclatura utilizada. Esta interferência incide desde os cuidados com a humanização, o ambiente hospitalar, a realização de tarefas com maior ou menor dedicação e o desprendimento em compartilhar saber.

De acordo com Aktouf (1991), a cultura pode ser entendida como:

- um conjunto de modos de pensar, de sentir e de agir mais ou menos formalizados, os quais tendo sido aprendidos e partilhados por uma pluralidade de pessoas, servem, de maneira objetiva e simbólica, para integra-las em uma coletividade distinta de outras;
- um conjunto complexo e multidimensional de praticamente tudo o que constitui a vida em comum nos grupos sociais;
- a configuração de condutas apreendidas, resultado de um comportamento cujos componentes e determinantes são compartilhados e transmitidos pelos membros de uma sociedade;
- a obtenção e a utilização de meios (mitos, ritos, credos, slogans, cerimônias, etc.) susceptíveis de favorecer a emergência de um sentimento coletivo de identificação e de outorga de sentido ao trabalho - sentido este destruído durante séculos pela divisão técnica do trabalho e pela especialização.

A cultura admite subdivisões, subculturas. Estas são uma parte da cultura total de uma sociedade que caracteriza segmentos. Cada área/subárea de um hospital possui sua própria cultura, cria seus próprios mitos, suas maneiras peculiares de relacionamento. Vivem e sobrevivem de acordo com regras estipuladas por seus membros, suas necessidades, suas urgências/emergências e a maneira como respondem aos estímulos do meio interno e externo.

A cultura organizacional inspira comportamentos que interferem na administração da organização. Estes comportamentos devem ser entendidos a fim de que se possa aumentar o conforto e diminuir o conflito (tabela 2).

Tabela 2: Componentes do comportamento.

Liderança	Qualidade de vida
Relacionamento interpessoal	Foco no cliente
Trabalho em equipe	Foco no resultado
Comunicação	Pró-atividade (oportunidades)
Administração de conflitos	Comprometimento
Flexibilidade	"Accountability"

## Programas de Qualidade

A preocupação com qualidade vem desde Hipócrates, mas no século XX, na área da saúde, surge de forma renovada a partir do Relatório Flexner nos Estados Unidos da América. Este documento causou uma radical transformação no sistema de saúde americano, inclusive com o fechamento de hospitais.

Existe o risco de se implementar um programa de gestão da qualidade que não encontre respaldo na cultura organizacional. Neste caso, o programa não tem sustentação e leva os clientes internos e externos a não perceberem os benefícios do mesmo e, conseqüentemente, cai no vazio em curto espaço de tempo.

O conjunto de programas e serviços oferecidos pelos hospitais deve, obrigatoriamente, conter qualidade, já que deste conceito depende a prevenção de doenças, a promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, aliados ou não ao ensino e pesquisa. Outros atributos devem acompanhar a qualidade, como a alta produtividade e baixos custos.

Existem diversas formas de trabalhar conceitos de qualidade, como os programas 5S (utilidade, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina), o PDCA (ciclo constituído de quatro fases - planejar, executar, verificar e atuar - que trata do gerenciamento pelas diretrizes) o desenvolvimento de ciclos de melhoria, a determinação de metas e a utilização de indicadores (Bittar, 2001). Porém, nada disto se faz sem técnica e sem conceitos de administração. Naturalmente, a frágil cultura quanto à utilização de tecnologias baseadas na documentação e registros (elaboração de atas, regimentos, protocolos, procedimentos), bem como aspectos ligados à comunicação, assertividade, retorno das informações (administrativas, técnicas, de saúde e mesmo sociais), além do domínio sobre a administração do tempo, dificultam demasiadamente a implantação destes programas.

A consciência de que qualquer programa de qualidade passa por uma reestruturação interna da unidade, e interfere inclusive nas relações interpessoais, pressupõe especial atenção quanto à preparação da organização, na revisão das atribuições de cada área/subárea e na valorização de competências pessoais voltadas para o campo da saúde, descritas por Deluiz (2001): humana, técnica, organizacional, comunicativa, social, pessoal, de cuidado, de serviço, sócio-política e para negociação. Ainda, segundo Primi, Santos e Vendramini (2001), as competências podem ser complementadas pelo domínio da linguagem, capacidade de compreensão de problemas, comportamento frente a situações-problema, desenvoltura na construção de argumentações e elaborações de propostas. Dificuldades em narrar, transmitir e traduzir o que fazem são comuns aos profissionais da área de saúde.

Mas se o sistema componente da estrutura interna (figura 1) for complementado com outros sistemas macro - o Sistema Nacional, Social, ou Comunitário e o Sistema de Saúde - observa-se a interação entre os mesmos, e se percebe que a formação das comunidades, do ponto de vista educacional, social, psicológico e cultural, leva à formação de diferentes culturas, nos níveis local, regional e nacional.

O atendimento médico-hospitalar, inadequadamente centrado no hospital, ao se colocar como um equipamento para resolução de casos de maior complexidade, mas que também delibera sobre os casos de baixa complexidade cria distorções culturais importantes para o sistema.

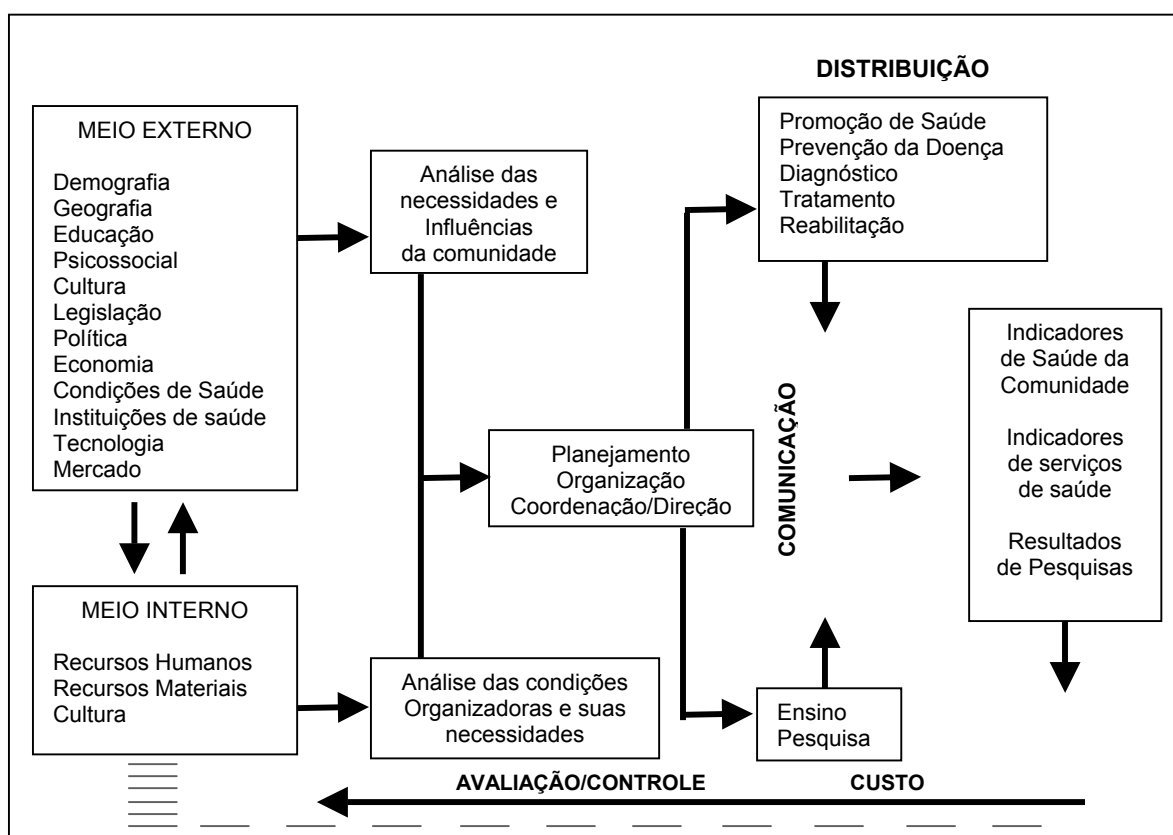
Os membros de todas as profissões tendem a impor aos seus pares um conjunto de códigos de comportamento e padrões de desempenho supostamente aceitáveis, e se recusam, como regra, a aceitarem avaliações de pessoas externas. É o caso dos médicos que resistem às tentativas de empresas de

assistência médica e das operadoras de planos de saúde no sentido de estabelecer normas sobre a prática da medicina.

A complexidade do desenvolvimento da atividade médica pode ser medida pelas diversas especialidades e subespecialidades, pelo número de doenças e procedimentos existentes, pelas condições emocionais do paciente, familiares e acompanhantes no momento da prestação de cuidados, e pelo intenso desenvolvimento tecnológico ocorrido nas últimas décadas. Estes elementos confirmam a necessidade de especificar os aspectos e técnicas de administração a serem utilizados na abordagem do corpo clínico.

A formação de cenários (Bittar, 1997) é fortemente influenciada pela cultura institucional (interna) e do meio ambiente (externa).

Figura 1: Sistema de saúde.



Fonte: Bittar, 1982.

O ambiente é a base das necessidades da comunidade em termos de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnósticos, tratamentos e reabilitação, necessidades estas que o sistema de saúde supre em parte. Logicamente fatores demográficos, geográficos, educacionais, culturais, psicossociais, econômicos, epidemiológicos, e tecnológicos; e a existência ou não de outras unidades de saúde, interferem nas relações saúde-doença da comunidade. O corpo clínico não pode e não deve estar alheio a estes fatores, já que as interferências têm que ser analisadas e apreciadas nas suas intervenções.

As variáveis, tanto no nível interno quanto externo, configurando necessidades a serem suplantadas junto com os produtos resultantes e as maneiras de serem levadas às comunidades, formam as matérias, métodos e técnicas de promoção da qualidade.

Por resultados se entende os produtos e serviços decorrentes das atividades dos profissionais, podendo chegar, conforme a Associação Médica Brasileira (1996) a 3.870 procedimentos (sem contar que um laboratório clínico pode hoje realizar 3.000 diferentes exames complementares) vindos de 2.870 diagnósticos possíveis. Qual a empresa, industrial ou de serviços, que produz este número de produtos?

### **Acreditação e Certificação**

Em outubro de 1999 foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Decorridos quatro anos tem-se 21 hospitais acreditados em um universo de 6.528 instituições. Espera-se pouco dos 60% que são de pequeno porte, porém, entre os 40% restantes existem instituições importantes que mereceriam investir em programas de qualidade, em especial a acreditação. Mas porque isto não acontece? Por que é tão difícil o engajamento de um maior número de hospitais em programas de qualidade? Talvez uma das respostas seja um traço cultural do imediatismo arraigado nas atividades hospitalares, visto que programas de qualidade apresentam resultados a médio e longo prazo.

A acreditação, como um programa que distingue as organizações de saúde que são bem sucedidas nas avaliações, é um resultado. Cabe destacar que existe também a certificação, que não é específica para instituições de saúde, mas que pode ser utilizada como uma opção de um programa de qualidade.

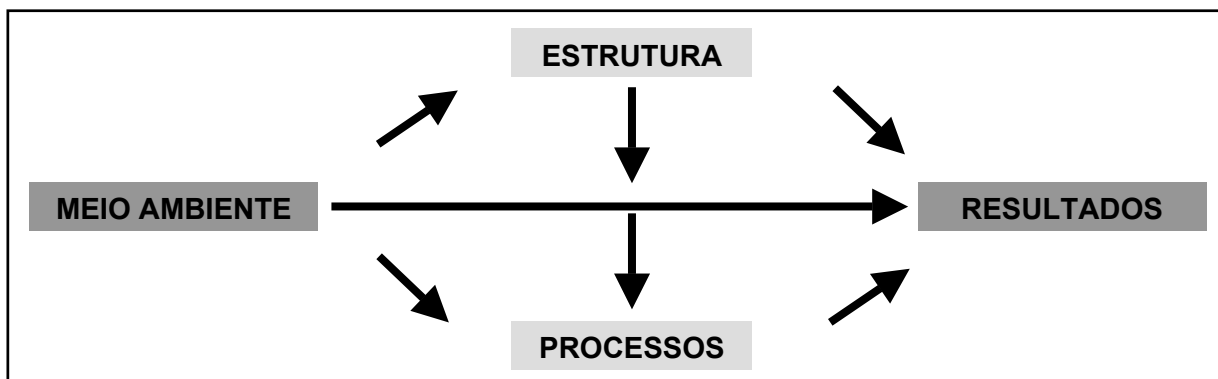
Qualquer programa de qualidade, com posterior acreditação ou certificação, baseia-se fortemente em pessoas, o que justifica o investimento em treinamento e no entendimento de como elas devem se associar para a produção de programas e serviços qualificados. Na definição da Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations para equipe multiprofissional (Bittar, 1997), nota-se a necessidade de administrar a cultura das várias categorias profissionais que dão atenção ao paciente. A definição na íntegra é a seguinte: *um grupo composto de indivíduos de várias profissões e disciplinas os quais interagem regularmente e cada membro tem um conhecimento da avaliação e dos cuidados dos pacientes/famílias. A equipe se caracteriza por reunir as habilidades dos membros, permitindo que os papéis se confundam enquanto simultaneamente dão suporte um ao outro, mantendo o respeito pelas habilidades, treinamento e intervenções de cada um.* Há, evidentemente, diferenças culturais entre as diferentes profissões, mas se destaca o esforço em se manterem juntos, o que não deixa de ser um trabalho com base na cultura.

A importância do conhecimento, da valorização e do entendimento da cultura torna-se imprescindível para a conquista da qualidade em instituições complexas.

## Hospitais como Instituições Complexas

Não apareceu ainda um diagrama melhor do que o de Fleming (Bittar, 1997) para definir a complexidade dos hospitais, onde estrutura e processos nascidos no meio ambiente produzem resultados que também recebem a influência deste último, evidenciando interatividade constante entre estrutura, processos e meio ambiente (figura 2).

Figura 2: Interação entre meio ambiente e uma organização de saúde (modelo de Fleming).



A estrutura é representada por uma gama enorme de componentes, subdivididos, de acordo com a composição de cada um, e que se encontram resumidos na tabela 3.

Tabela 3: Recursos componentes da estrutura.

	Recursos Materiais (Permanente)	Recursos Materiais (Consumo)	Recursos de Utilidade Pública
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edificações</li> <li>▪ Mobiliários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicamentos</li> <li>▪ Médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Energia elétrica</li> <li>▪ solar</li> <li>▪ gás</li> <li>▪ eólica</li> <li>▪ outras</li> </ul>
Recursos Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipamentos</li> <li>▪ Instrumentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermagem</li> <li>▪ Limpeza</li> </ul>	
Recursos de Informações	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utensílios</li> <li>▪ Veículos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manutenção</li> <li>▪ Gases Medicinais</li> <li>▪ Combustíveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Água/esgoto</li> </ul>
Recursos empregados em serviços terceirizados e quarteirizados		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Roupas</li> <li>▪ Escritório</li> <li>▪ Informática</li> <li>▪ Impressos</li> <li>▪ Gêneros alimentícios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicação</li> <li>▪ telefone</li> <li>▪ internet</li> <li>▪ intranet</li> <li>▪ correio</li> <li>▪ Transporte</li> </ul>

Fonte: Bittar 2001

Estes componentes se distribuem em áreas/subáreas que serão especificadas mais adiante nas tabelas 4, 5, 6 e 7.

De um modo prático, a decomposição das quatro grandes áreas em inúmeras subáreas serve para evidenciar as particularidades de cada uma, como sua cultura, modos de trabalho, contatos diretos com os pacientes, somente contatos internos, enfim, relações diferenciadas de clientes e usuários que tomam forma no negócio que cada um desempenha, bem como competências específicas que têm que ser desenvolvidas para obtenção de processos e resultados com qualidade.

No que diz respeito aos materiais, os números com os quais os hospitais podem trabalhar chegam a somar 8.000 itens para materiais de consumo, 4.000 para medicamentos e mais de 1.000 para impressos (Bittar, 1997).

No item recursos humanos se encontra a mais delicada das questões. Há um grande número de categorias profissionais que se apresentam com diversas especialidades e subespecialidades, como 50 para médicos (acrescidas de áreas de atuação), 33 para enfermeiros, 14 para dentistas, sem contar que biomédicos e bioquímicos também se subespecializam, assim como o pessoal de manutenção, incorpora diferentes hábitos, exigindo conhecimentos, habilidades e atitudes diferenciadas. Adiciona-se a este conjunto as dificuldades do trabalho em equipe, da interação interdisciplinar e das relações interpessoais.

Tabela 4: Subáreas componentes da área de infra-estrutura.

- 
- Administração (inclui conselho)
  - Auditoria
  - Biblioteca
  - Centro de esterilização de material
  - Creche
  - Farmácia
  - Finanças (orçamento, contabilidade de custos, contabilidade geral, tesouraria, contas a pagar, contas a receber)
  - Informática
  - Jurídica
  - Lavanderia/costura
  - Manutenção (predial, elétrica, eletrônica, hidráulica, equipamentos, marcenaria),
  - Marketing (convênios, atendimento ao cliente, divulgação)
  - Material (compras, almoxarifado, patrimônio e importação)
  - Nutrição e dietética (produção, clínica, lactário)
  - Ouvidoria
  - Recursos Humanos (recrutamento, seleção, treinamento, administração de pessoal e benefícios engenharia/segurança e medicina do trabalho)
  - SAME (matrícula, agendamento, internação, arquivo, estatística e faturamento)
  - Reprografia
  - Zeladoria (protocolo, vigilância, telefonia, recepção, portaria, estacionamento, elevadores, vestiários, limpeza, transporte e velório)
- 

Fonte: Bittar, 1997.

As quatro grandes áreas - infra-estrutura, ambulatório/emergência, diagnóstico e terapêutica, e internação clínico cirúrgica - são diferenciadas e apresentam características específicas. Na infra-estrutura concentram-se as categorias profissionais que tradicionalmente não são exclusivas das instituições de saúde - não atendem diretamente ao paciente e atuam como suporte para as

outras três grandes áreas. Há exceções como, por exemplo, os nutricionistas que participam de atividades de assistência direta ao cliente/paciente.

A área de infra-estrutura, que se caracteriza por desempenhar uma função de suporte operacional para as demais, nem sempre é visualizada e valorizada, inclusive por instâncias administrativas superiores que não promovem investimentos em capacitação. O conjunto de algumas das subáreas que as formam são responsáveis por aspectos ligados à hotelaria, com implicações em humanização do atendimento, conforto e primeiro relacionamento com clientes, visitantes, fornecedores e profissionais de saúde.

No hospital como um todo, mas principalmente na infra-estrutura, o percentual de profissionais com nível universitário é pequeno, chegando às vezes a ser menor do que 10%, o que expressa a dificuldade de entendimento, a aplicação de tecnologias e a implantação de programas de qualidade. Isto seria menos penoso se houvesse uma boa formação no nível técnico que incluísse especificações sobre órteses e próteses e outros materiais hospitalares, técnicas de negociação, técnicas de logística e uma infinidade de inovações tecnológicas e de gestão.

A porta de entrada de um hospital se dá, na maioria das vezes, pelo ambulatório/ emergência, sendo este local hoje dedicado também à realização de procedimentos invasivos ou não, de maior complexidade, humanizando o atendimento, reduzindo custos, aumentando a produtividade, implicando numa boa imagem do hospital em relação à comunidade. Os componentes da área de ambulatório/emergência são apresentados na tabela 5.

Tabela 5: Subáreas componentes da área de ambulatório/emergência.

---

▪ Ambulatório de especialidades médicas	▪ Psicologia
▪ Cirurgia ambulatorial e recuperação anestésica	▪ Pronto atendimento
▪ Emergência/Urgência	▪ Subáreas de apoio
▪ Odontologia	▪ Serviço Social

---

Fonte: Bittar, 1997.

Esta grande área e as duas outras seguintes decidem questões como o que usar, em que quantidade e qualidade, em um grau maior do que o responsável pela instituição, conforme pode ser visto nas configurações organizacionais defendidas por Mintzberg (1979).

Neste ponto a implementação de programas de qualidade tem um papel fundamental na racionalização e padronização de insumos e recursos humanos, haja vista que com a diversidade de formação existente, nas muitas faculdades de medicina, as inúmeras normas de condutas criadas, diversidade de recursos materiais, permanentes ou de consumo, com que se defrontam os administradores de saúde, podem levar a um exagero e desperdício de recursos com perdas de qualidade e financeira.

A partir da década de 70 do século passado, um grande avanço foi obtido na área complementar de diagnóstico e terapêutica, com implicações importantes para o esclarecimento mais rápido dos diagnósticos, maior rotatividade dos leitos

e, conseqüentemente, menor exigência, com facilidades para realização de procedimentos mais complexos no ambulatório, deixando o paciente por um tempo menor dentro do hospital, mas com implicações sérias para os custos dos programas e serviços em saúde. Estes custos decorreram tanto da tecnologia empregada como da superposição de exames, incluindo as distorções no atendimento, com profissionais mais preocupados em solicitar exames do que em efetuar uma anamnese cuidadosa. Vê-se aqui a necessidade de implementar o programa de qualidade através de protocolos clínicos que delimitem e padronizem as opções de exames para cada doença, cada situação, reduzindo custos, humanizando o atendimento e valorizando a formação e participação do profissional no processo.

Tabela 6: Subáreas componentes da área complementar de diagnóstico e terapêutica.

▪ Anatomia patológica	▪ Hemodiálise
▪ Angiografia/ hemodinâmica	▪ Holter
▪ Banco de sangue	▪ Litotripsia
▪ Banco de tecidos	▪ Medicina nuclear
▪ Betaterapia	▪ Microondoterapia prostática
▪ Biologia molecular	▪ Neurofisiologia
▪ Cardiotocografia	▪ Oftalmologia
▪ Dermatologia (laser)	▪ Ortóptica
▪ Diálise peritoneal	▪ Patologia clínica
▪ Ecocardiografia	▪ Pneumologia (provas)
▪ Endoscopia	▪ Potencial evocado
▪ Eletrocardiografia	▪ Quimioterapia
▪ Eletroencefalografia	▪ Reprodução humana
▪ Ergometria	▪ Radioterapia
▪ Imagem (radiologia convencional, tomografia, ressonância magnética, (ultra-sonografia)	▪ Reabilitação*
	▪ Urodinâmica

\* (especialidades médicas e não médicas, incluindo Fisioterapia/Fonoaudiologia)

Fonte: Bittar, 1997.

Nestas subáreas concentram-se lideranças técnicas que normalmente centralizam as decisões, dificultando ou evitando a participação das equipes. Finalmente, se o problema do paciente não é resolvido nas áreas anteriormente citadas, resta a internação que, como as outras, apresenta sua própria cultura, seu modo de atender e o seu jeito de reagir às urgências/emergências.

Tabela 7: Subáreas componentes da área de internação clínico-cirúrgica.

▪ Anestesia	▪ Internação clínico-cirúrgica
▪ Subáreas de apoio à enfermagem	▪ Internação obstétrica
▪ Centro cirúrgico e obstétrico	▪ Terapia semi-intensiva
▪ Centro de recuperação anestésica	▪ Terapia intensiva adulto
▪ Infecção hospitalar	▪ Terapia intensiva pediátrica
▪ Internação pediátrica	▪ Unidade neonatal

Fonte: Bittar, 1997.

A área de internação clínico-cirúrgica poderia ser dividida em internação, terapias intensivas, blocos cirúrgicos e obstétricos, cada qual, agregando aspectos culturais próprios, ou mais precisamente, subculturas.

As áreas compostas por médicos, enfermeiros, biomédicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, tratam a área de infra-estrutura com indiferença, uma vez que supõem que representa um conjunto de atividades simples e desprovidas de tecnicidade. Na verdade trata-se de um infeliz engano.

O profissional médico, sem vínculo integral com a instituição, tende a considerar a idéia da qualidade como mais um modismo e que, portanto, não merece a sua atenção. Independentemente deste aspecto, o viver de plantões e o trabalho em dois ou mais empregos - comum em várias categorias da saúde - dificultam a construção da cultura para a qualidade.

### **Especialidades dos Profissionais**

Na questão da especialização cogita-se voltar ao passado, sem desprezar o avanço tecnológico que permitiu o aparecimento de especialidades, atualmente 50 (mais as áreas de atuação) para os médicos (Conselho Federal de Medicina, 2002), 33 para os enfermeiros (Conselho Federal de Enfermagem, 2001), 14 para os odontólogos (Conselho Federal de Odontologia, 1999), além de outras categorias, que têm influenciado positivamente na melhoria da qualidade do atendimento médico. Essa expansão. Contudo, comprometeu a humanização do cuidado e a visão global do paciente.

A valorização dos médicos com conhecimento geral, como é o caso dos clínicos, pediatras, ginecologistas, traz retorno para o hospital em qualidade e divisas, uma vez que 80% dos problemas podem ser resolvidos com ações destes especialistas.

Quando se comenta a formação de um corpo clínico, há que se pensar no dimensionamento das equipes médicas e na distribuição dos profissionais por especialidades, em face da relação custo/benefício e economia de escala, resultantes do número de profissionais em relação à demanda global e por especialidades.

Parcerias e terceirizações são relacionamentos que devem ser pensados quando da racionalização do atendimento, da qualidade dos programas e serviços.

Medir o resultado destas áreas é uma tarefa difícil, não só pelo grande número de indicadores formais (Bittar, 2001), mas pela possibilidade de inclusão de inúmeros outros, como as quedas, iatrogenia, medicamentos perdidos devido inobservância do prazo de vencimento, entre outros.

A ausência de protocolos clínicos deve-se em parte aos problemas na formação dos profissionais nas escolas de medicina, uma vez que estas ainda não se preocupam com padronização.

Pesquisa e ensino nem sempre estão individualizadas da assistência prestada, confundindo-se recursos humanos e materiais, com conseqüências nocivas para a qualidade, produtividade e custos.

Uma das subáreas imprescindíveis para o bom sucesso destas áreas é a existência de biblioteca equipada com recursos que vão desde de um quadro de pessoal treinado em saúde e administração em saúde, recursos materiais de informatização e um acervo que cubra as especialidades profissionais existentes, em saúde pública.

## Particularidades dos Processos em Saúde

As barreiras em unidades de saúde não nascem somente nas diferenças físicas entre áreas/subáreas, mas também nos processos de produção de cada uma delas.

Os processos estão presentes em todas as áreas, sendo que podemos dividi-los em dois tipos: os aplicados diretamente aos pacientes e os que servem de suporte ou atendimento entre as áreas e subáreas. Na lista de procedimentos médicos da Associação Médica Brasileira (1996) encontram-se 3.877, relacionados somente os exames laboratoriais de rotina.

Fatos como a excessiva formação de algumas categorias de saúde (médicos, 6.000 profissionais a mais do que o mercado tem condições de absorver) e a criação de subespecialidades, aliados à resistência ou falta de vontade de conhecer a interligação de processos entre as diferentes subáreas das quatro grandes áreas, produzem barreiras culturais intransponíveis traduzidas em baixa qualidade do ambiente de trabalho e prejuízo para os processos de cuidados aos pacientes.

Turnos, plantões e cargas horárias distribuídas pelas diferentes categorias profissionais dificultam a integração, a fluidez dos processos e o entendimento do doente de um modo holístico.

A multiplicidade de áreas e subáreas, incluindo a diversidade de profissões, cria estruturas administrativas ou organizacionais superdimensionadas horizontal e na vertical, principalmente nos hospitais públicos, piorando a divisão interna e aumentando as dificuldades para se obter uma assistência conforme determinados padrões de qualidade.

Para que os processos diagnósticos e terapêuticos sejam realizados, existe a necessidade dos outros processos da área de infra-estrutura, aumentando-se ainda mais a quantidade deles. Estes processos guardam entre si alguns aspectos como diversidade, complexidade, intensa intersectorialidade, citadas abaixo:

- para um mesmo processo, em diferentes pacientes, pode-se necessitar de medicamentos com diferentes dosagens, assim como a mesma doença admite diferentes tratamentos, invasivos, não invasivos ou simplesmente a observação;
- a mesma doença pode exigir um número maior e diferentes exames complementares para ser esclarecida;
- a coordenação de uma equipe multiprofissional em saúde pode ser dificultada pelas diferentes categorias profissionais que a compõem, bem como pela diversidade de formação que cada faculdade imprime, desenvolvendo processos de maneiras e custos diferentes, embora corretos;
- os conhecimentos das diversas categorias profissionais são muito estanques, assim, enfermeiros estão habilitados para aplicar medicamentos que farmacêuticos conhecem mais profundamente a farmacologia;
- recrutamento, seleção e manutenção de profissionais para trabalhar na área não são tarefas fáceis dadas as especificidades, inclusive,

trabalho em turnos, condições estressantes, responsabilidade, envolvimento emocional, entre outras;

- educação, treinamento e habilidades são peças fundamentais, não só pelas considerações acima, mas também pela responsabilidade, complexidade, quantidade e diversidade de processos, já citados. É uma forma de assegurar qualidade, alta produtividade e baixo custo;
- o simples contato da recepcionista, da telefonista com o público já é um processo que pode facilitar ou dificultar o relacionamento do público com os profissionais da instituição. Muitas vezes, o relacionamento é tumultuado por fatos desagradáveis ocorridos devido a trabalho insatisfatório desenvolvido por subáreas como nutrição e limpeza ou outro fato relativo a hotelaria;
- na área de saúde, quem ordena as despesas não é quem autoriza a compra, mas os médicos que na maioria das vezes desconhecem o custo dos processos. Além do mais, os médicos são responsáveis pelo contato entre o paciente e o hospital, que é o prontuário médico, que nem sempre é legível e completo;
- a área física interfere nos processos. Como exemplo podemos citar aquelas em que os fluxos de insumos, lixo, materiais biológicos não são adequados, levando à infecção hospitalar e suas conseqüências (morbidade, mortalidade, custos). Ela também facilita processos, reduzindo movimentos, diminuindo pessoal e custos;
- a seleção e padronização de medicamentos, materiais de consumo, equipamentos, instrumentos e outros insumos é dificultada pela grande e variada oferta do mercado e pela rapidez com que o desenvolvimento tecnológico aumenta esta relação. Atrasos na entrega, insumos de má qualidade, podem comprometer o processo;
- a revisão ágil e constante dos processos é pressionada pela rápida evolução da tecnologia, o que requer capacidade inovadora de toda a equipe;
- o comprometimento das pessoas é fator preponderante para o bom sucesso dos processos;
- comunicação é fator de viabilização dos processos. Assim, exige-se a coleta e divulgação de informações rotineiras e periódicas para sua alimentação;
- um grande número de equipamentos de precisão é utilizado na realização de processos, o que faz, por exemplo, da calibração uma atividade imprescindível;
- a repetição de trabalho pode se dar tanto pela utilização de insumos de má qualidade como por recursos humanos mal preparados, com custos elevados tanto financeiros como pela perda ou seqüelas deixadas em seres humanos (exemplo um raios-X com incidência não desejada);
- devido ao grande número de interações na execução de um processo, a rastreabilidade quando do encontro de uma não-conformidade, exige tempo e trabalho dos profissionais;
- situações de urgência/emergência em provisão de programas e serviços de saúde exigem que o tempo de resposta do processo que é

executado seja curto, reforçando a necessidade das ações estarem descritas, treinadas, confiáveis e com determinação clara de responsabilidades. Na maioria das vezes as atividades dos processos podem estar em série (na seqüência) ou em paralelo (simultaneamente), fazendo com que exista uma logística bastante estudada para o seu desenvolvimento;

- as inúmeras influências externas e internas no desenvolvimento dos processos hospitalares, técnicos e administrativos exigem programas de qualidade e sua conseqüente certificação ou acreditação;
- a avaliação dos processos é dificultada pelos fatores citados acima, que se resumem em excessiva dependência de mão-de-obra especializada e diversificada, complexidade tecnológica, fatores ambientais, diferenças de morbidade e mortalidade locais e regionais, fatores institucionais, redes internas e externas de interação de processos, entre outros.

### **Barreiras Culturais à Implantação de Qualidade em Hospitais**

Há dificuldade em se ter normas e padrões dentro do hospital devido à quantidade de regras informais e formais que decorrem das interações e negociações que se estabelecem entre os participantes na divisão do trabalho, ou seja, o objetivo básico do hospital é recuperar o doente em condições de saúde física e mental (independente das normas e padrões).

Hospital é a soma de diferentes tipos de organização, com tempos de decisão próprios. Existe uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores.

A dificuldade em entender sistemas, já que os hospitais são constituídos de diferentes sistemas, leva à impossibilidade de conhecer inter-relações, desfigurando ações que dependem de varias subáreas.

A impossibilidade de se obter diagnósticos institucionais, setoriais e globais, são muitas vezes decorrentes do que foi dito acima.

Lidar com o coletivo nem sempre é possível na medida que o aprendizado todo foi sobre o individual. Assim, as relações internas também ficam prejudicadas.

Desapreço dos profissionais de saúde por papéis, documentação, registros tomam a história da instituição, dos pacientes, das pessoas, das inúmeras fases vivenciadas, impossíveis de serem tabuladas, analisadas. Assim, não-conformidades identificadas nos processos dificilmente podem ser solucionadas de maneira correta, objetiva e ágil.

O controle de resíduos, itens de utilidade pública (água/esgoto, comunicação, gás, energia elétrica, a preparação para alocação dos pontos de coleta e distribuição destes elementos de maneira racional) colaboram para a obtenção da redução do trabalho, dos riscos e prevenção de acidentes, conseqüentemente da qualidade. A desconsideração por determinados ciclos, como o de resíduos líquidos, faz com que ácidos e outros líquidos resultantes de reações químicas sejam jogados no esgoto, resíduos sólidos sejam descartados no lixo comum, sem a menor preocupação com a qualidade do meio ambiente.

Historicamente, as ações são formadas sem planejamento e organização, dentro do imediatismo, o que é uma característica da prestação de cuidados em saúde (aliviar imediatamente a dor e o sofrimento), levando a sérias dificuldades de coordenação/ direção e avaliação/control de programas e serviços.

A ausência de incentivo à pesquisa e de publicações ligadas à administração e cultura organizacional dificultam a implantação de técnicas de negociação, de interação, de responsabilização pela qualidade, da troca de experiências entre unidades hospitalares.

Cada área/subárea pode ser tomada como um negócio, necessitando descrever seus vínculos com fornecedores e respectivos insumos, o conhecimento dos clientes com os respectivos produtos, corretamente explorados e trabalhados.

Sendo a estrutura organizacional desagregadora por excelência, é recomendado utilizar mecanismos operacionais sociais como comissões, estruturas matriciais, reuniões, grupos de trabalho em geral, tornando possível a obtenção da qualidade com um trabalho sistemático com os diferentes grupos, categorias profissionais, formais e informais, que completam o quadro de pessoal das unidades.

As comissões se multiplicam, por vezes redundantes entre si, mas são meios efetivos de solucionar problemas entre e intra-áreas/subáreas, sendo as mais comuns, exigidas ou não pela legislação, as constantes na tabela 8.

Elas são parte importante da estrutura hospitalar. A complexidade das atividades, a necessidade de conhecimentos específicos, faz com que muitas das decisões só possam ser tomadas com a participação de diferentes especialistas, quando não também com a participação de outras categorias profissionais, como enfermeiros, bioquímicos, nutricionistas, fisioterapeutas e também profissionais da área de infra-estrutura, como engenheiros, administradores, economistas, entre outros. Outras comissões, dependendo da cultura e necessidades específicas de cada corpo clínico e do hospital, podem ser criadas como, por exemplo, a Intra-hospitalar de transplantes, obrigatória para aqueles que realizam transplantes.

Tabela 8: Comissões em atividade nos hospitais.

▪ Análise óbitos e biópsia*	▪ Mortalidade materna
▪ Biosegurança	▪ Terapia nutricional
▪ Brigada de incêndio*	▪ Perinatologia
▪ Ética*	▪ Pesquisa & Ensino
▪ Farmácia e terapêutica*	▪ CIPA*
▪ Hotelaria	▪ Planejamento familiar
▪ Humanização	▪ Prontuário do paciente*
▪ Infecção hospitalar*	▪ Protocolos clínicos
▪ Intra-hospitalar transplante*	▪ Qualidade
▪ Licitações	▪ Suprimentos
▪ Material/medicamento	▪ Padronização de dietas
▪ Nutrição enteral e parenteral*	▪ Reprocessamento de material
▪ Revisão de documentação	

(\*) Obrigatórias.

É interessante que alguns grupos, em certas áreas ditas fechadas, como as terapias intensivas, sejam mais coesos, mais observadores de regras, de protocolos, enfim de disciplina. A formação básica em biologia, individualista, faz com que compromissos com outras tarefas, também importantes como o correto e legível preenchimento do prontuário médico, seja colocado em segundo plano.

Um outro fato agravante das dificuldades na obtenção da qualidade é a departamentalização excessiva, fazendo com que a comunicação seja truncada, deformada, barrada e, principalmente, a inexistência de retorno da informação.

Algumas categorias profissionais trabalham em desvantagem numérica expressiva, como é o caso da nutrição e dietética. Muitas vezes uma única nutricionista é responsável pela elaboração de cardápios, atendimento a fornecedores, cotação de insumos, supervisão dos profissionais a ela subordinados e orientação a pacientes. Fatos similares se repetem com farmacêuticos que, quando solicitados por outros profissionais, nem sempre atendem de imediato, elevando o número de conflitos internos, com repercussão na qualidade do trabalho institucional e na qualidade de vida dos profissionais.

Aspectos como a baixa informatização, a baixa automação, principalmente na infra-estrutura, dificultam decisões, promovem a morosidade das soluções, desqualificando ações.

O esforço que os profissionais despendem para superar as dificuldades decorrentes de processos escassamente planejados limita as possibilidades de inovação no hospital.

A falta de medição de desperdícios leva a uma inadequada conscientização dos profissionais quanto a melhor maneira de produzir, traduzindo em falta de qualidade.

No que diz respeito à padronização, nota-se ausência de procedimentos operacionais pré-definidos, de protocolos clínicos, de padronização de insumos, equipamentos, instrumentais, levando a um número excessivo de itens, solicitação de um exagerado número de exames complementares, ações realizadas de maneiras diferentes em cada ocasião, traduzindo-se em erros, enganos, acidentes, enfim, riscos para o paciente.

Poder-se-ia lembrar inúmeros aspectos não contemplados como ausência de metas/medidas, de diretrizes, dificuldade em trabalhar com informações de mercado, ausência de economias de escala, ações tomadas sempre em curto prazo, desconhecimento de custos, pouca preocupação com a qualidade de vida dos funcionários, carência de ações de inovação tecnológica, alta incidência de retrabalho.

As inúmeras situações e temas que dizem respeito aos profissionais, conforme a tabela 9, não são tratados com a profissionalização requerida, com a periodicidade exigida, influenciando no processo de tomada de decisão e, conseqüentemente, na qualidade.

Tabela 9: Situações e temas de interesse dos profissionais.

---

▪ Ciclos de melhoria	▪ Procedimentos operacionais padrão, protocolos clínicos e cirúrgicos
▪ Ciência, tecnologia & inovação	▪ Prevenção do desperdício
▪ Cultura institucional	▪ Política local e regional
▪ Contrato de gestão-estabelecimento de metas	▪ Produtividade corporativa, setorial e individual
▪ Discussões e recomendações para melhoria do trabalho profissional	▪ Relatórios das diferentes comissões
▪ Epidemiologia local, regional e outras variáveis	▪ Resultados econômicos
▪ Estatísticas técnicas e administrativas do hospital-seleção de indicadores	▪ Revisão de casos clínicos com análise de relatórios dos programas e serviços
▪ Indicadores de qualidade	▪ Revisão e padronização da estrutura, processos, procedimentos e resultados
▪ Infecção hospitalar e antibioticoterapia	▪ Riscos, reações adversas, eventos sentinelas
▪ Óbitos	▪ Treinamentos para os profissionais de todas as áreas
▪ Morbidade hospitalar	
▪ Necessidades e desejos da comunidade	
▪ Problemas médico-administrativos	
▪ Padronização de medicamentos, materiais de consumo, órteses e próteses	

---

### **Cultura do Desperdício**

A cultura do desperdício se estende aos materiais de consumo, fios cirúrgicos, cateteres, exames complementares e outros itens. A inexistência de protocolos, procedimentos operacionais padrão, informação e informatização, padronização de equipamentos, materiais de consumo e permanente, instrumentais, utensílios e desconhecimento dos custos contribuindo também para a falta de qualidade.

A suscetibilidade à influência de grupos externos de pressão, como os da indústria de equipamentos e outros insumos hospitalares, interfere na cultura organizacional e provocam mudanças na atuação dos profissionais, no relacionamento com os pacientes e com o público em geral.

## Referências Bibliográficas

Aktouf O. O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: ChanlatJ-F (Coord.). O indivíduo na organização. Rio de Janeiro: Atlas, 1991.

Associação Médica Brasileira. Lista de procedimentos médicos: documento informativo. São Paulo, 1996.

Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. RAS, 2001; 3 (12): 21-8.

Bittar OJNV. Hospital: qualidade & produtividade. São Paulo: Sarvier, 1997.

Bittar OJNV. A administração do hospital no próximo milênio. O mundo da Saúde 1997; 21 (3): 136-41.

Bittar OJNV. Marketing em hospitais que não visam lucro. Rev. Paulista de Hospitais 1982; 30 (1/2): 23-32.

Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEN n.260/2001. Fixa as especialidades de enfermagem. <http://www.portal.cofem.gov.br>

Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM n. 1634 de 11/04/2002. Especialidades Médicas.

Conselho Federal de Odontologia - Resolução CFO -185/93. Consolidação das normas para procedimentos no Conselho de Odontologia. Rio de Janeiro, 1999.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação 2001; 2: 5-14.

Mintzberg H. The structuring of organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

Primi R, Santos A, Vendramini C. Competências e habilidades cognitivas: diferentes definições dos mesmos construtos. Psicologia: teoria e pesquisa 2001; 17 (2): 151-9.