

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

PAOLA PANAZZOLO MACIEL

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2019

PAOLA PANAZZOLO MACIEL

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade à distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração/UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Andrea Gonçalves Bandeira

Tutor de orientação à distância: Camila Guaranha

Porto Alegre

2019

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde e todos aqueles que dedicam o seu bem mais precioso na vida, **o tempo**, a cuidar de outras pessoas.

AGRADECIMENTOS

*À minha tutora **Andréia Gonçalves Bandeira**
pelo seu incentivo num dos momentos mais difíceis
da minha vida, que apesar da distância e de não saber,
foi muito importante para a conclusão desta especialização;*

*À minha co-orientadora **Camila Guaranha**
pela dedicação do seu tempo e auxílio neste trabalho.*

*Ao meu marido **Paulo Corrêa da Silva Neto**
fonte de amor e incentivo ao desenvolvimento pessoal,
auxiliando-me nestes últimos momentos de incertezas,*

*À minha **família** que espero ter compreendido os
momentos de ausência para que este trabalho
e os anos de 2018 -2019 se tornasse possível.*

*E acima de tudo, a **Deus**, pelas expiações que
nos faz evoluir!*

“Não ande atrás de mim,
talvez eu não saiba liderar.
Não ande na minha frente,
talvez eu não queira segui-lo.
Ande ao meu lado,
para podermos caminhar juntos.”

Provérbio UTE

RESUMO

Novos desafios, padrões e exigências são esperados das instituições de saúde atualmente. Para isso, a avaliação sistemática de indicadores subsidiam a tomada de decisão para avaliação da eficiência e qualidade do desempenho dos processos. **Objetivo:** No presente estudo buscou-se analisar os indicadores de qualidade e segurança assistencial utilizados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de 2011 a 2018, e descrever os principais indicadores de qualidade e segurança utilizados no relatório de gestão pública após acreditação internacional. **Método:** O estudo teve uma abordagem quantitativa, transversal e descritiva. **Resultados:** Observou-se que os indicadores de acompanhamento assistencial geral manteve a média de 8 dias permanecendo estável, assim como a média do coeficiente de mortalidade 4.9% (4.7-5.1) e taxa de ocupação 88%. Apresentando a taxa média de infecção em 2017 relacionadas à sondagem vesical urinária de 1,3 /1000 dias-sondas; infecção primária de corrente sanguínea de 3/1000 dias-cateter; higiene das mãos dos profissionais de saúde (69,7%) e um grau de satisfação tido como ótimo em 82% dos atendimentos. **Conclusão:** Conclui-se que a utilização dos indicadores permitiu atuação estratégica na melhoria do cuidado dos pacientes através de gestão voltada à qualidade e segurança comparável aos padrões internacionais.

Palavras-chave: Administração serviços de saúde; Gestão em saúde; Indicadores em Saúde.

ABSTRACT

New challenges, standards and requirements are expected from health institutions today. For this, the systematic evaluation of indicators support decision making to evaluate the efficiency and quality of process performance. The aim of present study is analyze the indicators of quality and health care used by the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (HCPA) from 2011 to 2018, describe the main quality and safety indicators used in the public management report. The study had a quantitative, cross-sectional and descriptive approach. It was observed that the indicators of general care monitoring where the average 8 days remained stable as well as the average of the mortality coefficient 4.9% (4.7-5.1) and occupancy rate 88%. In the present study, infection rates (2017) related to urinary bladder catheterization (1.3 / day) and primary bloodstream infection (3 / day), hand hygiene of the health professionals (69.7%) and a degree of satisfaction considered as optimal in 82% of the visits. Considering that the use of the indicators allowed strategic action in the improvement of the care of patients through management focused on quality and safety comparable to international standards. Therefore, it becomes essential as they will result in a health care offering quality and effective care.

Key-Words: Health services Administration; Health management; Health Indicator.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pilares da qualidade assistencial.....	17
Tabela 2 – Indicadores propostos pela <i>Agency Healthcare Research and Quality</i>	19
Tabela 3 - Indicadores assistenciais geral anual do HCPA.....	27
Tabela 4 -: Indicadores do Planejamento Estratégicos do HCPA 2015 a 2018.	31
Tabela 5- Descrição das fórmulas de cálculo dos indicador de IRC e IPCS-CVC.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Tríade de Donabedian.....	17
Figura 2 -Matriz da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.....	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tendência do percentual do coeficiente de mortalidade no HCPA	29
Gráfico 2- Tendência da taxa de ocupação do HCPA	30
Gráfico 3- Percentual de pacientes com tratamento oncológico em até 60 dias.....	32
Gráfico 4 - Taxa de Infecção de cateter central entre os anos de 2011 e 2013.	33
Gráfico 5 - Taxa de Infecção primária de corrente sanguínea	34
Gráfico 6 - Taxa de Infecção urinária ao uso de sondagem vesical de demora	35
Gráfico 7 - Taxa de adesão à higiene de mão dos profissionais de saúde no HCPA	36
Gráfico 8 - Taxa de incidência de quedas no ambiente do HCPA	38
Gráfico 9 - Taxa de incidência de lesão por pressão no HCPA	38
Gráfico 10 - Taxa percepção do paciente quanto uso de pulseira de identificação	39
Gráfico 11- Taxa de satisfação do paciente internado reconhecida como ótimo referido.	40

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSC	<i>Balanced ScoreCard</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IPCS-CVC	Infecções primárias de corrente sanguínea
IQ	Indicadores de Qualidade em saúde
IR-CVC	Infecção relacionadas ao cateter venoso central
IUR-SVD	Infecção urinária relacionada ao uso de sondagem vesical de demora
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MEC	Ministério da Educação
NPS	Núcleo de Segurança do Paciente
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	planejamento estratégico
PROADESS	Projeto de Metodologia Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1 Avaliação da qualidade e segurança dos processos hospitalares.....	16
4.2 Indicadores de saúde.....	18
4.3 Gestão da qualidade dos hospitais no Brasil.....	20
5 MÉTODO	23
5.1 Tipo de estudo	23
5.2 Campo de estudo.....	23
5.3 Coleta e análise dos dados.....	24
5.4 Considerações Éticas.....	25
6 RESULTADOS.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

As instituições públicas e privadas têm buscado identificar ferramentas que forneçam informações relevantes para processos decisórios baseados em evidências e não somente no saber empírico. Semelhante à administração industrial moderna, as instituições hospitalares passaram a monitorar a qualidade dos seus serviços por meio de adoção de indicadores relacionados aos seus produtos (BONATO, 2011; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Utilizar racionalmente os sistemas de saúde, do mesmo modo que monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas e demandas ofertadas, é uma obrigação do gestor, bem como identificar a forma eficaz e eficiente de aplicar os recursos financeiros e políticas públicas (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O *Canadian Institute for Health Information* (CIHI, 2018) apresenta os indicadores de saúde como uma medida projetada para resumir informações sobre um tópico prioritário na saúde da população ou no desempenho do sistema de saúde. Estes indicadores também fornecem informações comparáveis e acionáveis em diferentes fronteiras geográficas, organizacionais ou administrativas para que seja possível o acompanhamento do progresso ao longo do tempo.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2002), os indicadores de qualidade em saúde surgem como instrumento que subsidiam a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde, possibilitando a prática de melhorar a gestão e a atenção oferecida à população. O Manual Brasileiro de Acreditação (2017) também recomenda o uso de indicadores de desempenho para avaliar a qualidade da assistência em hospitais brasileiros (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; MACHLINE; PASQUINI, 2011).

As instituições de saúde estão acompanhando os novos padrões de exigências a fim de responder aos desafios atuais. As oportunidades de atualização assistencial nos serviços de saúde são estímulos aos profissionais, assim como, a incorporação de novas tecnologias nas diversas áreas de atuação na saúde que proporcionam efeitos em nível econômico, social e organizacional (FERNANDES; TARECO, 2016)

Portanto, é imprescindível que os gestores de saúde estejam atualizados e preparados para subsidiar suas decisões e propostas de resultados para avaliação da eficiência e eficácia do

desempenho em seus processos (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017). Dessa forma, torna-se necessária a constante reavaliação e a reorganização do planejamento estratégico e dos processos para se obter um atendimento de qualidade e segurança (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Neste contexto, com base na experiência como enfermeira assistencial de um hospital público, terciário, universitário e de referência no Sul do Brasil, observa-se que a avaliação de indicadores de segurança e qualidade do atendimento fornece subsídios ao gestor e aos profissionais de saúde para exercerem seus ofícios e atividades laborais baseadas nas melhores evidências, oferecendo aos clientes um serviço direcionado e com valor agregado, avaliando os resultados das medidas de melhoria implementadas ao longo do tempo.

E é neste sentido que este trabalho busca analisar e descrever os indicadores estratégicos de qualidade e segurança assistencial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, avaliando seus resultados, principalmente, após a acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), com vistas a identificar mudanças nos resultados dos indicadores gerenciais e assistenciais deste hospital.

2 JUSTIFICATIVA

Na atualidade, os serviços de saúde buscam a qualidade de sua assistência como imperativo técnico e social para gestão em saúde. Independentemente da instituição de saúde ser pública ou privada, a qualidade e a segurança tornaram-se uma exigência fundamental às suas atividades. Para este fim, novos mecanismos de avaliação e de controle da qualidade assistencial foram desenvolvidos através de indicadores de saúde.

Justifica-se a elaboração deste estudo pela necessidade de avaliar se os resultados de indicadores de qualidade e segurança refletem as mudanças do processo assistencial; e se eles formam um conjunto essencial de ferramentas na gestão do serviço e processo de cuidado ao paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os indicadores de qualidade e segurança assistencial utilizados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de 2011 a 2018.

3.2 Objetivos específicos

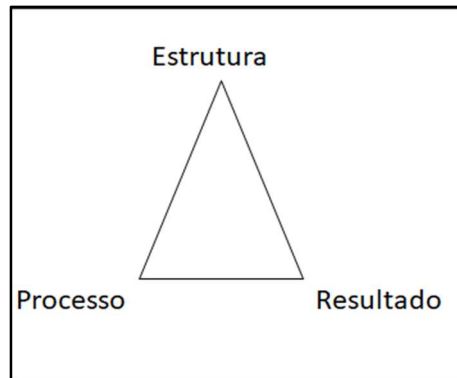
- a) Descrever os principais indicadores de qualidade e segurança utilizados no relatório de gestão do HCPA
- b) Comparar indicadores de qualidade e segurança assistencial utilizados pelo HCPA e entre entidades internacionais

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Avaliação da qualidade e segurança dos processos hospitalares

O *Institute of Medicine* (2001) define qualidade da assistência médica como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados aos pacientes e oferecem cuidados consistentes com o conhecimento profissional atual. Estes objetivos de ofertas de serviços são construídos mediante a garantia de segurança aos usuários do sistema, eficácia da prestação de serviços baseados em conhecimento científico, cuidado centrado no paciente, onde o cuidado deve ser respeitoso e direcionado aos valores do paciente, garantindo que estes valores orientem o tratamento e as decisões clínicas de forma eficiente, evitando desperdícios monetários, suprimentos, ideias e energia (GADELHA *et al.*, 2004). Os profissionais de saúde também se beneficiam do processo de trabalho organizado, através da maior satisfação em realizar seu trabalho, de forma adequada e segura ao paciente, proporcionando aos usuários uma saúde melhor, maior longevidade, menos dor e sofrimento e aumento da produtividade pessoal para aqueles que recebem os cuidados (GADELHA *et al.*, 2004).

Um dos primeiros modelos sistêmicos de avaliação de Sistemas de Saúde foi proposto por Donabedian (1990) seu conceito relaciona a tríade: estrutura, processos e resultados (Figura 1). Onde a estrutura corresponde a características mais estáveis da assistência de saúde, incluindo a estrutura física, equipamentos e profissionais que realizam a assistência; o processo, corresponde às atividades entre os profissionais de saúde e os pacientes; e o resultado é o produto entregue ao paciente por meio das atividades prestadas de acordo com as expectativas do paciente (DONABEDIAN, 1978, 1990, 1992).

Figura 1: Tríade de Donabedian

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990)

Os métodos de avaliação em saúde foram instrumentos de muitas pesquisas. Considerado o pai da avaliação em qualidade em saúde, o médico libanês Avedis Donabedian (2004) produziu inúmeros estudos sobre o assunto (DONABEDIAN, 1978, 1990, 1992). Para ele, a qualidade deve ser construída em cada ciclo da avaliação e está relacionado em sete pilares de qualidade: Eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- Pilares da qualidade assistencial

Eficácia	Capacidade da ciência em melhorar a qualidade de vida
Efetividade	Melhoria na saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais cotidianas
Eficiência	Medida de custo com o qual uma melhoria na saúde é alcançada
Otimização	Avaliação das medidas que os efeitos do cuidado da saúde alcançam relativa aos custos
Aceitabilidade	Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade em geral
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população

Fonte: Adaptação de Donabedian (DONABEDIAN, 1990)

Bonato (2011) descreve que para efetivar a qualidade assistencial dos sistemas públicos e privados, deve ser implantado métodos de avaliação, como os sistema de acreditação Canadense que serve como ferramenta utilizada localmente serviços de saúde proporcionando às instituições de Saúde melhorias contínuas e a procura da excelência em gestão.

4.2 Indicadores de saúde

Os Indicadores de Qualidade em saúde (IQ) são medidas padronizadas que evidenciam a qualidade da assistência prestada nos serviços médico-hospitalar e podem ser usados como dados administrativos disponíveis para medir e acompanhar o desempenho clínico e ou resultados esperados (FARQUHAR, 2008). As agências reguladoras nacionais e internacionais (FARQUHAR, 2008; HEALTH FOUNDATION (GREAT BRITAIN), 2014; PROADESS, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) estão utilizando a avaliação de desempenho dos serviços de saúde para estimular a gestão interna de melhorias e também como fator de incentivo pelo aumento no pagamento, chamado de *pay for performance* (KELLEY; HURST, 2006). Esta iniciativa visa propor aos serviços de saúde uma melhor oferta de produtos, monitoramento de processos e seguimento de recomendações de entidades de qualificação internacional como *Joint Commission Accreditation* (JCI, 1997; REMUS; FRASE, 2004).

A *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ; 2008) classifica os indicadores de qualidade em: Indicadores de qualidade de prevenção; Indicadores de qualidade de pacientes internados; Indicadores Pediátricos de Qualidade, e em Indicadores de segurança do paciente, descrito detalhadamente na Tabela 2.

Tabela 2 – Indicadores propostos pela *Agency Healthcare Research and Quality*

Indicadores de segurança do paciente:	
Descrição: fornecem uma perspectiva sobre a segurança do paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Embolia pulmonar pós-operatória ou TVP 2. Insuficiência respiratória pós-operatória 3. Sepses pós-operatória (PO) 4. Distúrbios fisiológicos e metabólicos no (PO) 5. Deiscência 6. Corpo estranho deixado durante o procedimento 7. Pneumotórax iatrogênico 8. Infecções selecionadas devido a cuidados médicos 9. Deiscência de ferida pós-operatória em pacientes cirúrgicos abdominopélvicos 10. Punção acidental ou laceração 11. Reação transfusional 12. Hemorragia pós-operatória ou hematoma 13. abdominopélvica pós-operatória 14. Fratura de quadril no pós-operatório 15. Hemorragia pós-operatória ou hematoma 16. Lesão por Pressão 17. Infecções selecionadas devido a cuidados médicos 18. Pneumotórax iatrogênico 19. Punção acidental ou laceração 20. Corpo estranho deixado durante o procedimento 21. Trauma no nascimento - lesão no neonato 22. Traumatismo obstétrico com instrumento 23. Traumatismo obstétrico -sem instrumento 24. Traumatismo obstétrico - parto por cesárea 25. Complicações da anestesia 26. Morte em DRGs de baixa mortalidade 27. Morte entre pacientes cirúrgicos internados com complicações graves tratáveis 28. Reação transfusional (AB / Rh)

Fonte: Adaptado de *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ; 2008)

4.3 Gestão da qualidade e desempenho dos hospitais no Brasil

A gestão da melhoria do desempenho e experiências de países que possuem a avaliação dos sistemas de saúde inicialmente se basearam no perfil epidemiológico e social da sua população (VIACAVA et al., 2004). No Brasil o modelo de melhoria do desempenho no sistema de saúde deu-se início em 2003 com a apresentação da matriz conceitual através do projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em 2008 (PROADESS) momento em que o Ministério da Saúde alocou recursos para dar continuidade à proposta e em 2011 esta sistematização foi incorporada à legislação vigente pelo Decreto nº 7.508/2011.

Segundo Schout e Novaes (2007) podemos inferir que a gestão pública da qualidade assistencial hospitalar e de desempenho no Brasil é relativamente recente se comparada aos outros países. Os autores descrevem que foi a partir da década de 90 com a reorganização das políticas públicas de gestão que os serviços iniciaram a regulação pública e privada, na qual os indicadores vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) objetivavam apenas o movimento dos pacientes e leitos hospitalares (SCHOUT; NOVAES, 2007). Adicionado a isto, se levarmos em consideração que o movimento para o PROADESS ser concebido iniciou em Junho de 2000 com o relatório de recomendação *World Health Organization* (WHO; 2000) entende-se o estágio atual de evolução dos processos de saúde ,principalmente, os hospitalares.

O PROADESS contempla um grupo de trabalho técnico crítico que desenvolve o processo de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro atrelado ao contexto político, social e econômico, de acordo com os objetivos e prioridades do programa. Desta forma, identifica-se determinantes e problemas de saúde prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Também envolve uma matriz conceitual de condicionantes de saúde: morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida, que orientam a gestão e a estrutura do sistema de saúde, conforme Figura 2 (PROADESS, 2011; VIACAVA et al, 2004)

Figura 2: Matriz da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

Determinantes da Saúde			
Ambientais	Socioeconômicos e demográficos	Comportamentais e biológicos	
Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos a saúde.	Características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas a produção de agravos a saúde.	Atitudes, práticas, crenças, comportamentos bem como fatores biológicos individuais, que condicionam / predis põem / influenciam a ocorrência de agravos à saúde.	

Condições de Saúde da População			
Morbidade	Estado Funcional	Bem-estar	Mortalidade
Ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências.	Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas.	Qualidade de vida associada ao bem estar físico, mental e social dos indivíduos.	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população.

Sistema de Saúde	
Condução	
Estrutura	
Financiamento	Recursos
Capacidade do governo para formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas.	Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde.

Desempenho dos Serviços de Saúde			
Efetividade	Acesso	Eficiência	Respeito ao direito das pessoas
Grau em que a assistência, serviços e as ações atingem os resultados esperados.	Capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas.
Aceitabilidade	Continuidade	Adequação	Segurança
Grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população.	Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.	Grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.	Capacidade do Sistema de Saúde para identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Fonte: Adaptado de PROADESS

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no ano de 2013, em consonância com a OMS e padrões internacionais publicou a norma regulamentadora que deu origem a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços hospitalares com o propósito de promover e apoiar a implementação de ações voltadas para a segurança do paciente através da Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 de 2013(ANVISA). De acordo com o Artigo 7º RDC nº36/2013, compete à instituição:

- VI – implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII – estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII – desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX – analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; (ANVISA, 2013)

De acordo com Hurst e Hugues (2006), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) desenvolveu uma proposta de avaliação de desempenho maior em relação ao proposto pela OMS, incluindo 1) indicadores de resultados dos Serviços de Saúde como parte da avaliação de desempenho (eficiência microeconômica), 2) : acesso, como componente da responsividade, possibilitando avaliação da equidade, e 3): o nível de gasto sanitário como meta dos Sistemas de Saúde. (KELLEY; HURST, 2006; VIACAVA *et al*, 2004, 2012).

Para Duarte (2009), o grande desafio é ter um sistema de avaliação de desempenho em saúde adequado aos objetivos e às metas, que seja dinâmico e que possa acompanhar as mudanças do ambiente e ainda contenha indicadores adequados às características multifatoriais do processo saúde-doença. Neste sentido, Duarte (2009) complementa que o sistema de avaliação de desempenho deve ter dois caminhos: a busca da melhoria contínua e o desenvolvimento de medidas de desempenho (indicadores) adequado aos processos a serem medidos .

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, com dados descritivos a partir da coleta de dados secundários, que conforme GIL (2006) deve-se ao interesse de estudar as características do fenômeno a ser observado e descobrir existência de associações entre variáveis.

Desta forma, foi realizada leitura na íntegra de relatório público de gestão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e extraídos dados secundários dos principais indicadores utilizados para avaliar a qualidade e segurança assistencial. Foram incluídos os anos de 2011 a 2018.

5.2 Campo de estudo

O HCPA é uma empresa pública de direito privado, situado no Município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, cuja atividade fim é o atendimento em saúde. Esta instituição tem como missão ser “referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação”. É integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC), sendo modelo de gestão para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Também é vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A área física na sede principal ocupa 128 mil m² e na sede secundária, denominada Álvaro Alvim, possui uma área de cerca de 10 mil m². O número total de leitos da internação é de 699, sendo 54 leitos de centros de tratamento intensivo de adultos, 13 leitos de unidade de tratamento intensivo pediátrico, 20 leitos na unidade de tratamento intensivo neonatal e 47 leitos de emergência. A área cirúrgica é composta por 36 salas, incluindo bloco cirúrgico e ambulatorial. Os consultórios de especialidades ocupam espaço em 188 ambientes. Junto ao edifício- sede ou próximos estão instalados: centro de atenção psicossocial, unidade básica de saúde, banco de sangue, unidades de radioterapia e quimioterapia, centro de pesquisa clínica, centro de pesquisa experimental, casa de apoio para familiares de pacientes, lavanderia, creche

para filhos de funcionários (HCPA, 2017). Atualmente o HCPA dispõe de serviço público e privado através de convênios com planos de saúde ou pacotes para procedimentos, no entanto não existe divulgação oficial, no site institucional do número de leitos ou estatísticas deste fim.

O HCPA conta com certificação da Acreditação Internacional da *Joint Commission International* (JCI), conquistada em 2013 e neste sentido é pioneiro entre os hospitais universitários brasileiros, foi o primeiro no Brasil e o terceiro na América do Sul a possuir o selo de acreditação concedido a hospitais universitários públicos que são também centros médicos acadêmicos. Em 2017 a instituição recebeu a re-certificação da JCI pela manutenção e melhoria dos processos hospitalares (HCPA, 2017).

5.3 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada de forma sistemática a partir dos relatórios institucionais gerenciais do HCPA publicamente disponível por meio da homepage oficial (www.hcpa.edu.br) no período dos anos de 2011 até 2018. A análise dos dados foi realizada através da leitura exploratória e seletiva dos dados com a intenção de explicar mais a sua descrição que conforme Polit, *et al* (2004) e Lo Biondo-Wood (2001) este tipo de avaliação descritiva, favorece a observação com a finalidade de agrupar o conhecimento sobre o objeto da pesquisa.

Para alcançar o objetivo geral de analisar os indicadores de desempenho e qualidade do HCPA utilizou-se a descrição dos resultados e metas esperadas dos indicadores conforme a classificação:

- a) Indicadores assistenciais gerais relatados no relatório de gestão estratégica do HCPA: os dados de Mortalidade geral; média de permanência (dias); taxa de ocupação;
- b) Indicadores de qualidade assistencial: os dados relacionados a infecção hospitalar (infecção de corrente sanguínea e infecção urinária e higiene correta das mãos), tempo até o início do tratamento oncológico (em até 60 dias) , e os dados de eventos adversos: quedas, lesão por pressão.
- c) Indicador de experiência assistencial relacionado à satisfação do paciente.

5.4 Considerações Éticas

Este trabalho não realizou abordagem a indivíduos. Foram utilizados apenas dados extraídos dos relatórios de gestão, de domínio público, sendo dispensado da aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde a década de 1980 segue o Planejamento Estratégico (PE) conforme metodologia de gerenciamento e objetivos do grupo diretor que assume a gestão a cada 4 anos. Das mudanças advindas da relação com a acreditação hospitalar, o alinhamento da Gestão e liderança, é demonstrada na elaboração do planejamento estratégico. Onde esta ação gerencial é indispensável a serviços que almejam melhoria contínua da qualidade, pois suas ações subsidiam tomadas de decisão e posterior avaliação, formando-se um ciclo contínuo (OLIVEIRA et al., 2017).

De maneira inovadora, no ano de 2005 o HCPA utilizou a ferramenta de monitorização *Balanced Scorecard* (BSC) com foco no aprimoramento constante propondo indicadores estratégicos conforme o situação econômica vigente. Incluindo o *BSC na gestão*, o HCPA vai de encontro a tendência dos hospitais que buscam resultados, melhoria dos processos internos, satisfação e resultados aos pacientes. Kaplan e Norton (2001) foram os precursores dos exemplos de sucesso no serviço hospitalar da implantação do BSC. Os casos de sucesso internacionais são o do Duke Children's Hospital (KAPLAN; NORTON, 2006), Hospital da Trofa (SILVA; REIS, 2014), e em instituições nacionais como no hospital Nove de Julho, Rio de Janeiro (CARVALHO; DIAS; PROCHNIK, 2005)

De maneira a atualizar o PE, observamos que novos referenciais são incluídos a cada troca de gestores da administração (HCPA, 2009; 2011; 2013;2015;2017). No ano de 2017, o relatório descreve que os objetivos estratégicos foram facilitados quanto a suas interpretações, iniciativas estratégicas e indicadores de monitoramento, por possuir uma ficha técnica padronizada garantindo a robustez e auxiliando na tomada de decisão. Destaca-se que no ano de 2014, após a implantação de software de gestão *SA-Performance Manager*, houve a criação de um grupo de profissionais que acompanhou os processos internos de Qualidade e Segurança junto com o processo de Acreditação e, elaborou planos de melhorias, prevendo o acompanhamento de 46 indicadores relacionados aos processos assistenciais e administrativos e às Metas Internacionais de Segurança.

As metas internacionais utilizadas pelo HCPA estão dispostas conforme a última atualização da Joint Commission International (JCI; 2019):

- 1) Identificar os pacientes corretamente
- 2) Melhorar a comunicação efetiva
- 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância
- 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
- 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde
- 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas.

A implementação dessas metas internacionais de segurança do paciente são pré-requisito as instituições que desejam a acreditação, assim como indicadores de mortalidade e satisfação do paciente.

Os indicadores apresentados pelos relatórios de Gestão HCPA (2015 - 2017) apresentaram uma evolução de indicadores conforme o planejamento estratégico (PE) proposto anual e de acordo com as necessidades do serviço, mas seguindo os eixos: perspectiva do cliente, sustentabilidade, processos internos e inovação e crescimento.

A Tabela 3 apresenta os dados anuais de 2010 a 2018 de acordo com os principais indicadores assistenciais gerais do HCPA e é composto por: mortalidade geral (coeficiente em %), média de permanência de internação em dias e taxa de ocupação hospitalar (em %).

Tabela 3 - Indicadores assistenciais gerais anual do HCPA

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mortalidade geral (coeficiente %)	5.16	5.06	4.92	4.71	4.94	4.9	4.82	4.6	4.6
Média de permanência (dias)	8.1	7.9	8.0	8.4	8.4	8.1	8.1	8.3	8.4
Taxa de ocupação	87.3	88.9	87.9	88.2	88.7	90.6	91.3	86.4	89.5

Fonte: Relatório de Gestão e Administração HCPA (2010-2017)

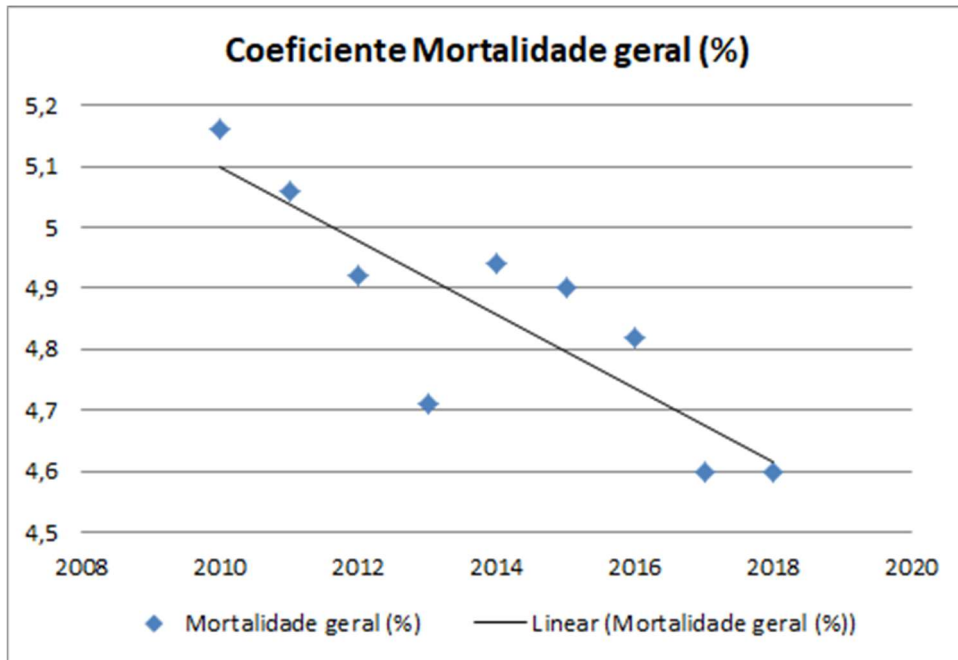
Observa-se que a média de permanência geral permanece estável nos últimos 8 anos, com poucas flutuações, o que segundo descrições do próprio relatório (HCPA; 2013-2017) está relacionado com as características da instituição de ser terciário e de ser referência para alta complexidade dos pacientes internados na região sul do Brasil.

A taxa de mortalidade é referida nos relatórios (2010-2017) como esperada para o perfil da instituição assim como o tempo de permanência, contudo apresenta tendência de variação, ou seja, diminuição, como se pode observar no Gráfico 1. Na leitura detalhada do relatório de 2013 observa-se que foram realizadas ações e instalação da Unidade de Cuidados Especiais com a concepção de proporcionar a aplicação de práticas assistenciais de excelência seguindo linhas de cuidado específicas ao paciente de risco para complicações clínicas, visando reduzir a morbimortalidade e o tempo de internação” (HCPA; 2013).

Em um estudo brasileiro realizado por Lobo *et al* (2019) que contempla cerca de 30% dos leitos de UTI adulto do país, com dados de 190.999 pacientes, entre 2010 e 2016, de 349 hospitais demonstra que a taxa global foi 0,98 em hospitais privados e 1,34 em hospitais públicos, sendo que as taxas de mortalidade caíram de 39%, em 2010, para 30%, em 2016. Outros estudos (SALES JÚNIOR *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2004) demonstram que taxas de mortalidade que variam de 34,4 % a 34,7%, em pacientes com sepse grave, e de 52,2% a 65,3%, em pacientes com choque séptico.

De acordo com este cenário, Iezzoni, (1994) corrobora que há variação das taxas de mortalidade e sua relação com fatores como as diferenças de gravidade do estado de saúde da população de cada hospital; variações na eficácia das tecnologias médicas empregadas; adequação do processo de cuidado ao paciente e eventos adversos (IEZZONI, 2013; LILFORD; PRONOVOST, 2010).

Gráfico 1 - Tendência do percentual do coeficiente de mortalidade no HCPA

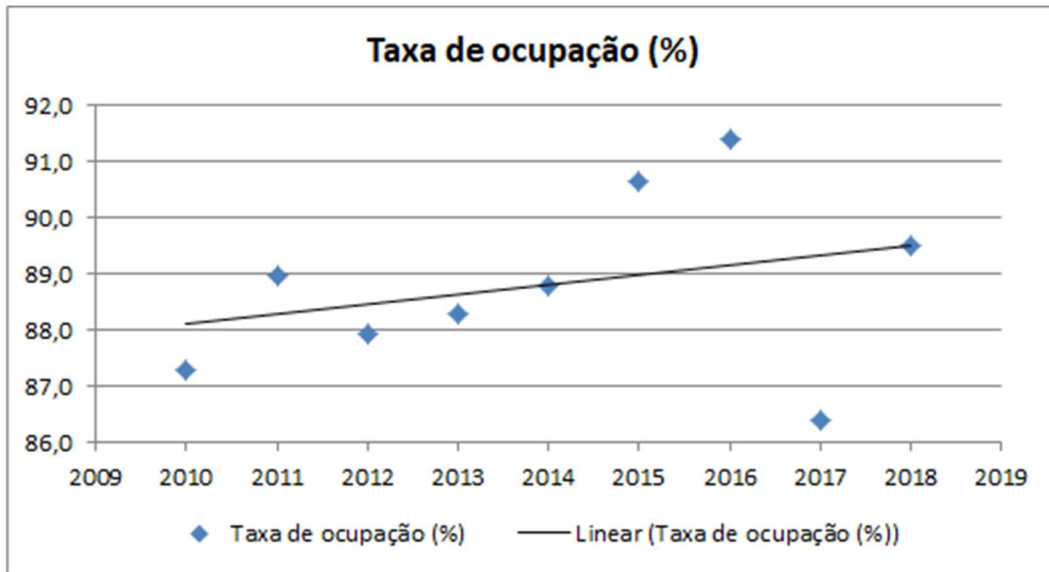


Fonte: Elaborado pelo autor

Indicadores de mortalidade são elementos importantes para um hospital e para o programa de monitoramento de segurança do paciente como ferramentas de triagem de segurança e qualidade do atendimento, para apoiar a governança clínica, identificando potenciais preocupações de melhores práticas (LILFORD; PRONOVOST, 2010),

A taxa de ocupação hospitalar do HCPA, também, segue a tendência de ocupar 100% dos espaços, conforme gráfico 2, está caracterizado pelo Relatório de Gestão do Exercício de 2017 no decréscimo no número de consultas e internações, resultado de “um efeito planejado” após a re-estruturação de atendimento da Emergência de acordo com classificação de risco dos pacientes (HCPA, 2017). Conforme recomendação da Agência Nacional de Saúde, a média internação está relacionado a boas práticas clínicas, sendo um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional, que deve ser utilizado de forma racional. Uma média de permanência acima de sete (7) dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Gráfico 2- Tendência da taxa de ocupação do HCPA



Fonte: Elaborado pelo autor

Indicadores relacionados ao PE estão dispostos em: perspectivas do cliente, sustentabilidade, processos internos e inovação, aprendizagem e crescimento. Reportado desde 2015, estes indicadores são assim classificados, de acordo com tabela 4, sendo anualmente atualizados, com inclusões e exclusões de indicadores, na apresentação pública disponível pelo relatório aberto ao público (HCPA, 2011; 2012; 2013; 2014; 2015;2016;2017;2018).

Tabela 4 - Indicadores do Planejamento Estratégicos do HCPA 2015 a 2018.

INDICADOR NA PERSPECTIVA DO CLIENTE		
Denominação	Índice	Fórmula
Início do tratamento oncológico em até 60 dias	100%	$\frac{\text{Pacientes tratamento iniciado em até 60 dias após diagnóstico}}{\text{Total de pacientes c/ tratamento}}$
Satisfação dos pacientes internados	≥81%	$\frac{\text{Número de respostas ótimo}}{\text{Número total de respostas no período}}$
INDICADOR NA PERSPECTIVA DOS PROCESSOS INTERNOS		
Denominação	Índice	Fórmula
Infecção primária de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central	$\leq 3,5 \frac{\text{infecções}}{1000 \text{ pct/dia}}$	$\frac{\text{Nº casos novos IPCS mês} * 1000}{\text{Nº pacientes cateter central-dia no mês}}$
Infecção urinária relacionada ao uso de Sonda Vesical demora	$\leq 2,5 \frac{\text{infecções}}{1000 \text{ pct/dia}}$	$\frac{\text{Nº casos novos de ISVD mês} * 1000}{\text{Nº dias de uso de SVD no mês}}$
Proporção de Planos de Ação para Eventos Adversos Graves encerrados no prazo	100%	$\frac{\text{Planos de ação encerrados no prazo}}{\text{Planos de ação encerrados}}$
INDICADOR NA PERSPECTIVA DA INOVAÇÃO APRENDIZADO		
Denominação	Índice	Fórmula
Adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente	≥85%	$\frac{\text{Respostas positiva de verificação}}{\text{Número de observadas}}$

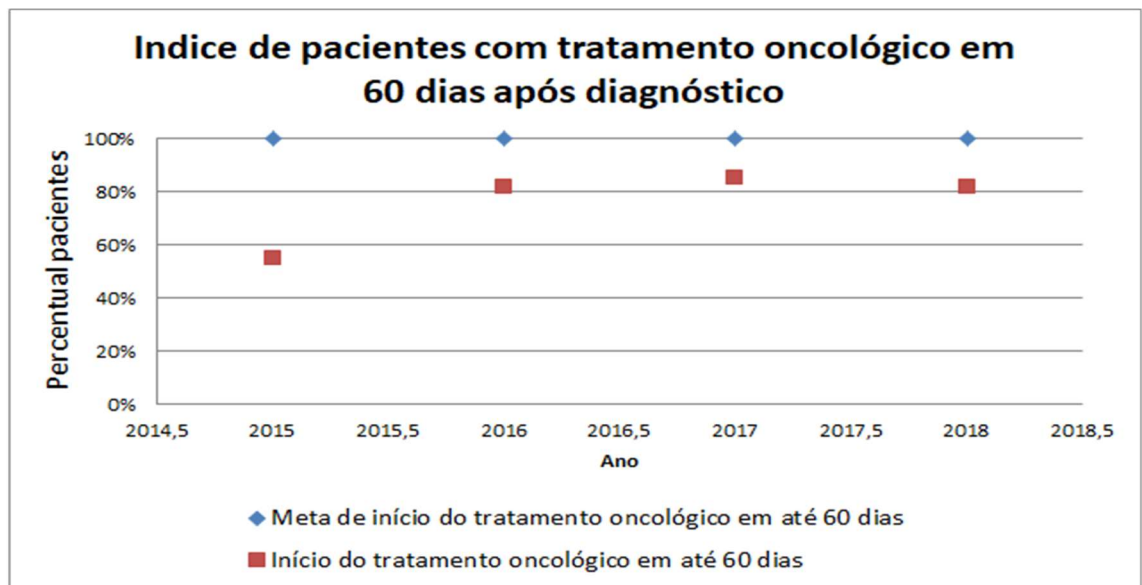
Fonte: Adaptado de Relatório de Gestão do HCPA (HCPA; 2015 - 2018)

No indicador que mensura o início do tratamento oncológico em até 60 dias após diagnóstico da doença, pode ser inferido, que os resultados apresentados no relatório ainda estão

distantes da meta de 100%, que é o índice de referência para este tratamento. Gráfico 3. Em 2015, observa-se que o resultado deste indicador era de 54,8%, o que reflete um problema de saúde pública brasileira e isto foi justificado no relatório do HCPA, exercício de 2016, pela alta demanda de diagnósticos (exames radiológicos para estadiamento) suplementares prévios ao tratamento para a confirmação e estadiamento da doença, gerando a demora no início do tratamento (HCPA; 2016). Apesar da Lei Nº 12.732 (BRASIL, 2012) estabelecer recomendação e prazo para o tratamento oncológico que deve ser iniciado em até 60 dias após o diagnóstico, esta mesma lei não contempla um limite de tempo máximo da suspeita até a confirmação do diagnóstico. Corroborando com Trufelli *et al* (2008) que avalia a grande territorialidade brasileira e diferentes fatores socioeconômicos como justificativa para a dificuldade de acesso, e essas implicações estão relacionadas ao tempo decorrido desde o diagnóstico até tratamento do câncer.

Para impulsionar o melhoramento do indicador de tratamento de câncer em até 60 dias após confirmação diagnóstica, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2017) criou critérios para a aplicação de um Fator de Qualidade aos reajustes dos contratos dos prestadores de serviços de saúde anualmente e na presente nota técnica a apresentação deste indicador através da adequação do Projeto Oncored (ANS, 2017).

Gráfico 3 - Percentual de pacientes com tratamento oncológico em até 60 dias



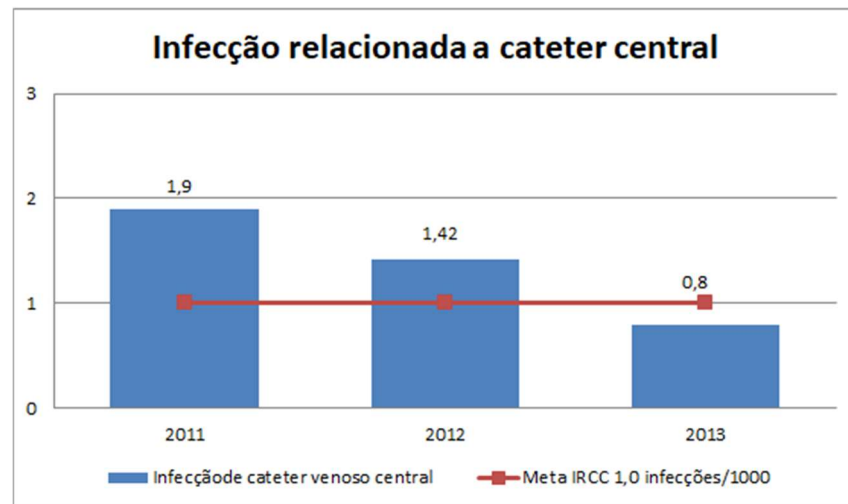
Fonte: Elaborado pelo autor

A avaliação na perspectiva dos processos clínicos nos serviços de saúde se diferenciam quanto à especificidade (VIACAVA et al., 2012) como os indicadores de doenças ou infecções. Van Der Kooi *et al* (2018) em seu estudo intitulado PROHIBIT no qual avalia a relação da prevenção de infecções hospitalares através do acompanhamento de indicadores de intervenção e treinamento aponta como desfecho uma melhor oferta da qualidade do atendimento prestado ao cliente.

Atualmente as infecções relacionadas a cateter venoso central constitui um indicador mensurado em diversos hospitais (HOLZMANN-PAZGAL *et al.*, 2012; KLEVENS *et al.*, 2007; LIU *et al.*, 2017; MAKI; KLUGER; CRNICH, 2006). Este indicador mensura o número de infecções relacionadas ao cateter venoso central (IR-CVC) através da razão de infecções pelo número de dias de permanência do cateter venoso central.

O relatório de 2011 apresenta que o HCPA possui uma comissão de cateter desde 2006 para controle e acompanhamento dos resultados de prevenção para IR-CVC (HCPA, 2013). O gráfico 4 apresenta o histórico acumulado deste indicador dos anos de 2011-13.

Gráfico 4 - Taxa de Infecção de cateter central entre os anos de 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor

Através da leitura do relatório de 2014 (HCPA, 2014) observa-se a substituição do indicador IR-CVC pelo novo e padronizado indicador de infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS-CVC) conforme recomendação da ANVISA (2010) para melhor investigação

de infecções de cateter central e comparação nas instituições brasileiras. Em uma comparação das taxas acumuladas e das metas anuais (gráficos 4 e 5) infere-se diferenças importantes. A comparação das fórmulas de calcular o indicador está descrita na Tabela 5.

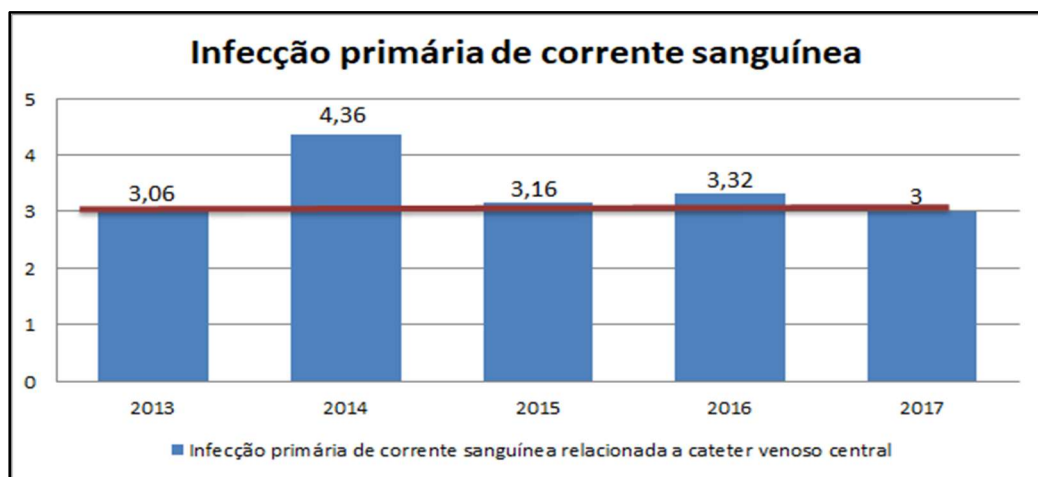
Tabela 5- Descrição das fórmulas de cálculo dos indicador de IRC e IPCS-CVC

Fórmula 2013 - Infecção relacionada a cateter central
$\frac{\text{N}^\circ \text{ infecções}}{1.000 \text{ dias de cateter venoso central.}}$
Fórmula 2014 - Infecção primária de corrente sanguínea
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de IPCS-CVC no mês} * 1000}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com cateter central dia no mês}}$

Fonte: Adaptado de ANVISA (2010)

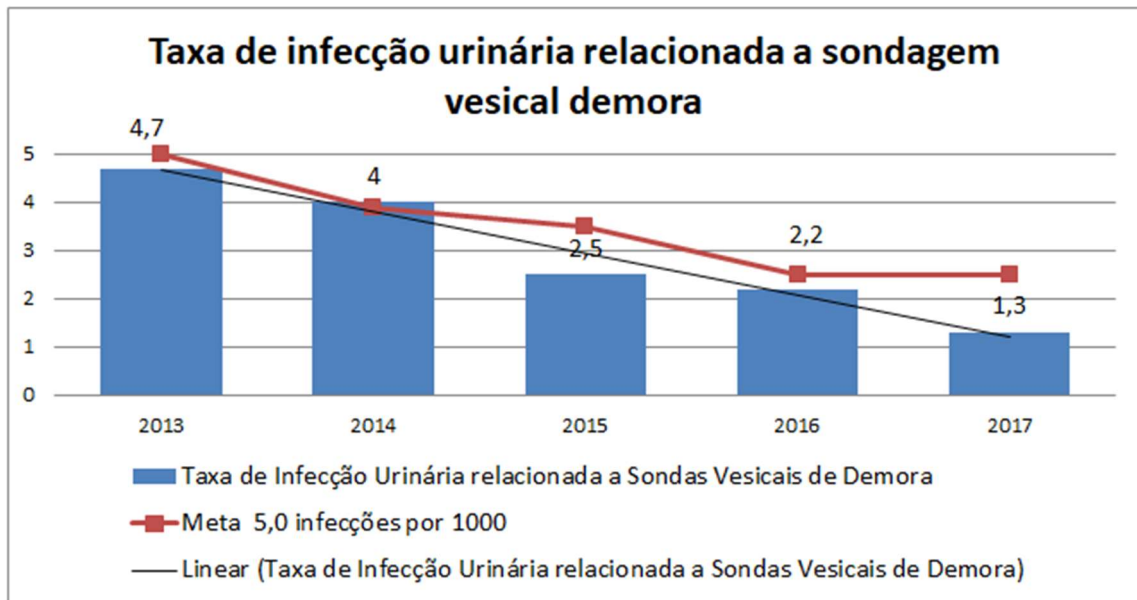
Em relação a taxa de infecção primária de corrente sanguínea, verifica-se que a meta estabelecida pela ANVISA (2010) de 3,0 infecções por mil dias de uso de cateter venoso central foi atingida em todos os anos, ficando apenas inferior no ano de 2014. Para o ano de 2017 a taxa de 3,0 IPCS-CVC/1000 dias cateter corresponderam a 175 infecções.

Gráfico 5 - Taxa de Infecção primária de corrente sanguínea relacionada a cateter central



Embora a meta de IPCS-CVC tenha permanecido fixa há 5 anos, o comportamento da taxa de infecção urinária relacionada ao uso de sondagem vesical de demora (IUR-SVD) apresentou uma tendência de redução (Gráfico 6) e o menor indicador (1,3) foi o apresentando no ano de 2017 com reduções significativas. Como justificativa a este evento, o relatório de 2017 (HCPA; 2017) alega a inclusão de Procedimento Operacional Padrão para prevenção de IUR-SVD e a retirada precoce do cateter urinário. Avalia-se também, no gráfico 6, que na medida em que há uma melhora dos resultados e alcance das metas, no ano seguinte, novos desafios são elaborados para melhorar a qualidade do atendimento e do indicador de IUR-SVD.

Gráfico 6 - Taxa de Infecção urinária relacionada ao uso de sondagem vesical de demora

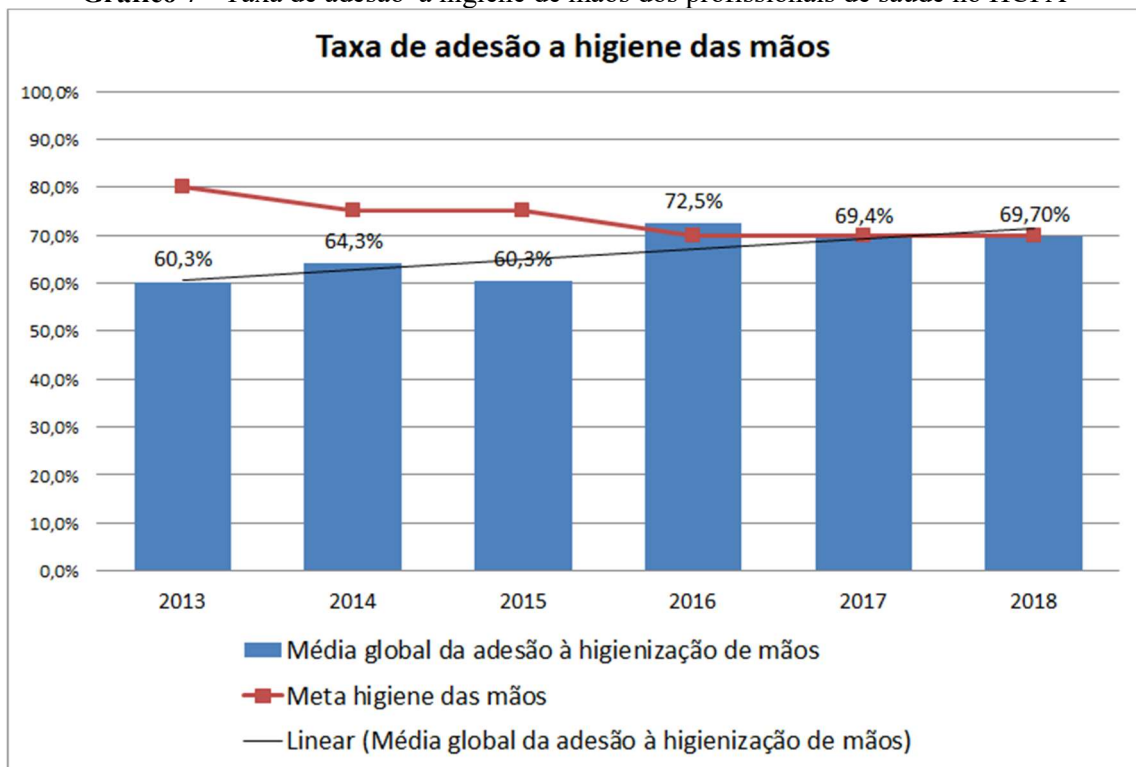


Fonte: Elaborado pelo autor

Entre as metas internacionais da JCI (1997) a redução de infecção associada aos cuidados de saúde está entre os 6 principais indicadores. No Brasil, os dados sobre infecção hospitalar ainda são pouco divulgados (TURRINI; SANTO, 2002). Apesar de ser uma das causas mais importantes de mortalidade no mundo. Estima-se que 1 em cada vinte pacientes hospitalizados adquira alguma infecção associada aos cuidados de saúde (KLEVENS et al., 2007).

No Gráfico 7, observa-se a evolução em relação ao indicador taxa de adesão à higiene de mãos dos profissionais do HCPA entre os anos de 2013 e 2017. Nota-se que apenas em 2016 a meta foi atingida e a mesma não se sustentou no ano seguinte. No gráfico 7, a linha de tendência demonstra que há uma evolução favorável à higienização e que houve uma pequena oscilação desfavorável diante da meta global proposta. No entanto quase 70% dos profissionais realizam a higiene de mãos prévio ao atendimento do paciente.

Gráfico 7 - Taxa de adesão à higiene de mãos dos profissionais de saúde no HCPA



Fonte: Elaborado pelo autor

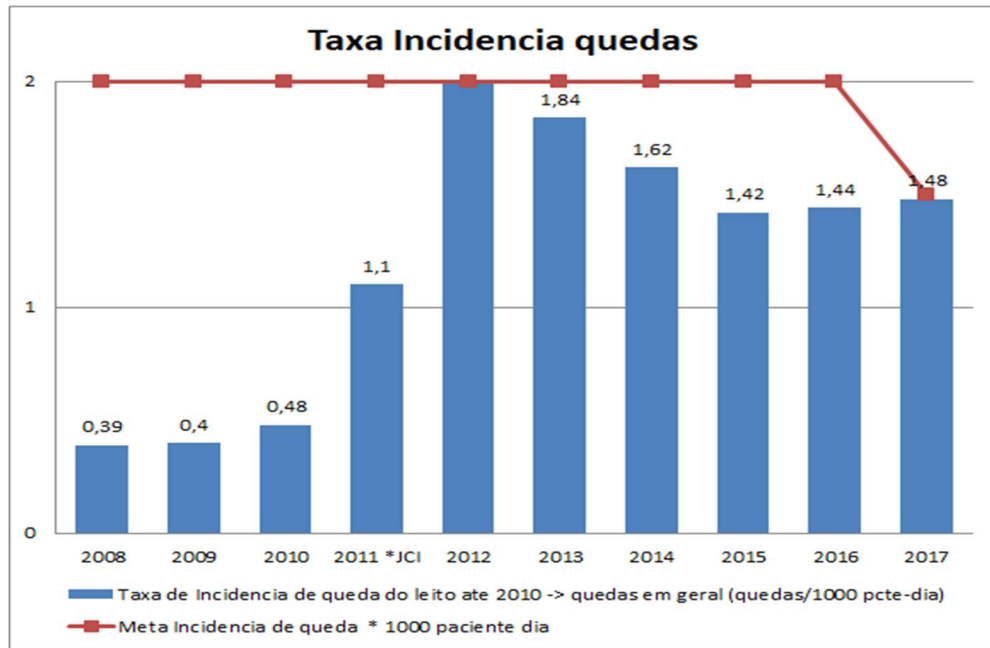
A prevenção e controle de infecções, incluindo a higienização das mãos são fundamentais para alcançar a cobertura universal de saúde, pois constitui uma abordagem prática e baseada em evidências com impacto comprovado na qualidade dos cuidados e na segurança do paciente em todos os níveis do sistema de saúde (NEVES *et al.*, 2006). A identificação de que a falta de higiene de mãos seria a causa de mortalidade entre pacientes iniciou-se com Semmelweis em 1841 no Hospital Geral em Viena, quando um número significativo de mulheres morria de febre puerperal nas maternidades, especialmente na enfermaria onde médicos e estudantes estavam tratando mulheres logo após estes profissionais realizarem autópsias (DE AMBROGI, 2016). Contudo apenas a partir da publicação do estudo

de Pittet *et al.*, no Lancet em 2000, que relata a baixa adesão às práticas básicas de higienização das mãos e falta de conscientização dos profissionais de saúde (PITTET *et al.*, 2000), que gerou comoção mundial para a conscientização desta ação (DE AMBROGI, 2016) e para a mensuração da higiene das mãos como indicador (WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY; WORLD HEALTH ORGANIZATION; DEPARTMENT OF HEALTH SYSTEM POLICIES AND OPERATIONS, 2005).

Assim como o controle de infecções pode salvar vidas, outros eventos adversos como quedas (AHRQ, 2013) e lesão por pressão (CHAUHAN *et al.*, 2005; GUNNINGBERG, 2004; MORO *et al.*, 2007) podem criar uma experiência impactante ao paciente internado. O indicador relacionado à taxa de incidência de quedas do paciente internado no HCPA (Gráfico 8) demonstra a tendência de estar sempre dentro da meta proposta (2 quedas/1000 pcte dia) conforme os anos, inclusive diminuindo a meta de 2 para 1,5 quedas por 1000 paciente/dia em 2017. Neste mesmo gráfico, observa-se que a taxa do indicador prévio a 2011 é inferior a atual (1,5). Isto é descrito no relatório de gestão do exercício de 2011(HCPA;2011) como adequação do indicador relacionado a quedas de pacientes. As práticas de prevenção de quedas no HCPA seguem as recomendações e padrões internacionais da JCI, onde a estrutura atual do indicador de quedas contempla sinistros de todas alturas e não apenas do leito como era mensurado prévio a 2012.

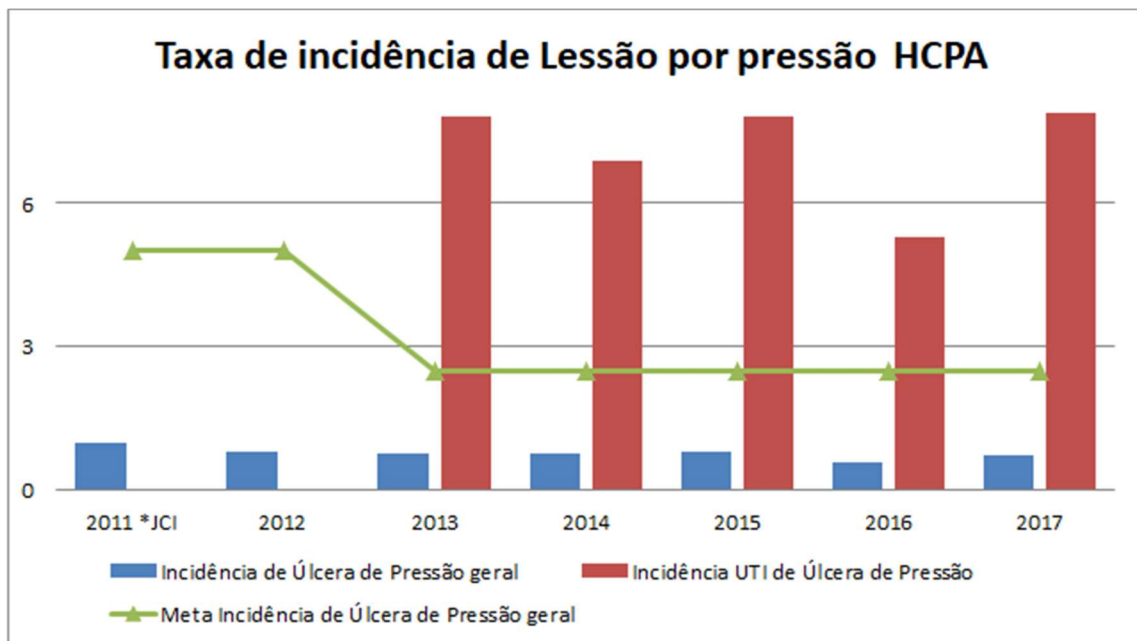
O indicador taxa de incidência de lesão por pressão no HCPA entre os anos de 2011 e 2017, conforme gráfico 9, mantém-se dentro da meta de 2,5 úlceras por mil paciente-dia nos leitos em geral do HCPA (2011-2017). Contudo, ainda no gráfico 9 verifica-se que os pacientes de unidade de terapia intensiva, apresentam maior incidência deste evento adverso relacionado ao grau da doença e representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados (MORO *et al.*, 2007) . Em estudo brasileiro encontrou-se a prevalência de 5,9% de portadores de lesão por pressão, corroborando com dados da literatura (CHAUHAN *et al.*, 2005; GUNNINGBERG, 2004; MORO *et al.*, 2007)

Gráfico 8 - Taxa de incidência de quedas no ambiente do HCPA entre 2008 e 2017



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 9 - Taxa de incidência de Lesão por pressão no HCPA

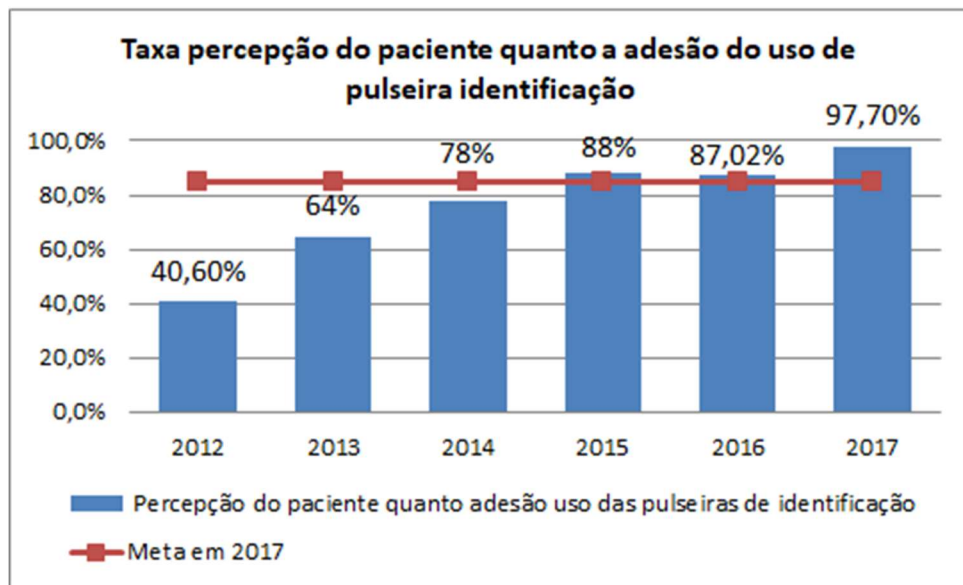


Fonte: Elaborado pela autora

A avaliação do processo de trabalho da enfermagem pode ser identificado através da mensuração do indicador taxa da percepção do paciente quanto à adesão e orientação do uso da

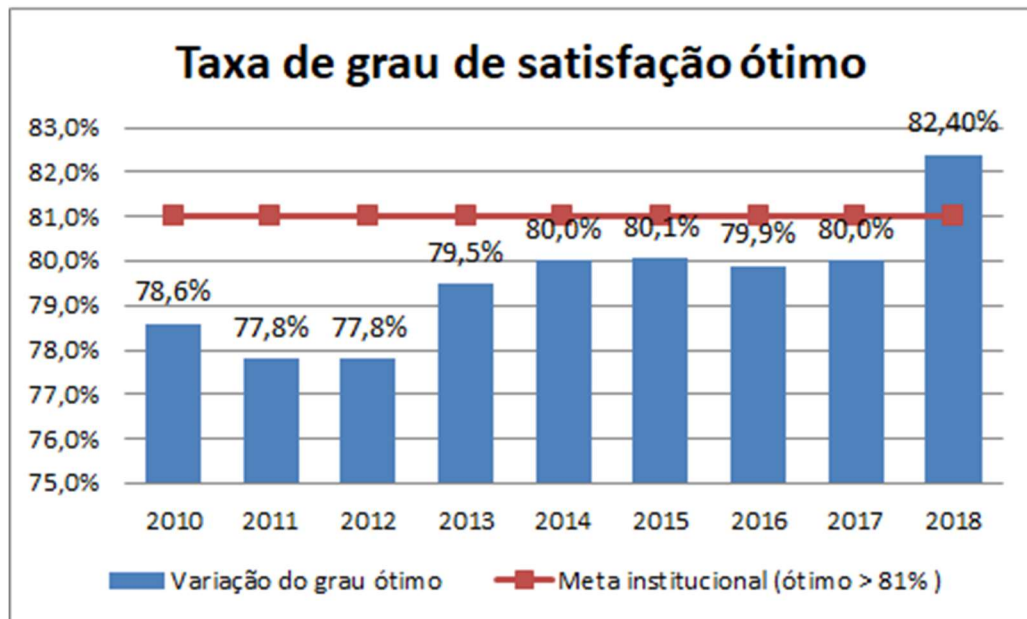
pulseira de identificação correta do paciente durante a internação, conforme observa-se no gráfico 10 a tendência de crescimento e superação da meta de 80%. No ano de 2017, o indicador atingiu sua taxa máxima, que foi de 97,7% de retorno positivo da percepção dos pacientes quando questionados sobre o uso de pulseira de identificação adequada. Como nos relatórios (HCPA; 2011-2018) não foi identificado a meta inicial, utilizou-se a meta de 2018 para todos os anos.

Gráfico 10 - Taxa percepção quanto a adesão do uso de pulseira de identificação



Fonte: Elaborado pela autora

Os dados dos relatórios, após o ano de 2013, apontaram uma evolução positiva em relação a maioria dos indicadores de qualidade e segurança relacionados ao padrão internacional (FARQUHAR, 2008; JCI, 1997; WHO, 2000). Isto se reflete na avaliação dos pacientes quanto à satisfação e na sua experiência durante a internação. Pode-se identificar que, em 2017, conforme o Gráfico 11, os clientes quando questionados sobre o grau de satisfação durante a internação, responderam a pesquisa classificando como ótimo um total de 81%, diante da amostra de 10.275 pacientes e/ou famílias. A meta de 80% de grau ótimo de satisfação vem sendo atingida desde 2016.

Gráfico 11- Taxa de Satisfação do Paciente Internado reconhecida como ótimo referido

Fonte: Elaborado pela autora

Desta forma, observa-se nos relatórios de gestão do HCPA (HCPA; 2011-2018) que ao longo dos anos 2011 e 2012 tendo em vista o objetivo de se tornar uma instituição de referência em saúde pública em padrões internacionais e diante do compromisso assumido com a acreditação, o hospital alinha-se às necessidades de mudanças nos processos. E ainda de acordo com as metas de indicadores e recomendações internacionais houve mudanças no método de avaliação (como atualização dos indicadores de infecção, quedas, lesões por pressão), padronização e qualificação do cuidado e segurança dos pacientes refletido na satisfação e resultados dos indicadores, em especial no coeficiente de mortalidade.

Nos relatórios são apresentadas diversas atividades para minimizar risco ao cliente através da tríade ensino-pesquisa-assistência com implantação de projeto de desenvolvimento, protocolo operacional padrão, medidas de acompanhamento, escalas de risco, materiais sinalizadores, tecnologia de informação e saúde, utilização racional dos insumos e gestão estratégica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditação tanto internacional quanto a nacional, vem mudando a perspectiva das instituições quanto a qualidade da assistência, assim como nas taxa de mortalidade reduzida, promoção da cultura de segurança e uso sistemático de ferramentas da qualidade; satisfação no trabalho; fortalecimento da equipe multidisciplinar; padrões positivos de conformidade de indicadores relacionados a eventos adversos; atendimento centralizado no usuário; respeito aos direitos do usuário.

Os achados deste estudo demonstram que, ao longo do tempo, a utilização de novos indicadores permitiu atuação estratégica na melhoria do cuidado dos pacientes através da gestão voltada à qualidade e segurança dos pacientes e comparável aos padrões internacionais. Ainda que a gestão estratégica, em nível administrativo-assistencial do HCPA não seja uma realidade nas instituições brasileiras de saúde, sua implementação formal nesta instituição permite a avaliação seriada e comparada dos resultados obtidos e elaboração futura de estratégias para melhoria.

Com relação às limitações deste estudo, ressalta-se que é realizado em um hospital público do sul do Brasil, em uma realidade diferente de outras regiões do país, com uma administração pública de direito privado, atendimento ao SUS público e privado, sendo referência em qualidade e acreditado por uma instituição internacional de Excelência, podendo não expressar a realidade de outras instituições. Desta forma, novos estudos devem ser realizados para comparação de resultados.

Por conseguinte, à medida que outros modelos de gestão são apresentados neste mesmo cenário, e com incentivo público com vistas ao uso racional dos sistemas de saúde, a população e os gestores poderão obter melhores resultados em seus propósitos assistenciais: otimizando o desempenho das políticas públicas com oferta eficiente de recursos e com redução de custos assistenciais. Fazendo com que estas medidas ofereça melhores serviços de saúde com qualidade e atendimento eficaz à população.

REFERÊNCIAS

- AHRQ, A. for H. R. and Q. **5. How do you measure fall rates and fall prevention practices?** Text. 2013. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk5.html>>. Acesso em: 29 maio. 2019.
- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. spe, p. 118–137, 2017.
- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica 87/2017 Indicadores e Critérios do Fator de Qualidade. . dez. 2017.
- BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, [s. l.], v. 2011, n. 3, p. 319–331, 2011.
- BRASIL, P. da República. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.
- CHAUHAN, V. S. et al. The prevalence of pressure ulcers in hospitalised patients in a university hospital in India. **Journal of Wound Care**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 36–37, 2005.
- CIHI, C. I. for H. I. **CIHI's Analytical Plan, 2018 to 2020**. Ottawa, CA, , 2018.
- DE AMBROGI, M. The simple story of clean hands. **The Lancet Infectious Diseases**, [s. l.], v. 16, n. 8, p. 903, 2016.
- CARVALHO, Fernanda De Medeiros; DIAS, Lidiane Nazaré Da Silva; PROCHNIK, Victor. A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, [s. l.], v. 0, n. 0, 2005. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2058>>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 84–88, 2006.
- DUARTE, Érica Rosalba Mallmann. **Modelo Sistêmico de Avaliação de Desempenho Hospitalar Por meio de Indicadores Assistenciais: Indicador de Atenção à Dor Aguda no Perioperatório**. 2009. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Porto Alegre, BR-RS, 2009.
- DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, [s. l.], v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990.
- DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. **QRB - Quality Review Bulletin**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 356–360, 1992.
- FARQUHAR, M. AHRQ Quality Indicators. In: HUGHES, R. G. (Ed.). **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Advances in Patient Safety Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.

FERNANDES, S.; TARECO, E. Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. **RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, [s. l.], n. 19, p. 34–45, 2016.

GADELHA, Paulo Ernani et al. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro, EAD/ENSP: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2004.

IEZZONI, Lisa I. (ED.). **Risk adjustment for measuring health care outcomes**. 4th ed ed. Chicago, Ill. : Arlington, VA: Health Administration Press ; AUPHA, 2013.

GUNNINGBERG, L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish health-care settings. **Journal of Wound Care**, [s. l.], v. 13, n. 7, p. 286–290, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo. 4.ed. Atlas, 2006

LO BIONDO-WOOD G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

HEALTH FOUNDATION (GREAT BRITAIN). **Evaluation: what to consider : commonly asked questions about how to approach evaluation of quality improvement in health care**. London: Health Foundation, 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.) (ED.). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C: National Academy Press, 2001.

JCI. **JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS**. Joint Commission on: National library of healthcare indicators., 1997. . Acesso em: 27 maio. 2019.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies**. Boston, Mass: Harvard Business Review Press, 2006.

KELLEY, E.; HURST, J. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. **HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER**, [s. l.], p. 37, 2006.

LILFORD, R.; PRONOVOST, P. Using hospital mortality rates to judge hospital performance: a bad idea that just won't go away. **BMJ**, [s. l.], v. 340, n. apr19 2, p. c2016–c2016, 2010.

MACHLINE, C.; PASQUINI, A. C. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. **O Mundo da Saúde**, [s. l.], v. 2011, n. 3, p. 290–299, 2011.

MORO, A. *et al.* Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 53, n. 4, p. 300–304, 2007.

MS, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Média de Permanência Geral**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, , 2013.

NEVES, Z. C. P. Das *et al.* Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 546–552, 2006.

LOBO, Suzana Margareth et al. Mortality due to sepsis in Brazil in a real scenario: the Brazilian ICUs project. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s. l.], v. 31, n. 1, 2019. Disponível

em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20190008>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

OLIVEIRA, João Lucas Campos De et al. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PITTET, D. *et al.* Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. **The Lancet**, [s. l.], v. 356, n. 9238, p. 1307–1312, 2000.

POLIT, DF, BECK, CT, HUNGLER, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

PROADESS. **Metodologia de Desempenho do Sistema de Saúde**. 2011. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=antec>>. Acesso em: 1 maio. 2019.

REMUS, Denise; FRASE, Irene. **Guidance for Using the AHRQ Quality Indicators for Hospital-level Public Reporting or Payment**. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em:

<https://www.leg.state.nv.us/74th/Interim_Agendas_Minutes_Exhibits/Exhibits/HealthCare/E030608J-6.pdf>. Acesso em: 1 maio. 2019.

SALES JÚNIOR, João Andrade L. et al. Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 9–17, 2006.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, p. 935–944, 2007.

SILVA, Eliézer et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). **Critical Care (London, England)**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. R251-260, 2004.

SILVA, Sônia Carmo; REIS, Rui Lopes Dos. Balanced scorecard em organizações de saúde estudo de caso: Hospital da Trofa. **Lusíada. Economia e Empresa**, [s. l.], v. 0, n. 10, p. 161–185, 2014.

TRUFELLI, D. C. *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 72–76, 2008.

TURRINI, R. N. T.; SANTO, A. H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], v. 78, n. 6, p. 6, 2002.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 711–724, 2004.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 921–934, 2012.

THE JOINT COMISSION. **National Patient Safety Goals Effective January 2019**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2019.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

VAN DER KOOI, Tjallie et al. Prevention of hospital infections by intervention and training (PROHIBIT): results of a pan-European cluster-randomized multicentre study to reduce central venous catheter-related bloodstream infections. **Intensive Care Medicine**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 48–60, 2018.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 921–934, 2012.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY; WORLD HEALTH ORGANIZATION; DEPARTMENT OF HEALTH SYSTEM POLICIES AND OPERATIONS. **Global patient safety challenge, 2005-2006: clean care is safer care**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **The World Health Report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000.