Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Setembro • 2007 • N.º 3

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: spgsaude@sapo.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde

Estudo da Trajectória do Paciente Diabético na Consulta de Oftalmologia Utilização do FMEA: Failure Mode and Effect Analysis

Miguel Sousa Neves

Serviços Logísticos, que Suporte à Actividade Hospitalar?

Helena Pestana

Gestão da Qualidade, contributos do Processo de Acreditação *King's Fund* na Perspectiva das *High Reliability Organizations*

André Caetano de Oliveira

Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde

Luís Monteiro e Ricardo Valente

SPGS Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Sumário

Editorial

Miguel Sousa Neves

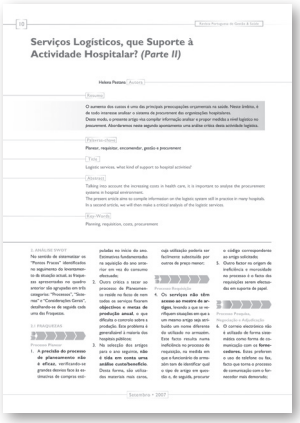
2 Normas de Publicação

3 Conselho Científico

4 Estatuto Editorial

5 Editorial
Miguel Sousa Neves

6 Estudo da Trajectória do Paciente Diabético na Consulta de Oftalmologia
Utilização do FMEA: Failure Mode and Effect Analysis


Serviços Logísticos, que Suporte à Actividade Hospitalar? *(Parte II)*

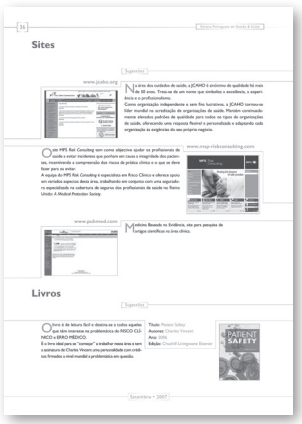
10 Serviços Logísticos, que Suporte à Actividade Hospitalar? *(Parte II)*

16 Gestão da Qualidade, contributos do Processo de Acreditação King's Fund na Perspectiva das *High Reliability Organizations (Parte II)*

26 Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde

34 Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

35 Ficha de Inscrição


Sites

Livros

36 Sugestões de *Sites* e Livros

Normas de Publicação

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) tem como objectivo analisar artigos, estudos e casos na área da gestão em saúde a partir de uma orientação científica. Por isso, apresentamos um conjunto de procedimentos formais que devem ser seguidos nos trabalhos a publicar, com o objectivo de os homogeneizar, diminuindo o trabalho complexo e moroso na revisão formal dos artigos e facilitando a tarefa dos avaliadores da RPGS.

Foram definidas as seguintes normas científicas de publicação que deverão ser seguidas pelos autores:

1. Todos os leitores com investigação académica ou jornalística na área da Gestão em Saúde podem submeter trabalhos originais no formato de artigos, estudos, casos ou resumos de teses de mestrado ou doutoramento. Também se aceitam resumos de livros, na área da Gestão em Saúde, notícias das instituições e eventos académicos.
2. Os trabalhos devem ser redigidos em português, no formato Word, em Times New Roman, corpo de letra 12 e espaço e meio. Os artigos, estudos e casos podem ter a extensão máxima de 30 mil caracteres (o equivalente a cerca de 15 páginas A4 dactilografadas), incluindo espaços, resumos, palavras-chave, *CV*, figuras, tabelas e gráficos, notas e referências bibliográficas.
3. Em todas as propostas deverão constar os *CV* resumidos (no máximo de 4 linhas) dos autores, em português e em inglês, i.e., enquadramento institucional, grau académico, funções actuais, *e-mail*, telefone e morada para envio de correspondência.
4. A fim de intensificar e promover o intercâmbio entre a comunidade científica nacional e internacional, os trabalhos têm de incluir, para além do título em português e inglês, o resumo em português e o *abstract* em inglês, cada um com não mais de 1.000 caracteres. O resumo/*abstract* deve expor o objectivo do trabalho, a metodologia seguida no mesmo, os resultados obtidos e as conclusões apresentadas.
5. Após o resumo e o *abstract* é indispensável a indicação das palavras-chave e *key-words*, respectivamente, representativos do trabalho (no máximo de 5).
6. Os trabalhos devem ser ordenados da seguinte forma: página com título na língua original, nomes, *e-mails* e *CV* resumidos dos autores em português e inglês (pela ordem da língua original), seguido à parte da repetição do título na língua original, resumo/*abstract* (conforme a língua do trabalho, aparece a do original primeiro), palavras-chave/*key-words* (conforme a língua do trabalho), título traduzido para português ou inglês (conforme a língua do trabalho), data da conclusão do trabalho, texto, notas referências bibliográficas e anexos.
7. As referências bibliográficas apresentadas devem ser integradas no texto de acordo com o sistema "apelido, data" (i.e., Hughes, 2000). Em caso de citações textuais, deve acrescentar-se o número da(s) página(s). Exemplos:
   - "Consequentemente, Shah (1998) classifica-a como…";
   - "Como é referido por Kelly (1995, p. 62) …";
   - "Relativamente às expectativas do público, David (1975, pp. 47-50) …";
   - Diversos autores: (Farr e oscovici, 1984) ou (Lewin *et. al.*, 1944).
8. A lista de referências bibliográficas, obrigatória e a incluir no final do texto, será organizada alfabeticamente e deverá obedecer ao formato dos exemplos seguintes:
   - Livro: CAMERON, K. and QUINN, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture.* EUA: Addison-Wesley.
   - Livro traduzido: SCHUMPETER, J. (1934). *The Theory of Economic Development.* Trad. R. Opie da 2ª ed. alemã (1926). Cambridge: Harvard University Press. [no corpo do texto deve referir-se: "SCHUMPETER (1926/1934) …"]
   - Capítulo de livro: LOVEMAN, G. (1994), «An assessment of the productivity impact on information technologies». *In* T. Allen e M. Scott-Morton (eds.), *Information Technology and the Corporation of the 1990s: Research Studies*. Cambridge: MIT Press, pp. 84-110.
   - Artigo de publicação: ORTON, J. and WEICK, K. (1990). «Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization». *Academy of Management Review*, vol. 15, n.º 2, pp. 203-223.
   - Comunicação em reunião científica: MOSS, Larissa (1998). «Dirty data: diffusing the bomb that can destroy your data warehouse». Chicago Conference on DQ, Fevereiro.
   - *Working Paper*: BUCHHERT, Lee C. and GULATI, Mitu G. (2002). «Sovereign Bonds and the Collective Will». Georgetown University Law Center, *Working Paper* no. 34, Março.
   - Dissertação não publicada: NASCIMENTO, G. (2003). «A Gestão Estratégica das Pessoas e o Desenvolvimento Organizacional». Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: ISCTE.
   - Sítio na Web: MOSS, Larissa. «Data cleansing – dichotomy of data warehousing?». http://www.dmreview.com/issues.1998/Feb/articles/feb98-46.htm.
9. A publicação dependerá da avaliação anónima dos membros do Conselho Científico da RPGS. O Director e a Redacção reservam-se ao direito de não publicar os originais a que o Conselho Científico não atribua nível adequado ou que não obedeçam às normas aqui referidas. Os autores serão avisados da sua publicação num prazo máximo de três meses. Poderão ser sugeridas pistas para o aperfeiçoamento dos trabalhos. Em cada trabalho serão indicadas as datas de recepção e de aceitação.
10. O material deve ser entregue em suporte electrónico, sendo preferível em anexo de *e-mail*.
11. O envio de um trabalho implica compromisso por parte dos autores de publicação exclusiva na RPGS, sendo o trabalho da sua inteira responsabilidade.
12. Os originais aceites para publicação ficam propriedade editorial da RPGS. Qualquer reprodução integral ou parcial dos mesmos só pode ser efectuada após autorização escrita do Director ou da Redacção e requerem referência à RPGS. Os originais não publicados não serão devolvidos.

Enviar correspondência para:
Revista Portuguesa de Gestão & Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 – Póvoa de Varzim
Tel: 916 379 486 • Fax: 252 688 939
E-mail: spgsaude@sapo.pt

CONSELHO CIENTÍFICO

António Correia de Campos
Armindo Rebelo
Duarte Nuno Vieira
Frederico José Teixeira
Hugo Meireles
Isabel Ramos
Jorge Correia Jesuíno
José Fragata
José Miguel Boquinhas
José Nascimento Costa
Luís Almeida Santos
Luís Antero Reto
Luís Campos
Luís Filipe Pereira
Luís Martins
Maria de Belém Roseira
Vitor Gil
Victor Hugo Pereira

CONSELHO EDITORIAL

Ângela Dias
Camila Tapadinhas
Helena Bugada
João Bispo
João Furtado
Lino Rosado

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE GESTÃO & SAÚDE
Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • N.º3 • Setembro 2007

DIRECTOR
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO
Carla Duque Vaz

DESIGN, PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO
VFBM - Comunicação, Lda.

PROPRIEDADE:
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212 • 4490-402 – Póvoa de Varzim
E-mail: spgsaude@sapo.pt
Site: www.spgsaude.pt

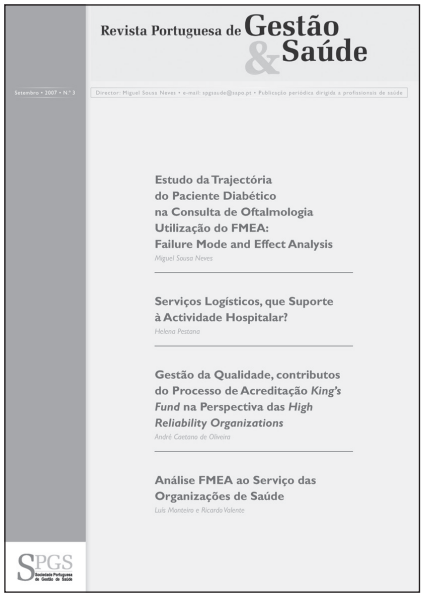
DEPÓSITO LEGAL:
239095/06

REGISTO ICS:
Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE:
Quadrimestral

PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO:
Offset+, Artes Gráficas, SA • Amadora
TIRAGEM
2.500 exemplares

Estatuto Editorial



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A RPGS orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A RPGS é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A RPGS reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colaboradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade.

Através da RPGS, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Editorial

Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Caros associados
e colegas,

Por razões de carácter pessoal e familiar não vou poder continuar a presidir à Direcção da Sociedade Portuguesa de Gestão & Saúde (SPGS) e, por conseguinte, abandonarei também o cargo de Director da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde após este número.

Embora de publicação quadrimestral, penso que a revista tem ocupado um espaço que não existe no nosso País pelo que envidarei todos os esforços para que a mesma continue a aparecer junto dos associados da SPGS e de todos aqueles que se interessam por questões de gestão de saúde em Portugal.

Nós, médicos, temos a obrigação primária de transmitir a todos os que trabalham na área da saúde a ideia de que GERIR A SAÚDE DE PESSOAS não é exactamente a mesma coisa que gerir outros bens e serviços. Quando o leitor desta revista estiver adoentado vai querer o melhor e o mais eficiente tratamento possível, pois aqui se definem os termos com que vivemos e convivemos nesta nossa passagem. Sempre que pergunto a alguém o que pede a Deus em primeiro lugar ele dirá invariavelmente que é "ter saúde" nem que seja para os filhos ou netos. Explicar que não podemos tratar da gestão da saúde da mesma forma que outros bens e serviços é a nossa função primária.

Depois, teremos que aceitar que a SAÚDE no nosso País está também "doente" no que respeita ao funcionamento de serviços e consequente formação e motivação dos profissionais nesta área. Para que funcione melhor, teremos necessariamente que aplicar critérios formais de economia e gestão e teremos que nos socorrer de todos aqueles que têm conhecimentos adequados nesta área.

Em Portugal, teremos que melhorar nos cuidados que vamos prestando na área da saúde mas, para que tal aconteça, teremos que aliar – com bom-senso – regras de gestão formal a uma boa dose de humanidade e empatia/compreensão entre todos nós.

Neste último número ao meu cuidado teremos a continuação de dois artigos anteriores sobre Serviços Logísticos e o seu suporte à actividade hospitalar e sobre os contributos do Processo de Acreditação King's Fund na melhoria das nossas organizações de saúde.

Para terminar da melhor maneira, este número teremos a explicação, com um trabalho exemplificativo, de como a análise FMEA: Failure Mode and Effect Analysis pode ser uma ferramenta extremamente útil no nosso trabalho de melhorar a gestão dos nossos serviços.

Um abraço do amigo e associado ao dispor,

Miguel Sousa Neves
Agosto/Setembro 2007

Estudo da Trajectória do Paciente Diabético na Consulta de Oftalmologia

Utilização do FMEA: Failure Mode and Effect Analysis

Miguel Sousa Neves Autor

Resumo

No intuito de melhorar o serviço prestado aos pacientes diabéticos na consulta de uma clínica privada de oftalmologia decidiu aplicar-se o modelo FMEA para análise da trajectória do paciente. Foram estabelecidos os problemas do sistema com um critério de prioridades para a resolução dos que foram considerados mais relevantes. Avaliações pró-activas das vulnerabilidades de um sistema de saúde são cada vez mais importantes para evitar o erro médico e garantir a segurança do paciente

Palavras-chave

Failure Mode and Effect Analysis, FMEA, Trajectória, Falhas, Causas

Title

Evaluation of the follow-up of diabetic patients in an Ophthalmic Out-Patients Clinic using the FMEA: Failure Mode and Effect Analysis

Abstract

In order to improve the care offered to diabetic patients who attend a private ophthalmology clinic it was decided to apply the FMEA technique. The problems of the system were established using a priority criteria for what was considered more relevant. Proactive evaluations of vulnerabilities of a health care system are more and more important to avoid medical error and to assure patient safety.

Key-Words

Failure Mode and Effect Analysis, FMEA, Failures, Causes

INTRODUÇÃO

Questões como "segurança do paciente" e "erro médico" são cada vez mais relevantes para uma melhoria da prática clínica actual[1-3]. A HFMEA: Health Care Failure Mode and Effect Analysis é uma técnica que permite uma avaliação das vulnerabilidades de um sistema de uma forma pró-activa e que nasceu de uma alteração da FMEA: Failure Mode and Effect Analysis utilizada na engenharia e efectuada pelo Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety. Ela reconhece e avalia potenciais falhas e os seus efeitos, assim como identifica acções que possam eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrência documentando o processo[4-6].

No caso específico, decidiu-se estudar a trajectória do paciente diabético, usando ainda o FMEA, desde o momento em que solicita uma consulta de Oftalmologia na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves até ter completado o tratamento necessário para estabilização mínima da doença.

O objectivo era tentar optimizar o serviço prestado evitando problemas passíveis de resolução.

A Diabetes atinge cerca de 4% da população portuguesa e quase 50.000 portugueses têm perturbações visuais directamente relacionadas com esta patologia. A Retinopatia Diabética (Diabetes Ocular) é a principal causa de cegueira funcional na população activa nos países desenvolvidos.

O paciente diabético tem que ser referenciado para uma con-

sulta de oftalmologia logo que seja detectada a doença. Posteriormente, terá que ser acompanhado anualmente até que eventualmente sejam demonstrados sinais incipientes de Retinopatia Diabética. Caso se venha a detectar, de imediato, Retinopatia Diabética, as consultas poderão ser mais frequentes. Os exames de apoio ao diagnóstico incluem, entre outros, testes de função visual por técnica superior de ortóptica especializada auxiliada por fotografias do fundo ocular (retinografias), exame do fundo ocular por oftalmologista, angiografia fluoresceínica e tomografia óptica coerente.

Destes exames, o único que é invasivo e que necessita de apoio de enfermemagem e equipamento de apoio de reanimação é a angiografia fluoresceínica, a qual consiste na injecção de um produto de contraste e fotografia sequencial do preenchimento progressivo dos vasos sanguíneos da coroideia e retina por esse produto.

Todo o tipo de tratamento tem por objectivo primário evitar que a função visual se deteriore ainda mais e consiste, no momento actual, essencialmente em laserterapia e/ou cirurgia.

Em Agosto de 2004 incluiu-se na terapêutica de alguns casos a injecção intra-ocular de triamcinolona, a qual já é utilizada em outros países, mas sem licença de utilização por rotina no nosso País. A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, através do Hospital Valentim Ribeiro, obteve autorização para utilização desse produto, com os apoios da Direcção Clínica e do Conselho de Ética do Hospital, porque a evidência médica actual aponta para um benefício com valor significativo em certos casos específicos.

Geralmente, tudo o que é perdido na Retinopatia Diabética não é recuperável pelo que é muito importante uma observação e tratamentos atempados, rigorosos e regulares.

Figura 1:

Figura 2:
Situação actual - FMEA

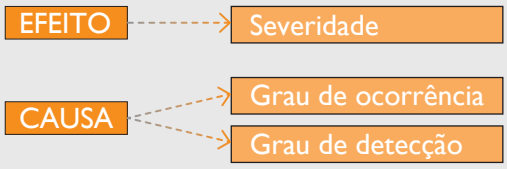


Figura 3:

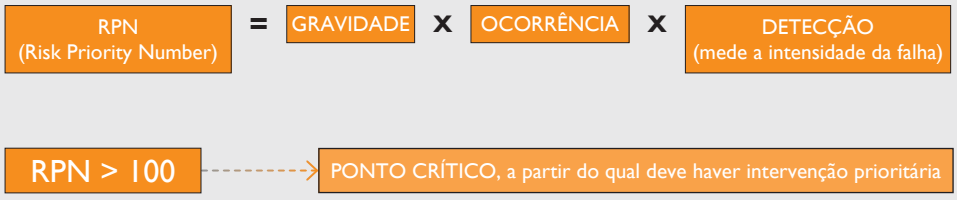


Tabela 1:

Grau	Gravidade	Ocorrência	Detecção
1	Irrelevante	Probabilidade remota	Antes de chegar ao cliente
5	Incómodo Perda perfomance	1 em 10	Probabilidade moderada de não detectar
9	Alta gravidade Segurança	1 em 2	Passa para cliente

Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt
Médico oftalmologista, Pós-Graduação em Direcção de Unidades de Saúde e Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE
Consultant Ophthalmologist, Post-Graduation in the Direction of Health Care Units and preparing a thesis for a Master Degree in the Management of Health Care Organizations at ISCTE – Lisbon

MÉTODO UTILIZADO

A escolha do FMEA tem em devida conta que é um método que reconhece e avalia potenciais falhas e seus efeitos, assim como identifica acções que possam eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrência, documentando o processo (ver figura 1 e 2).

Nesta técnica consideram-se as quatro principais fases do processo e as suas diversas etapas/itens. Em cada uma destas assinala-se um incidente (tido como relevante) ao qual se faz corresponder um efeito e uma presumível causa. Quantifica-se de 1 a 9 a probabilidade de ocorrência e a possibilidade detecção das causas e igualmente o grau de severidade do efeito (ver tabela 1, 2 e 3 e figura 3).

RESUMO FINAL

Os resultados obtidos apontaram para três falhas que, ultrapassando o ponto crítico, foram consideradas de resolução necessária para uma prática clínica com maior eficácia e eficiência. Em simultâneo, foram delineadas medidas para a resolução das mesmas.

Pretende-se reavaliar os resultados deste trabalho volvidos seis meses, esperando que os problemas suscitados nas etapa 1 e 5 estejam resolvidos de forma conclusiva e que, no caso da etapa 7, se tenha encontrado uma solução de compromisso para que os pacientes com menores recursos financeiros não continuem a ser muito afectados.

Com a técnica utilizada foi possível uma análise factual da situação da trajectória do doente diabético nesta Clínica e foram decididas acções preventivas para garantir um acompanhamento mais eficaz com uma consequente maior segurança do paciente.

Verificou-se que a FMEA é uma

Tabela 2:

Etapas	Incidente	Efeito	S*	Causa	O*	D*
1. Tempo de espera	2 meses	Atraso no diagnóstico. Agravamento da situação	4	Consulta superlotada	9	4
2. Avaliação preliminar por ortoptista	Erro na avaliação	Erro no encaminhamento	9	Experiência	1	4
3. Retinografia +/- OCT*	Possibilidade de não detectar patologia relevante	Não tratar atempadamente	4	Meios de transparência	3	3
4. Exame por oftalmologista	Possibilidade de não detectar patologia relevante	Não tratar atempadamente	7	Tempo escasso para consulta especializada	1	1
5. Angiografia fluoresceínica	Deslocação a outro centro	Atraso no tratamento	6	Falta de equipamento na clínica	5	6
6. Laserterapia	Erro no tipo e no modo de tratamento	Perda progressiva de função visual	9	Falta de experiência do especialista e/ou pouca colaboração do paciente	2	4
7. Cirurgia	Falta de Centro Hospitalar bem equipado e elevado custo da cirurgia	Perda irreversível de visão	8	Existência de poucos Centros e inexistência de acordos com ARS	4	7

S* = severidade; O* = ocorrência; D* = detecção; OCT* = tomografia óptica coerente

Tabela 3:
Consequência do estudo efectuado:

RPN por etapas										
Etapa 1	**RPN**	=	144	⇒	Acção recomendada	⇒	criação de consulta especializada	⇒	Responsável: recepcionista	⇒	Acção imediata
Etapa 2	**RPN**	=	36								
Etapa 3	**RPN**	=	36								
Etapa 4	**RPN**	=	7								
Etapa 5	**RPN**	=	180	⇒	Acção recomendada	⇒	Acordo de marcação e transporte com o Centro de Angiografia	⇒	Responsável: Director	⇒	Acção a curto prazo
Etapa 6	**RPN**	=	72								
Etapa 7	**RPN**	=	224	⇒	Acção recomendada	⇒	Criação de Unidade específica com acordo com ARS	⇒	Responsável: Director	⇒	Acção a médio prazo

técnica extremamente útil na avaliação das vulnerabilidades dos serviços de saúde e poderá ser utilizada de forma regular conjuntamente com outras técnicas para uma avaliação pró-activa do que se faz na Área da Saúde em Portugal.

BIBLIOGRAFIA

1. Cook R:Editorial:The End of the Beginning – Complexity and Craftsmanship and the Era of Sustained Work on Patient Safety. Jt Comm J Qual Improv 27:507-508, 2001;
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: 2002 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH). Oakbrook Terrace, IL, 2001;
3. Bagian JP et al: Developing and deploying a patient safety program in a large health care delivery system: or You can't fix what you don't know about. Jt Comm J Qual Improv 27:522-532, 2001;
4. Weeks WB, Bagian JP: Developing a culture of safety in the Veterans Health Administration. Eff Clin Pract 3(6): 270-277, 2000;
5. Feldman SE, Roblin DW: Medical accidents in hospital care: Applications of failure analysis to hospital quality appraisal. Jt Comm J Qual Improv 23: 567-580, 1997;
6. Cohen MR, Senders J, Davis NM: Failure mode and effect analysis: A novel approach to avoiding dangerous medication errors and accidents. Hosp Pharm 29: 319-324, 326-328, 330, 1994

Serviços Logísticos, que Suporte à Actividade Hospitalar? *(Parte II)*

Helena Pestana Autora

Resumo

O aumento dos custos é uma das principais preocupações orçamentais na saúde. Neste âmbito, é de todo interesse analisar o sistema de *procurement* das organizações hospitalares.
Deste modo, o presente artigo visa compilar informação analisar e propor medidas a nível logístico no *procurement*. Abordaremos neste segundo apontamento uma análise crítica desta actividade logística.

Palavras-chave

Planear, requisitar, encomendar, gestão e *procurement*

Title

Logistic services, what kind of support to hospital activities?

Abstract

Talking into account the increasing costs in health care, it is important to analyse the procurement systems in hospital environment.
The present article aims to compile information on the logistic system still in practice in many hospitals. In a second article, we will then make a critical analysis of the logistic services.

Key-Words

Planning, requisition, costs, procurement

2. ANÁLISE SWOT

No sentido de sistematizar os "Pontos Fracos" identificados no seguimento do levantamento da situação actual, as fraquezas apresentadas no quadro anterior são agrupadas em três categorias: "Processos", "Sistemas" e "Considerações Gerais", detalhando-se de seguida cada uma das Fraquezas.

2.1 FRAQUEZAS

Processo Planear

1. A **precisão do processo de planeamento não é eficaz**, verificando-se grandes desvios face às estimativas de compras estipuladas no início do ano. Estimativas fundamentadas na aquisição do ano anterior em vez do consumo efectuado;
2. Outra crítica a tecer ao processo de Planeamento reside no facto de nem todos os serviços fixarem **objectivos e metas de produção anual**, o que dificulta o controlo sobre a produção. Este problema é generalizável à maioria dos hospitais públicos;
3. Na selecção dos artigos para o ano seguinte, **não é tida em conta uma análise custo/benefício**. Desta forma, são utilizados materiais mais caros, cuja utilização poderia ser facilmente substituída por outros de preço menor;

Processo Requisição

4. Os **serviços não têm acesso ao mestre de artigos**, levando a que se verifiquem situações em que a um mesmo artigo seja atribuído um nome diferente do utilizado no armazém. Este facto resulta numa ineficiência no processo de requisição, na medida em que o funcionário do armazém tem de identificar qual o tipo de artigo em questão e, de seguida, procurar o código correspondente ao artigo solicitado;
5. Outro factor na origem de ineficiência e morosidade no processo é o facto das requisições serem efectuadas em suporte de papel.

Processo Pesquisa, Negociação e Adjudicação

6. O correio electrónico não é utilizado de forma sistemática como forma de comunicação com os **fornecedores.** Estes preferem o uso de telefone ou fax, facto que torna o processo de comunicação com o fornecedor mais demorado;

Processo Encomenda

7. A **nota de encomenda é enviada ao fornecedor simultaneamente por fax e por correio**. A utilização do fax acarreta custos (linhas telefónicas), enquanto que o envio por correio impossibilita saber se o fornecedor recepcionou o documento ou não. Por sua vez, o arquivo das notas de encomenda em papel dificulta posteriores consultas;
8. No processo de aquisição, **não é realizada uma agregação de artigos para os mesmos tipos de procedimento**. Desta forma, como os processos não são tratados em conjunto, os custos processuais aumentam.

Processo Armazenagem e Distribuição

9. Os **armazéns dos organismos**, de uma forma geral, são demasiado pequenos para o volume de artigos adquiridos, além de não possuírem as condições físicas ideais de temperatura, humidade e luz. Devido à limitação de espaço, certos artigos são directamente armazenados nos serviços clínicos, ficando estes responsáveis pela sua gestão. Desta forma, o armazém central perde o controlo sobre esses artigos;
10. Verifica-se uma **codificação manual dos artigos**, o que, além de ser um processo moroso, pode facilmente resultar em enganos;
11. Os **artigos no armazém não correspondem à quantidade indicada no sistema**, pelo que muitas vezes a informação extraída a partir do sistema não é fidedigna. Esta lacuna suscita a necessidade de se proceder a contagens manuais sistemáticas dos artigos em prateleira.

Processo Validação de facturas

12. A **validação de facturas**, por ser manual, constitui um **processo moroso**, e dá azo a uma **percentagem de extravios elevada**;
13. Por outro lado, o **número de facturas não conformes é elevado**. Os motivos mais frequentes na origem deste facto são:
    - Valores de IVA;
    - O material é entregue em armazém fora de horas e a respectiva verificação de nota de encomenda e guia de remessa não é realizada;
    - Erros de arredondamentos (o sistema suporta seis casas decimais enquanto que o fornecedor apenas regista duas casas);
    - Na nota de encomenda, as encomendas são registadas à unidade de consumo e não à embalagem, o que muitas vezes gera inconsistência entre a nota de encomenda e guia de remessa.

Sistemas

14. Uma fraqueza a nível de sistemas de informação consiste na **falta de integração entre os sistemas de informação existentes**.
15. Ao nível de gestão de *stocks*, o sistema não indica se os níveis de *stock* se encontram próximos do ponto de encomenda, o que torna necessária a realização de uma análise e contagem manual dos *stocks*;
16. A aplicação de gestão de *stocks* **não constitui um sistema de *stocks* integrado que permita obter informação *on-line*** relativamente aos *stocks* em cada serviço;
17. Em termos globais, **não existe uniformização de nomenclaturas e códigos entre instituições**, o que impossibilita a comparação de dados de consumo entre elas;
18. Os **funcionários não têm conhecimentos suficientes em sistemas nem em técnicas de negociação**, o que constitui um factor impeditivo para a realização mais eficiente das suas tarefas;
19. Em termos administrativos, a **legislação existente para valores superiores**

Figura 1:
Processo de aquisição dos organismos do Ministério da Saúde

Helena Castelão Figueira Carlos Pestana
hcpestana@gmail.com
Licenciada em Enfermagem de Reabilitação pela ESEMFR. Enfermeira chefe no Hospital Curry Cabral. Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG
Licenciate in Nursing by ESEMFR. Nurse manager of Curry Cabral Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG

a 25.000 Euros traduz-se num processo de aquisições muito moroso e burocrático devido à complexidade dos documentos que compõem os processos e aos prazos de entrega de propostas, de audiência e notificação;

20. Os **prazos médios de pagamento das instituições são de aproximadamente um ano**, o que resulta na cobrança de preços mais elevados por parte dos fornecedores.

2.2 OPORTUNIDADES

1. Após o *boom* inicial, assiste-se, actualmente, a uma massificação do **comércio electrónico**. Desta forma, considera-se oportuno que os organismos do Ministério da Saúde adoptem este sistema de comunicação, visto que o comércio electrónico encontra-se bastante disseminado no mercado, existindo cada vez mais entidades a aderirem a esta prática e o número de ferramentas de suporte é cada vez maior;
2. A **crescente utilização de genéricos** constitui um factor que permite obter potenciais de poupança, na medida em que estes apresentam preços mais baixos comparativamente aos outros medicamentos. Com base na sua utilização é possível tirar o melhor partido da relação preço/qualidade;
3. A **utilização de "linhas brancas"** constitui um factor que poderá permitir obter potenciais de poupança, na medida em que estas apresentariam preços mais baixos comparativamente aos outros materiais de consumo clínico de marca. Com base na sua utilização seria possível tirar o melhor partido da relação preço/qualidade;
4. A **integração dos mercados português e espanhol** (*Iberização*), constitui uma oportunidade para a aquisição conjunta de medicamentos e materiais de consumo clínico aos fornecedores deste tipo de material, proporcionado vantagens na negociação com reflexos ao nível de preços.

2.3 AMEAÇAS

1. Os médicos e enfermeiros que constituem as comissões e júris de escolha dos artigos clínicos, possuem essencialmente uma perspectiva técnico-cientifica (e não económica), pelo que são alvos constantes de um **marketing estruturado por parte dos fornecedores**;
2. Com a crescente consolidação de fornecedores, assiste-se cada vez mais a um **monopólio no mercado de medicamentos e material de consumo clínico**, o que se pode traduzir numa menor poder de negociação por parte dos organismos com consequências nos níveis de preço.

2.4 DESAFIOS

Com base na análise de caracterização de situação actual, são identificadas três áreas-chave nas quais é urgente intervir. Estas três áreas constituem os grandes desafios que se nos colocam no contexto da função de compras, sendo que as oportunidades de melhoria preconizadas deverão responder a estes mesmos desafios, de modo a garantir, em última análise, a prestação mais eficiente de cuidados de saúde aos utentes. Os desafios identificados encontram-se sistematizados na figura 2:

Figura 2:
Desafios encontrados

2.4.1 Racionalizar Despesa

O elevado peso das aquisições do Ministério da Saúde na actual estrutura de custos da administração pública, constitui um factor determinante face ao objectivo de racionalização de despesa do estado. Este desafio é condicionado fundamentalmente pelo preço dos materiais adquiridos. A compra de artigos a preços mais baixos, podem decorrer de três situações diferentes:

- Negociação mais eficaz decorrente da centralização do poder aquisitivo;
- Conhecimento profundo do mercado (número de fornecedores que comercializam um determinado produto) de forma a incentivar o efeito concorrência;
- Selecção eficiente dos artigos com base numa análise custo/beneficio.

2.4.2 Aumentar a eficiência processual

Da análise da situação actual infere-se que existe um elevado custo e tempo associado à execução dos processos de compra. Neste sentido, torna-se desejável reduzir os custos globais, não apenas via preço, mas também via processo. Os ganhos de eficiência a este nível podem ser conseguidos através de uma maior agilização, desburocratização e optimização dos processos de compras.

2.4.3 Melhor controlo da função compras

A sistematização e controlo

das despesas de consumo constituem um eixo fundamental, sobretudo para o desafio de racionalização da despesa. Com efeito, é essencial deter informação estruturada da despesa (consumos, preços, etc.) para identificar potenciais ganhos pela negociação.

Cada um dos três desafios identificados foca uma vertente específica da função de compras. A racionalização de despesas apresenta foco na actividade de **Sourcing**. Por sua vez, o aumento da eficiência processual tem enfoque na actividade de **Procurement** e a melhoria do controlo da função de compras está orientada para a actividade de **Monitorização e Controlo**. O melhor controlo da função compras constitui um ganho de natureza qualitativa, com efeitos no aumento de transparência nos processos de aquisição.

Tendo em consideração os desafios identificados, importa sublinhar que compras electrónicas suportadas numa plataforma informática podem contribuir para o aumento da eficiência processual e a disponibilização de meios para um controlo eficiente da função de compras.

Estes factores constituem condições estruturantes no sentido de suportar uma abordagem sustentada à vertente de despesa.

Processos

O âmbito processual engloba os seguintes processos:

- Requisitar;
- Pesquisar, Negociar e Adjudicar (refira-se que apenas a vertentes de Pesquisa e Adjudicação numa fase inicial, sendo a Negociação contemplada uma vez identificadas oportunidades a este nível);
- Encomendar;
- Recepcionar.

A implementação da plataforma de compras electrónicas pode introduzir melhorias quantitativas e qualitativas nos processos de compras através do aumento de celeridade e simplificação das tarefas, contribuindo para a optimização das mesmas.

A estrutura aplicacional do processo de aquisição, irá desde a requisição de compra interna até à recepção da guia de entrega do produto.

A plataforma de compras enquanto ferramenta poderá permitirá aos utilizadores acederem à realização das tarefas de Requisitar, Pesquisar, Adjudicar, Encomendar e Recepcionar. Por sua vez, os fornecedores terão a oportunidade de utilizar esta ferramenta para recepcionar as notas de encomenda.

Existe ainda a possibilidade de estabelecer ligações entre os serviços existentes dentro das instituições e do Ministério da Saúde, através de uma plataforma informática.

A implementação de um projecto de compras electrónicas e as decorrentes alterações permitem estimar ganhos e poupanças a dois níveis:

- Processuais/Organizacionais;
- Preços.

Os ganhos alcançados via organização/processos traduzem-se em ganhos obtidos através da eliminação de certas etapas no processo de compras, ou simplesmente decorrem da realização das tarefas de uma forma mais eficiente. De facto, a implementação de uma plataforma de compras electrónica permitirá diminuir os custos directos e indirectos, associados ao processo, designadamente papel, conta de telefone (resultante dos telefonemas e faxes aos fornecedores), assim como reduzir o tempo de mão-de-obra despendido no processo.

Ao reduzir o tempo de mão-de-obra, as instituições podem redistribuir funcionários e redimensionar os recursos humanos afectos aos serviços.

As poupanças obtidas pela via da diminuição dos preços de aquisição, compra de artigos a preços mais baixos, podem decorrer de três vectores diferentes:

1. Negociação mais eficaz decorrente da centralização do poder aquisitivo,
2. Conhecimento profundo do mercado (número de fornecedores que comercializam um determinado produto) de forma a incentivar o efeito concorrência,
3. Selecção eficiente dos artigos com base numa análise custo/beneficio.

De acordo com o que foi referido anteriormente, os *macro*-processos aos quais estão associadas alteração de procedimentos decorrentes da operacionalização de compras electrónicas são os seguintes: Requisitar; Pesquisar, Negociar e Adjudicar; Encomendar e Recepcionar.

Desta forma, são descritos de seguida, os novos custos processuais de cada um destes *macro*-processos, assim como as poupanças estimadas.

Requisição do serviço ou farmácia

As poupanças estimadas decorrem dos novos custos de elaboração de uma requisição. Embora esta possa contemplar várias linhas (vários produtos).

A poupança no processo de requisição deve-se essencialmente ao facto de se eliminarem as etapas de envio de requisições em formato papel.

Pesquisar, Negociar e Adjudicar

A maior agilização na pesquisa dos fornecedores, a recepção instantânea de pedidos de autorização e respectiva decisão de adjudicação são factores determinantes na redução dos custos associados a este processo.

Encomendar

O processo de encomenda ao fornecedor é realizado instantaneamente após a autorização do aprovador máximo, o que elimina as etapas inerentes ao tratamento das notas de encomenda, com a consequente redução de custos.

Recepcionar

Verificam-se resultante da diminuição do tempo gasto no novo processo de recepção.

POUPANÇAS ATRAVÉS DO PREÇO

Os produtos específicos adquiridos no sector da saúde (medicamentos e material de consumo clínico) gozam de algumas especificidades:

- **Produtos exclusivos –** Os produtos exclusivos possuem protecção de patente e apenas são comercializados pelo produtor, não sofrendo o efeito da concorrência no seu preço de aquisição;
- **Produtos não exclusivos –** Os produtos não exclusivos são produtos cuja patente caducou e a segmentação do mercado justifica o aparecimento de cópias e genéricos, os quais são similares ao produto de referência que perdeu a protecção de patente. Consequentemente podem existir vários fornecedores a comercializar o mesmo produto e o efeito concorrência cria as condições para a redução do preço.

Além das particularidades dos produtos, existem algumas particularidades do sector (Estado e hospitalar) que devem ser tidas em conta numa análise de potenciais benefícios obtidos através da redução de preço de produtos:

- **Elevados prazos de pagamentos –** Os prazos de pagamento a fornecedores são elevados, podendo atingir *timings* superiores a 365 dias. Este facto condiciona significativamente a

Tabela 2:
Linhas de acção identificadas

1. Descentralização do processo de aprovação através do estabelecimento de uma hierarquia de aprovadores
Processo: Adjudicação O processo de aprovação de requisições e consequentes autorizações decorrentes do seguimento dado ao processo de despesa, pode estar descentralizado, resultando daí menos demoras. Pode ainda existir delegação de competências nos compradores e nas chefias de primeira linha.
2. Automatização do envio de notas de encomenda ao fornecedor
Processo: Encomenda A automatização do envio de notas de encomenda ao fornecedor, vinculada através da plataforma informática permite reduzir o tempo associado ao processo de encomenda, e simultaneamente, reduzir custos telefónicos (devido à minimização de telefonemas e do envio de faxes). Na ausência de uma plataforma informática, o contacto com os fornecedores deve ser feito cada vez mais através de correio electrónico (já disponível em toda a organização). A utilização deste meio é mais eficiente uma vez que, além de permitir reduzir custos, acelera o processo de comunicação com o fornecedor. Além disso, o registo das notas de encomenda em ferramentas electrónicas facilita consultas posteriores.
3. Registo de devoluções no sistema de gestão de *stocks*
Processo: Recepção As devoluções de artigos devem ser registadas no sistema, o que permite centralizar no organismo, informação a partir da qual os fornecedores seriam classificados em termos de qualidade de serviços prestados, constituindo este factor uma variável a ser ponderada no processo de negociação.
4. Introdução de um esquema de reposição por níveis, ao invés de um esquema de reposição de stocks com base em requisições dos serviços clínicos e administrativos
Processo: Distribuição As reposições de material de aprovisionamentos nos serviços clínicos dos organismos devem seguir um esquema de reposição automática, com base em níveis pré-definidos e esquemas de distribuição que optimizem o funcionamento da instituição. Daqui, pode vir a registar uma melhor previsão dos stocks necessários, uma melhor coordenação de actividades entre a gestão de *stocks* e os serviços e, por fim libertar os serviços clínicos para o exercício de actividades core.
5. Registo de material que é distribuído do armazém ao serviço
Processo: Distribuição Os materiais quando distribuídos aos serviços devem ser registados pelos respectivos funcionários. Este registo deve ser feito, preferencialmente em sistema, de forma a que o armazém controle o material entregue.
6. Integração da função de validação de facturas na contabilidade
Processo: Validação de Facturas A partir do momento em que as situações causadoras de desconformidades de facturas sejam minimizadas (tais como erros de arredondamentos, erros nos preços unitários, erros de quantidades), o sector de Validação de Facturas deve ser incorporado na Contabilidade dos Serviços Financeiros. Esta medida permite: • Evitar dispersão de funções semelhantes por serviços diferentes; actualmente a informação relativa às facturas é introduzida primeiro no sistema GEMA, por um funcionário de Compras, e após o envio da factura para a Contabilidade, um funcionário deste serviço procede à sua introdução no SID-C; • Libertar funcionários afectos à função de validação e conferência de facturas para a realização de outras tarefas. A optimização da conferência de facturas é possível através da integração automática da Nota de Encomenda, guia e factura numa plataforma electrónica.

negociação, uma vez que o custo financeiro da venda é suportado durante esse período pelo fornecedor;

- **Selecção não eficiente de produtos –** A selecção dos produtos não é eficiente porque não é avaliado o custo/benefício dos mesmos. Os médicos e enfermeiros que constituem as comissões e Júris de escolha dos artigos clínicos têm apenas uma perspectiva técnico-científica e não económica, sendo estes alvos constantes de um marketing estruturado por parte dos fornecedores.

OPORTUNIDADE DE MELHORIA

O trabalho desenvolvido permite preconizar propostas de melhoria focadas nos **desafios** identificados, aos quais, de acordo com o grau de complexidade e o tempo associado à sua implementação, podem ser agrupadas em **Linhas de Acção**. As oportunidades de melhoria identificadas são, sempre que possível, caracterizadas em termos de **nível de benefícios** e **complexidade de implementação**.

As **Linhas de Acção** constituem medidas de fácil implementação, que podem ser adoptadas a curto prazo e não implicam investimentos significativos. Pela sua natureza, as linhas de acção identificadas foram agrupadas pelos diferentes por processos da função de compras.

MELHORIAS

A tabela seguinte sistematiza algumas das medidas, identificadas com base no levantamento de situação actual, para alguns processos de compras.

4 - CONCLUSÃO

As seis medidas apresentadas, constituem melhorias que podem ser implementadas rapidamente e incidem sobre os processos de Adjudicação, Encomenda, Recepção, Distribuição e Validação de Facturas.

Neste cenário de mudança, apesar da consciência generalizada de que é necessário tecer alterações profundas na organização e estrutura de compras, pode enfrentar-se uma eventual **resistência** por parte de alguns intervenientes no processo, designadamente funcionários da organização e fornecedores.

Os funcionários administrativos da organização, por recearem a perda de lugar no exercício das funções que actualmente desempenham, podem tornar-se menos colaborantes, atitude que dificulta qualquer processo de mudança.

Por outro lado, os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, podem opor-se à selecção de produtos com menor preço, por colocarem em causa a garantia da qualidade dos mesmos.

Dada a concentração do mercado de medicamentos e material de consumo clínico, os fornecedores podem pressionar a utilização de produtos exclusivos, em detrimento de outros que apesar de serem perfeitamente substituíveis e servirem para os mesmos fins, apresentam um preço mais baixo.

Estes factores constituem condições estruturantes no sentido de suportar uma abordagem sustentada à vertente de despesa em Saúde, intervindo nos processos (requisitar, pesquisar, negociar e adjudicar, encomendar e recepcionar) e nas categorias (medicamentos, material de consumo clínico, material administrativo e outros).

Face aos factores de risco apresentados, os obstáculos ao processo têm de ser devidamente ponderados. Da mesma forma, é necessário orientar um processo de gestão de mudança, durante a fase de implementação das alterações.

Há que recordar que as pessoas são uma peça fundamental em qualquer sistema. São elas que condicionam ou impedem as reformas, mas também é com as pessoas que estas têm de ser feitas. Neste sentido, o desenvolvimento e a formação dos recursos humanos é um dos factores críticos para a implementação de processos estratégicos, mas também para qualquer tipo de mudança que queiramos introduzir, dado que os profissionais de saúde são superiormente preparados para o desempenho técnico nas suas áreas em detrimento da gestão.

Neste cenário, parece ser fundamental associar a formação indispensável à obtenção de competências, treino em áreas fundamentais e indispensáveis à mudança e reforma do sistema, nomeadamente: gestão de serviços de saúde, economia da saúde, técnicas de negociação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brust, L. (1990) Mudança na Administração pública: o cidadão como objectivo in "Estudos Políticos e Sociais" ISCSP. Lisboa;
- Gamer, M. et al (1990) Forces of Changes – An Overview, Topics on Health Care Financing, vol. 16:4, Aspen Publishers, Inc.;
- [Lisboa: Internet,http://www.igif.min-saude.pt/upload/igif/img/IGIF-Publica.pdf]
- [Lisboa: Internet,http://www.catalogo.min-saude.pt/CAPS/publico/default.asp]
- Orton, J. D. e Weick, K. E. (1990) Loosely Coupled Systems: a reconceptualization. In "Academy of Management Review". 15 (2);
- Palmer, R. Healther, Hargraves, J. (1996) The Ambulatory Care Medical Audit Demonstration Project Research Design, Medical Care, Vol. 34, n. 9, pp SS12 a SS28, Supplement, Lippincott-Raven Publishers;
- Reis, L. (2000) Estratégia Empresarial, Análise, Formulação e Implementação. 1ª Ed. Lisboa. Editorial Presença;
- Schein, E. (1999) Corporate Culture. 1º ed. San Francisco, Editora Jossey-Bass;
- Sharman, G. (1984) The Rediscovery of Logistics. Harvard Business Review (Sept. – Oct.). pp 71 –79.

Gestão da Qualidade, contributos do Processo de Acreditação King's Fund na Perspectiva das *High Reliability Organizations (Parte II)*

André Caetano de Oliveira Autor

Resumo

Este artigo tem como objectivo realizar um estudo empírico sobre a fiabilidade dos Serviços de Urgência Pediátrica. Surge no seguimento da primeira parte, onde se realiza uma abordagem teórica à temática. Pretende-se avaliar a capacidade de assegurar a *performance*, através da fiabilidade e testar a hipótese de que o processo de acreditação do *King's Fund* alterou a capacidade de gerir o inesperado do Serviço de Urgência Pediátrica.
Para realizar este estudo utilizou-se o questionário de Weick, que avalia os processos core das High Reliability Organizations. São estes os processos que são auditados e permitem compreender as respostas às questões iniciais.

Palavras-chave

Organizações de Alta-Fiabilidade, Gestão da Qualidade, Processo de Acreditação, estudo comparativo, *King´s Fund*

Title

Quality Management and the King's Fund Accreditation Process in the High Reliability Organizations Perspective (2nd Part)

Abstract

This article intends to do an empirical study on the reliability of the Pediatric Emergency Services. This comes on the following of part one where a theoretical approach is made on this subject.
Its goal is to determine the capacity to assure the performance through reliability and to test if the King's Fund Accreditation Programme changed the Pediatric Emergency Services ability in managing the unexpected.
This study used the Weick questionnaire. This instrument evaluates the High Reliability Organizations core process. These processes are then audited and allow us to understand the answers to the initial questions.

Key-Words

High Reliability, Organizations, Quality Management, Accreditation Process, Comparative Study, King's Fund

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo surge no seguimento da primeira parte com o mesmo título. Após realizar a abordagem teórica à evolução da Gestão da Qualidade, inserida no contexto da saúde e dos Processos de Acreditação na perspectiva das *High Reliability Organizations* surgiu a dúvida e consequentemente a necessidade de testar as hipóteses levantadas. Será que os Processos de Acreditação melhoram a capacidade de gerir o inesperado e também a fiabilidade?
Desta forma, neste artigo pretende-se estudar as Organizações Altamente Fiáveis (*High Reliability Organizations*) e os processos de acreditação, entendidos como certificação da qualidade dos serviços prestados pela organização.
Apesar de alguns aspectos do sistema escolhido para análise serem, *a priori*, de conhecimento geral optou-se, através de uma forma sistematizada, pela verificação de dois objectivos, explicitados na metodologia.
Os resultados revelaram-se algo surpreendentes, na medida em que o serviço apresenta, de facto, um nível aceitável de fiabilidade, mas com melhoramentos a realizar, e ainda, que a hipótese levantada no segundo objectivo não revelou uma associação entre o processo de acreditação

ter melhorado e a capacidade de gerir o inesperado.

2. METODOLOGIA

Tal como descrito na introdução, pretendeu-se com a realização deste estudo que ocorram ganhos ao nível da compreensão da problemática da gestão da qualidade na saúde, mas que estes ganhos não sejam meramente teóricos. Assim, desde o início que se desenhou um caminho para realizar a ponte para a prática, para uma realidade concreta. A própria escolha do título reflecte esta dimensão.

Assim, optou-se pelo estudo de um Serviço de Urgência Pediátrica, por ser um serviço em que devido às suas características e ao propósito da sua existência, o inesperado é uma constante. Saber gerir esse inesperado torna-se muitas vezes crucial para o bom desempenho das funções dos profissionais e, em última análise, garantia da qualidade dos cuidados prestados.

Optou-se por esta unidade de análise e não pela generalização a toda a organização, porque a estrutura organizacional é uma componente demasiado pesada para ser avaliada no constrangimento temporal em que decorreu a realização deste estudo. E mais, a questão da fiabilidade, tal como o próprio Weick refere, verifica-se nos serviços de emergência dos hospitais; assim, só se irá avaliar o Serviço de Urgência Pediátrica.

O facto do hospital estar a submeter-se a um processo de acreditação por parte de uma entidade exterior, que no caso da unidade em questão é o *King's Fund*, levantou a questão de que se este processo estará a levar a organização a obter melhorias ao nível da qualidade dos serviços prestados, na sua *performance*. Esta é uma questão que se achou pertinente e que importa avaliar, na perspectiva das organizações altamente fiáveis e dos seus cinco processos. Destas noções decorrem os objectivos do trabalho:

- Avaliar a capacidade de assegurar a *performance*, através da fiabilidade;
- Verificar a hipótese de que o processo de acreditação do *King's Fund* alterou a capacidade de gerir o inesperado do Serviço de Urgência Pediátrica.

Para cumprir estes dois objectivos utilizaram-se dois instrumentos, inquéritos para análise estatística e quantitativa.

Para o primeiro objectivo utilizou-se o instrumento descrito no livro de Weick de 2001, composto por cinco secções, em que as primeiras quatro avaliam de uma forma mais geral a fiabilidade e a capacidade da organização de responder ao inesperado. A última secção é composta por cinco partes, avaliando respectivamente os cinco processos que Weick enuncia como características das organizações fiáveis. Não se realizou a tradução da versão original, nem se adaptou para o contexto específico da unidade em análise, embora o próprio autor assim o permitisse e sugerisse no seu livro, devido principalmente a constrangimentos temporais e perdas de significado que ocorreriam na tradução de conceitos que em inglês são mais abrangentes, e por vezes específicos da linguagem de gestão. Esta será uma das limitações metodológicas deste trabalho, que serão discutidas mais adiante.

Para cumprir o segundo objectivo utilizou-se um instrumento que também avalia a *performance* de fiabilidade da organização. Este foi fornecido durante as aulas de Gestão da Qualidade, como uma versão mais reduzida e traduzida de algumas das afirmações do próprio questionário inicial de Weick de 2001. Para o cumprimento do objectivo, introduziu-se uma pequena adaptação: em vez de se avaliar o nível de concordância face às afirmações para a organização no presente, pede-se ao mesmo tempo que face à mesma afirmação se classifique a sua concordância, antes de se iniciar o processo de acreditação *King's Fund*, e no presente. Pretende-se assim, perceber se o projecto de acreditação trouxe benefícios ao nível organizacional, aumentando a capacidade da organização de gerir o inesperado, na perspectiva dos prestadores de cuidados que exercem funções na unidade em análise.

Poderá pensar-se que sendo este segundo instrumento uma adaptação de um questionário já validado, porque não utilizar esse mesmo. A resposta surge pelo facto de este instrumento ser utilização mais simples e que as pessoas que o irão preencher estarem mais aptas para realizar a comparação entre os dois momentos em estudo.

Devido, mais uma vez, aos constrangimentos temporais para a realização deste estudo, a selecção da amostra não cumpre os critérios de uma amostragem realista de todo o universo de profissionais que actuam no referido serviço. Assim, embora seja um erro metodológico, optou-se pela recolha de dez questionários completamente preenchidos, independentemente da sua idade, categoria profissional, vínculo ou permanência na instituição. Por esta razão também não se intro-

André Caetano de Oliveira
andre.caet@gmail.com
Licenciado em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia. Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG.
Licentiate in Nursing by Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Nurse in the Paediatric Emergency of Dona Estefânia Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG.

duziram estas características como variáveis para o estudo e, consequentemente, estas não foram recolhidas para análise.

3. Apresentação e Discussão de Resultados

A apresentação e discussão dos resultados far-se-á segundo a ordem que se definiu na metodologia: primeiro descrevem-se os resultados do questionário sobre a capacidade da organização de assegurar a *performance* e de seguida os resultados da aplicação do questionário sobre a *performance* de fiabilidade relativa aos dois momentos em estudo.

3.1. Capacidade de assegurar a performance

Segundo Weick, o questionário permite a análise da capacidade da organização de ser "*mindfullness*", isto é, a sua capacidade de assegurar a *performance*, baseada em mecanismos de fiabilidade, ou seja, em *performance* livre de erros.

Pretende-se, segundo o próprio autor do instrumento, evidenciar a habilidade da organização para se manter livre de erros, mesmo sobre condições que ameaçam a segurança e a produção (Weick, 2001, p.89).

Na secção I pretende-se avaliar a sensibilidade dos profissionais em estarem atentos aos problemas e quanto estão predispostos a detectá-los. (Weick, 2001, p.92)

Weick afirma, em relação a este item, que uma organização fiável é aquela que pontue mais de dezasseis pontos de entre os vinte e quatro possíveis; que uma organização que está em desenvolvimento de ser "*mindful*" terá uma pontuação entre dez e dezasseis; e que se a pontuação somar menos de dez então é porque precisa de implementar medidas para evoluir a um estado "*mindful*" que optimize a fiabilidade da organização.

Para o serviço em estudo, o somatório foi de catorze pontos, que apesar se poder considerar como uma boa pontuação, para um serviço que se pretende livre de erros não será suficiente, e provavelmente medidas terão de ser implementadas. Esta pontuação, deve-se provavelmente à capacidade dos profissionais de responderem a uma panóplia de situações diversas e de se encontrarem predispostos a gerir esse inesperado. Ainda sobre o resultado da primeira secção, Weick afirma que quando a capacidade de ser "*mindfullness*" aumenta, as pessoas são menos capazes de negar que os eventos inesperados podem acontecer, ou de racionalizar as suas potenciais consequências (Weick, 2001, p.92). Assim, compreende-se melhor o *score* atingido nesta primeira avaliação, pois não parece que nenhum profissional a exercer funções num serviço de urgência afirme que os eventos inesperados não acontecem.

Relativamente à secção dois, pretende-se avaliar a vulnerabilidade para o desleixo, o não estar alerta – "*mindlessness*" – porque revela as tendências das pessoas em ignorar as disfunções que os eventos inesperados podem causar. (Weick, 2001, p.94)

Uma auditoria para este estado de "*mindlessness*" é mais do que uma simples avaliação da atenção, da preocupação, ou dos factores que distraem ou interferem na atenção dos profissionais. É uma sondagem mais profunda, que avalia a frequência com que os profissionais entram em contacto com o inesperado, as expectativas destes de que as coisas corram como o planeado, e se as suas actividades são no sentido de resolver ou de ignorar estes eventos (cf. Weick, 2001).

Momentos de "*mindlessness*" ocorrem quando as pessoas são confrontadas com fracos estímulos, grandes expectativas e grande desejo de ver apenas o que se quer ver (Weick, 2001, p.92).

A escala que Weick apresenta é a seguinte: para uma pontuação de vinte e quatro dos trinta e seis pontos possíveis, o potencial para momentos de "*mindlessness*" é grande e devem-se impor melhoramentos nos processos. Entre catorze e vinte e quatro pontos, o potencial é moderado; menor do que catorze sugere grande capacidade para "*mindfullness*".

O serviço em análise obteve vinte e oito pontos, ou seja, existem muitos momentos em que ocorre frequentemente o contacto com elementos inesperados, que as expectativas de correr como planeado são altas e que frequentemente os profissionais preferem ignorar a resolver. Verifica-se uma pontuação alta para a afirmação cinco – "os profissionais trabalham

frequentemente sobre grande pressão" – e nas afirmações três e quatro, sobre a informação e o padrão dos processos, mais uma vez revelam uma pressão para a sustentação que é viável para com o estado que se pretende de "*mindfullness*". Como explicado no enquadramento teórico, não se pretende a divisão/sistematização ou isolamento, mas sim a criação de um pensamento colectivo de "*mindfullness*".

Na secção três avalia-se a aversão à "*mindlessness*", ao desleixo e à indiferença, verificam-se estas características na vontade de questionar se o que se percepciona dos fenómenos inesperados é a imagem completa, na vontade de questionar e no desejo contínuo de actualização da situação.

A escala que Weick definiu para esta secção baseia-se nas variáveis dicotómicas "concordo" ou "discordo". Weick refere que quanto maior for o número de concordância, menor será a tendência para a dúvida, questionamento ou actualização, logo, haverá maior potencial para o estado de "*mindlessness*".

Verificámos que, em média, as respostas são de seis concordâncias e três discordâncias, o que nos leva a assumir que existe uma grande aversão à "*mindlessness"* e que as dúvidas, o questionar e a actualização são processos que ocorrem regularmente e que contribuem para o estado de "*mindfullness"* e aumento da *performance* de fiabilidade do serviço.

Com a secção quatro, Weick, pretende avaliar onde é que a característica de "*mindfullness*" é mais necessária.

Refere ainda que num sistema caracterizado por ser "*lossely coupled system*" podem ocorrer atrasos, mas também é onde as rotas alternativas para o sucesso podem ser possíveis (Weick, 2001, p.97). As organizações de saúde são caracterizadas por serem "*lossely coupled system*", isto é, sistemas flexíveis com estruturas imperfeitamente conectadas; ao contrário dos sistemas regrados e pouco flexíveis, onde, após iniciado um processo, este rapidamente e de forma irreversível evolui para o seu fim quer seja conhecido ou não (Weick, 2001, p.97).

As respostas à secção quatro são também dicotómicas da mesma forma que na secção anterior, e pela mesma razão seria importante avaliá-las uma a uma. Em virtude de não ser possível, utilizámos a avaliação proposta por Weick, que refere que quanto maior for o número de discordâncias mais complexo e pouco flexível é o sistema. Assim, importa melhorar a capacidade de ser "*mindfullness*".

A análise dos questionários revelou quatro concordâncias e cinco discordâncias, logo, assume-se que o Serviço de Urgência Pediátrica estará num patamar intermédio entre ser um sistema ineficientemente conectado ou um sistema rígido, provavelmente terá características das duas opções, importa é esclarecer quais são importantes mudar para se atingir o estado de "*mindfullness*" e aumentar a fiabilidade.

Ao entrarmos na análise da secção cinco iremos realizar esta de uma forma sistemática, primeiro, as cinco secções (que avaliam os cinco processos para ser "*mindfullness*") e depois no seu conjunto.

Assim, na secção (5a), pretende-se avaliar a preocupação com a falha e o nível para o qual a organização tem uma preocupação saudável com a falha. Segundo Weick, ao realizar esta análise avalia-se concomitantemente o grau com que as pessoas estão despertas para que o "*mindfullness*" seja um resultado que se pretende atingir, e como este pode ser operacionalizado.

Assim, se ao somar a pontuação esta se revelar menor que onze, a preocupação centra-se com o sucesso e não se preocupa com a falha. Entre onze e dezoito, a preocupação é moderada para com o sucesso em vez de um completo estado de preocupação com a falha ("*mindfullness*"). Para resultados acima de onze, surge uma preocupação saudável com a falha e uma forte capacidade em ser "*mindfullness*". (Weick, 2001, p.102)

O resultado do Serviço de Urgência Pediátrica foi exactamente dezoito, o limite para uma preocupação saudável e um estado de "*mindfullness"* para com a falha, viável para uma organização que se pretende altamente fiável. Este estado de preocupação saudável com a falha deve ser utilizado e gerido para desencadear energias para actividades que aumentem o estado de "*mindfullness*" em

outros processos como veremos de seguida.

Na secção (5b) avalia-se a relutância em simplificar a forma como o sistema socializa os profissionais para realçar menos presunções, observarem mais e ignorarem menos (Weick, 2001, p.103).

As afirmações desta secção pretendem sondar a existência de normas que avaliem a realidade e que preconizam a ideia de não aceitar nada como garantido e não optar por uma actividade sem um plano de opção (Weick, 2001, p.103).

Para esta avaliação, uma vez mais, somam-se os pontos e se o resultado for maior que vinte quatro, o potencial para evitar a simplificação é forte. Se a soma for entre catorze e vinte quatro, o potencial é moderado e se for inferior a catorze sugere que medidas correctivas devam ser implementadas para aumentar a capacidade de estar relutante a simplificar.

O resultado do Serviço de Urgência é de vinte e três, o que sugere uma relutância alta em simplificar. Esta alta pontuação deve-se possivelmente à frequente discussão de casos/situações, de como se procederia, a partilha de novas ideias e a valorização de todas as opiniões como válidas e ao objecto de trabalho do Serviço de Urgência, a criança/família doente, onde cada caso é diferente e importa adquirir todas as perspectivas possíveis para assegurar a melhor qualidade dos cuidados possível.

A secção (5c) avalia a sensibilidade às operações para Weick; as organizações altamente fiáveis estão menos preocupadas com a estratégia e o futuro, e mais com as situações do presente e em geri-las convenientemente. Esta secção pretende avaliar como está preparada para reagir à acumulação de pequenos eventos que se podem tornar grandes problemas (Weick, 2001, p.).

A escala é mais uma vez dicotómica e para o Serviço de Urgência Pediátrica, revelou uma concordância com 1,5 afirmações e discordância nas restantes 6,5. Para Weick, quanto maior for o número de respostas discordantes, menor é a sensibilidade às operações. E é este o caso que se observa, com um claro predomínio das discordâncias e, consequentemente, uma diminuição da sensibilidade às operações. Este facto pode dever-se ao pouco contacto/comunicação que ocorre em situações de grande afluência ao serviço; em pequenas falhas se irem acumulando, para se revelarem em grandes problemas; nem sempre ser possível pedir a opinião a outro colega e as decisões serem tomadas sozinhos, e nesta fase não se torna relevante o que já aconteceu antes, ou o que vai acontecer depois, interessa o agora, e resolver o caso que se depara, mas, de forma isolada.

A resiliência é avaliada na secção (5d) onde se avalia a capacidade de aprendizagem, de desenvolvimento de novos conhecimentos e de actualização. Este estado de resiliência atinge-se através da criação de redes de partilha de experiências com *expertise*, um vasto repertório de possíveis acções a desenvolver e as capacidades de improvisação para as colocar em acção. "A resiliência é também avaliada na capacidade de usar o conhecimento de formas inesperadas" (Weick, 2001, p.107). Para avaliar a resiliência são dez as afirmações, tendo o Serviço de Urgência Pediátrica atingido um *score* de 20,5. Para Weick, valores acima de 20 reflectem um forte compromisso com a resiliência, pontuações entre doze e vinte um compromisso moderado e abaixo de doze, um compromisso fraco e urge tomar medidas.

Assim, e mais uma vez de acordo com o que foi afirmado sobre o processo de relutância em simplificar, este valor alto deve-se à partilha e à constante necessidade de evolução dos conhecimentos que os profissionais de saúde em regra têm, e que se demonstra nesta análise. Este facto – serem capazes de usar os seus conhecimentos de uma forma expedita e inovadora –, aumenta a capacidade da organização de gerir o inesperado e de atingir um estado de maior "*mindfullness*".

A última secção é a que avalia a deferência com a *expertise*, avaliada através da avaliação da "capacidade de prestar contas", responsabilidade e de consciência geral de onde ir buscar ajuda. Baseia-se no pressuposto de que nas organizações fiáveis a tomada de decisões não se ba-

seia na dinâmica de estruturas hierárquicas nem de padrões de funcionamento, mas sim no reconhecimento das competências (*expertise*) e assim possuir uma resposta adequada e flexível para gerir o inesperado (Weick, 2001).

O Serviço de urgência revelou um *score* de 14,5 e para Weick, uma forte deferência à *expertise* revela-se para *scores* acima de dezasseis, uma moderada para *scores* entre dez e dezasseis e baixa se maior que dez pontos. Este facto, ter valores moderados neste processo, face ao que se observou anteriormente na capacidade de usar os conhecimentos e a capacidade da partilha de informação parece ser contraditório, mas é facilmente explicável se pensarmos na hierarquização que ocorre nas equipas de profissionais de saúde, muitas vezes mais baseadas em termos de carreira (permanência/idade) do que em termos de *expertise*.

Assim, com a aplicação deste questionário, podemos sintetizar que os profissionais no Serviço de Urgência Pediátrica têm a percepção de que ser "*mindfull*" é positivo para as suas funções e *performance* da organização. Verificou-se que é um serviço muito vulnerável a um estado de desleixo com alguns pormenores, que se podem revelar em grandes problemas, e está vulnerável a um estado de "*mindlessness*", embora possua grande aversão a este estado.

Pelo facto de ter uma dinâmica própria, tem características de sistema flexível e rígido que, por vezes, nem sempre concorrem para o resultado mais optimizado, e importa alterar esta noção.

Em relação aos processos que caracterizam as organizações fiáveis, verificou-se que tem uma preocupação saudável com a falha, o que é positivo para a criação de um estado contínuo de "*mindfullness*", bem como uma boa relutância em simplificar os casos e gerir as situações de forma isolada.

No entanto, relativamente à sensibilidade com as operações esta é baixa e este facto poderá dever-se à própria dinâmica do serviço, que nem sempre permite uma completa cooperação entre os profissionais.

Observou-se também um forte compromisso com a resiliência, ou seja uma capacidade de aprendizagem e de se actualizar com os seus próprios processo, erros ou sucessos. Em relação à deferência para com a *expertise*, esta não assumiu valores considerados bons para as organizações fiáveis, situando-se pelos valores moderados, possivelmente devendo-se à hierarquização das equipas.

Em síntese, o Serviço de Urgência Pediátrica, apresenta uma muito boa capacidade de assegurar a sua *performance*, livre de erros, visto apresentar valores nos processos dentro dos valores de referência para as organizações altamente fiáveis, no entanto haverá aspectos a melhorar, que este instrumento realçou.

3.2. Performance de fiabilidade (Comparação antes do Processo de Acreditação e no presente)

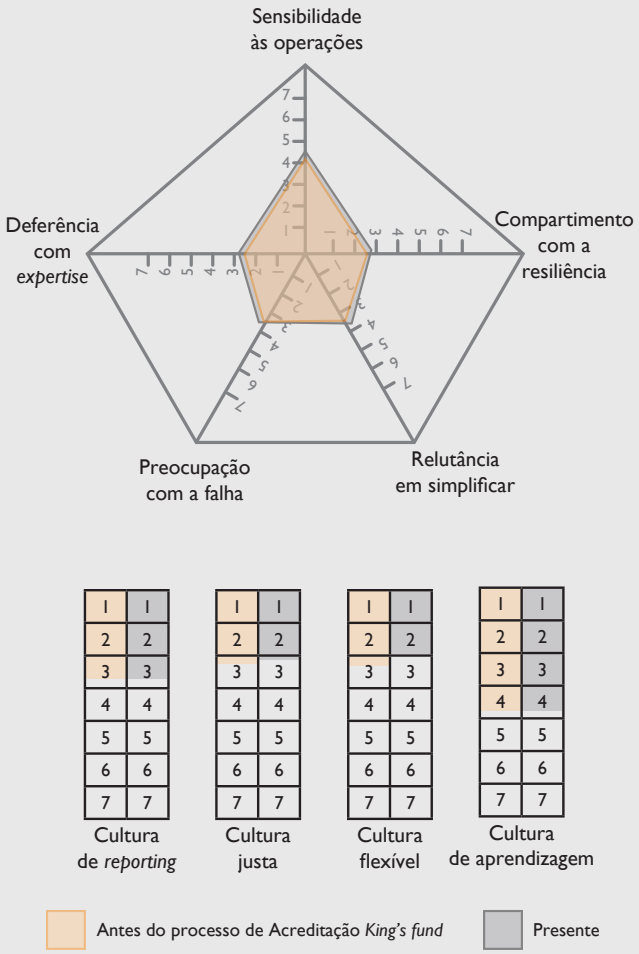
A comparação da *performance* de fiabilidade entre o funcionamento antes da implementação do Processo de acreditação e o presente, através do questionário, pode ser facilmente observável na Figura 1.

Para além da apresentação gráfica, podemos realizar a extrapolação para uma escala única da fiabilidade da organização. Se nos restringirmos aos cinco processos e como todos têm uma escala de zero a sete, facilmente entendemos que uma organização extremamente fiável tem uma pontuação de sete em todos os processos e a menos fiável de zero; partindo do pressuposto que todos os cinco processos contribuem da mesma forma para a fiabilidade, podemos avaliar, num valor único, a fiabilidade face a qualquer outra avaliação pelo mesmo instrumento.

Após a avaliação obtemos a média de 3,258 para antes do Processo de Acreditação e de 3,334 no presente. Pode-se afirmar que a fiabilidade aumentou 2,3%. Os valores do presente face à extrema fiabilidade situam-se nos 47,6%, dos 100% entendidos como o máximo possível de fiabilidade.

Os principais ganhos ocorreram a nível da sensibilidade às operações, comprometimento com a resiliência e deferência com a *expertise*, como facilmente se observa na figura 1. No entanto, observou-se um prejuízo ao

Figura 1:
Performance de Fiabilidade
(Comparação do Processo de Acreditação e no presente)
(5 processos em 4 alicerces/culturas)



nível da cultura justa e na cultura flexível, tendo as outras duas culturas se mantido nos mesmos valores. Este é um dado que importa ter em atenção, porque a fiabilidade assenta numa cultura organizacional, em pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado, que as influencia a terem os processos correctos para a fiabilidade. Se essa cultura se perder provavelmente toda a fiabilidade acabará por desmoronar.

No entanto, não se poderá afirmar que qualquer que seja a alteração que ocorreu na fiabilidade da organização seja devida ao Processo de Acreditação, porque não entraram em consideração outras variáveis no estudo e não ocorreu o seu cruzamento. Note-se que este teria de ser um estudo prospectivo e muito mais exaustivo, da colheita de outras alterações que ocorreram durante a implementação do processo de acreditação, nomeadamente a mudança de chefias, a turbulência com a criação dos Hospitais Sociedade Anónimas, entre outros factores intrínsecos à própria estrutura do serviço.

Em síntese, pode-se afirmar que, na perspectiva dos profissionais, a *performance* de fiabilidade, antes de se iniciar o processo de acreditação em relação ao presente, não observa melhorias significativas na fiabilidade do Serviço de Urgência Pediátrica.

Embora não nos seja possível concluir que esta alteração seja devida ao Processo de Acreditação, podemos concluir que se o aumento da fiabilidade era um dos objectivos do Processo de Acreditação, este não foi atingido, ou seja, o Processo de Acreditação não trouxe benefícios ao nível do aumento da fiabilidade do Serviço de Urgência Pediátrica em estudo.

4. PERSPECTIVAS DE MELHORIAS

Chegados a esta fase, importa sintetizar os contributos para o futuro da organização, que este trabalho permitiu evidenciar.

Assim, embora a hipótese levantada de que o processo de acreditação do *King's Fund* beneficiou a capacidade de gerir o inesperado do Serviço de Urgência Pediátrica não tenha sido verificada, e aliás refutada, a aplicação destes instrumentos de medida da fiabilidade da

organização, levou ao questionamento dos processos e de algumas atitudes (cultura) que se desenvolve no Serviço de Urgência Pediátrica.

Desta reflexão e do que foi sendo exposto no capítulo anterior, podemos sintetizar que as melhorias ao nível da fiabilidade se devem centrar em combater o estado de "*mindlessness*" e de promoção do estado de "*mindfullness*".

Assim, para combater o estado de "*mindlessness*", as actividades a desenvolver seriam no âmbito da frequência com que os profissionais entram em contacto com o inesperado, as expectativas dos profissionais de que as coisas corram como o planeado, e como as suas actividades vão no sentido de resolver e não de ignorar os eventos inesperados.

Momentos de "*mindlessness*" ocorrem quando as pessoas são confrontadas com fracos estímulos, grandes expectativas e grande desejo de ver apenas o que se quer ver (Weick, 2001, p.92). Estes momentos poderiam ser diluídos fomentando o trabalho em equipa, incentivando a partilha de processos, de forma a aumentar as diferentes perspectivas, o que permite diminuir as expectativas face a um plano. Outra hipótese a desenvolver poderá ser aproveitar a capacidade de aprendizagem, avaliada como muito boa, para realizar momentos de simulação de eventos inesperados e discussão das soluções e hipóteses que são possíveis. Momentos de descompressão de partilha das frustrações e de discussão evitam o "*burnout*" e promovem o espírito de equipa.

Em relação à promoção do estado de "*mindfullness*" este deve ser promovido através das actividades anteriores, que de forma directa ou indirecta o promovem, e também a nível da melhoria por parte da organização dos melhores recursos possíveis para a realização dos cuidados num ambiente de constante imprevisibilidade, uma vez que o centro de decisão se situa no centro operacional.

Outra actividade a desenvolver vai de encontro ao que foi referido quando falámos do aumento dos alicerces dos processos para organizações altamente fiáveis, ou seja, no aumento das culturas de *reporting* flexível e de aprendizagem. Estas medidas podem ser tomadas através da consciencialização de que o *erro* acontece e que é um risco que importa gerir de uma forma estruturada e com a participação de todos os profissionais. Seminários, debates e ciclos de partilha de informação de outros casos no estrangeiro são importantes para aferir outras formas de lidar com o erro e para tentar adoptar os seus mecanismos. Assim, ao questionar e debater processos que não se querem rígidos, mas sim flexíveis que permitam a adaptação ao inesperado, adopta-se uma aprendizagem em "*double loop*".

5. CONCLUSÃO

Neste estudo demonstrou-se a importância de se avaliar a Qualidade. Introduziu-se no debate da Gestão da Qualidade uma nova abordagem, a fiabilidade, e a cultura de fiabilidade como conducente à criação de organizações livres de erros.

Embora o caminho percorrido assente em etapas previamente delimitadas por uma metodologia, esta possui grandes limitações, que se deveram principalmente aos constrangimentos temporais com que a realização deste estudo se deparou. Sendo estas limitações principalmente observadas na escolha da amostra em estudo, na não observância das suas características internas e na análise da evolução da fiabilidade, onde a única variável em estudo foi o processo de acreditação, o que limitaria a afirmação de que o aumento da qualidade se deveria ao Processo de Acreditação, mas que nos permitiu afirmar que o Processo de Acreditação não revelou melhorias significativas à fiabilidade do Serviço de Urgência Pediátrica.

No entanto, com a consciência destas limitações, a utilização de uma metodologia regrada e sistemática para realizar uma abordagem crítica à Qualidade permitiu adquirir uma perspectiva muito real das dificuldades com que se depara uma organização que se pretende altamente fiável, mas que ainda tem de apostar fortemente na sua capacidade de gerir o inesperado, utilizando as capacidades enaltecidas na análise para aumentar a fronteira do sistema.

Acredito ainda, que as melhorias propostas são um reforço

na capacidade de gestão dos serviços, e que aplicadas trarão maior poder reivindicativo sobre a distribuição de recursos, uma vez que estão baseadas em dados concretos.

O repensar de alguns processos, actualmente intrínsecos na própria dinâmica do serviço, deve ser visto tendo em conta a melhoria da prestação do serviço *core*, no caso da prestação de cuidados de qualidade ao utente pediátrico e não da desresponsabilização e o desleixo, o "*mindlessness*".

6. BIBLIOGRAFIA

- BOHIGAS, L. [*et.al.*] – Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. Internacional Journal for Quality in Health Care. ISSN 1353-4505. Vol. 8, nº 6, (1996), p. 583-589;
- COUNTE, M.; MEURER, S. Issues in assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. Internacional Journal for Quality in Health Care. ISSN 1353-4505. Vol. 13, nº 3, (2001), p. 197-207;
- DAVIES, E. – Quality: it's historical context. Engineering Management. ISSN 1741-0487. April, (2003), p. 14-17;
- FRAGATA, L.; MARTINS L. – O Erro em Medicina. 1ª edição. Coimbra, 2005. ISBN 972-40-2347-8;
- GIBBERD, R. [et.al.] – Using indicators to quantify the potencial to improve the quality of health care. Internacional Journal for Quality in Health Care. ISSN 1353-4505. Vol. 16, Supplement 1, (2004), p. i37-i43;
- GLENNERSTER, H. Competition and quality in health care: the UK experience. Internacional Journal for Quality in Health Care. ISSN 1353-4505. Vol. 10, nº 5, (1998), p. 403-410;
- LA PORTE, T. High Reliability Organizations: Unlikely, Demanding and at Risk. Journal of Contingencies and Crisis Management. ISSN 0966-0879. Vol. 4, nº 2, (1996), p. 60-71;
- MARTINS, L. – O Erro como periferia do sistema: do ciclo da culpa à mudança organizacional, nas organizações de saúde. *in* FRAGATA, L.; MARTINS L. – O Erro em Medicina. 1ª edição. Coimbra, 2005. ISBN 972-40-2347-8;
- MARTINS, L. – Organizações de Saúde: por uma Cultura da Fiabilidade. *in* FRAGATA, L.; MARTINS L. – O Erro em Medicina. 1ª edição. Coimbra, 2005. ISBN 972-40-2347-8;
- MINTZBERG, H., Estrutura e Dinâmica das Organizações, 3ª edição. Lisboa, D Quixote, 2004. ISBN 972-20-1147-2;
- ORTON, J.; WEICK, K. – loosely Coupled Systems: a Reconceptualization. The Academy of Management Review. ISSN 0363-7425. Vol. 15, nº 2, (April, 1990), p. 203-223;
- REASON, J. – Human error: models and management. British Medical Journal. ISSN 1093-7935. Vol. 320, (2000), p. 768-770;
- REDFERN, S.; NORMAN, I. Clinical Audit, Related and Types of Health Care Quality: a Preliminary Model. Internacional Journal for Quality in Health Care. ISSN 1353-4505. Vol. 8, nº 4, (1996), p. 331-340;
- REINERSTEN, J. – Let's talk about error. British Medical Journal. ISSN 1093-7935. Vol. 320, (2000), p. 730;
- RIVERS, P.; BAE, S. Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations. Total Quality Management. ISSN 0954-4127. Vol. 10 nº 2, (1999), p. 281-289;
- STRALEN, D. High Reliability Organizations. Department of Pediatrics, School of Medicine Loma Linda University May, 2005 *in* http://www.highreliability.org/articles/HRO%20essay.pdf;
- VIDALL, S-A. King's Fund Organisational Audit: More than ticks in boxes. Journal of Quality Clinical Practice. ISSN 1320-5455. nº 18, (1998), p. 83-88;
- WAGNER, C.; BAKKER, D.; GROENEWEGEN P. – A measuring instrument for evaluation of quality systems. Internacional Journal for Quality in Health Care. ISSN 1353-4505. Vol. 11, nº 2, (1999), p. 119-130;
- WEICK, K.; SUTCLIFFE, K. Managing the Unexpected: Assuring high performance in an age of complexity. 1ª edição. San Francisco, 2001. ISBN 0-7879-5627-9.

Dossier Temático:

Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde

Luís Monteiro, Ricardo Valente

O Impacto da Visão/Missão na Estratégia de uma Organização de Saúde	Edição N.º 1
Cultura Organizacional e Estilo de Gestão	Edição N.º 2
Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde	**Edição N.º 3**
Diagnóstico do Trabalho em Funções-Chave na Saúde	Edição N.º 4
Diagnóstico Organizacional – *Stream Analysis*, uma Abordagem Integradora no Sector da Saúde	Edição N.º 5
Inquérito ServQual – a Orientação para um Serviço de Qualidade	Edição N.º 6
Avaliação da Eficácia de uma Organização de Saúde	Edição N.º 7
Gerir a Mudança numa Organização de Saúde	Edição N.º 8

Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde

Luís Monteiro e Ricardo Valente Autores

Resumo

A elevada complexidade e variabilidade de processos e operações que tomam lugar diariamente nas Organizações de Saúde requerem metodologias e ferramentas que se mostrem capazes, por um lado, de mapear e indicar as áreas de constrangimento e, por outro, apontar caminhos críticos para a sua resolução.

A HFMEA (*HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™) constitui uma ferramenta com elevado potencial e aderência ao contexto das Organizações de Saúde, que ajuda a responder aos desafios que se colocam em termos de gestão do risco, qualidade, eficiência e eficácia dos processos e operações de trabalho.

O artigo conclui com a apresentação de um caso concreto de aplicação da HFMEA numa Instituição de Saúde em Portugal, descrevendo os vários passos dados e os suportes metodológicos utilizados.

Palavras-chave

HFMEA - *HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™, falhas, causas, qualidade, eficiência, eficácia, processos, operações.

Title

HFMEA - *HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™

Abstract

The high complexity and variability of processes and operations that take place everyday in Healthcare Organizations demands methodologies and tools that assist management to identify areas of inefficiency and point out improvement actions.

HFMEA (*HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™) represents a powerful tool that helps Healthcare Organizations to respond to the various challenges related with risk management, quality of the operations and efficiency and effectiveness of the overall value chain.

This articles ends with a case-study of an implementation of HFMEA in a Healthcare Organization in Portugal.

Key-Words

HFMEA - *HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™, failure, causes, quality, efficiency, effectiveness, process, operations

"Do it right the first time"

INTRODUÇÃO

Na prestação de cuidados de saúde, mais do que a garantia da qualidade do serviço prestado propriamente dito, é a garantia da segurança dos doentes que assume especial relevo, tendo este aspecto desde sempre recebido a atenção dos gestores das organizações de saúde, enquanto factor crítico para o negócio.

A análise da segurança dos doentes em ambiente hospitalar foi, durante muitos anos, realizada numa lógica passiva, com base nos eventos adversos já ocorridos ou *close calls* (quase-acidentes), não permitindo por isso margem para abordagens preventivas (DeRosier *et al*: 2002). Desta forma, a evolução para sistemas de monitorização de natureza proactiva e preventiva foi um passo natural, registando-se actualmente grande actividade neste domínio. É neste âmbito que a HFMEA™ (*HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™) assume especial preponderância.

HealthCare Failure Mode and Effect Analysis™

A *HealthCare Failure Mode and Effect Analysis*™ deriva da já consagrada *Failure Mode and Effect Analysis,* que consiste

numa abordagem metodológica sistemática que pretende responder a três questões fundamentais (Leonard *et al*:2004):

- Quais os potenciais modos de falha?
- Quais as suas causas?
- Quais os seus efeitos?

Esta metodologia assenta numa lógica de melhoria contínua, tendo por fim último a concepção e implementação de processos de negócio que garantam a inexistência de quaisquer falhas, produzindo assim serviços com os padrões de qualidade desejados. Desta forma, é possível apontar os seguintes objectivos:

- Identificar os modos de falha potenciais;
- Minimizar as causas das falhas potenciais;
- Identificar oportunidades de melhoria;
- Avaliar o efeito potencial nos clientes.

Metodologia de intervenção

No que concerne à metodologia de intervenção, são conhecidas diversas propostas (ex: *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - DeRosier *et al*: 2002; Pires:1999; Robin:1996) não inteiramente concordantes, pelo que se apresenta a seguinte, resultante do aproveitamento das virtudes de cada uma *(ver figura 1)*:

I. PREPARAR ANÁLISE HFMEA™

Passo 1 – definir processos em análise

O primeiro passo na intervenção consiste na definição do âmbito a considerar. Dada a profundidade e complexidade dos processos de negócio das organizações de saúde, é importante definir em quais será o foco de análise, de forma a maximizar o proveito do esforço a aplicar. De igual forma, os processos a analisar devem ser de elevado grau de *criticidade* para o negócio, devendo também ser consideradas as insuficiências porventura já conhecidas (DeRosier *et al*: 2002).

Factores críticos:

- Definir claramente o âmbito de actuação;
- Garantir intervenção em processos críticos de negócio.

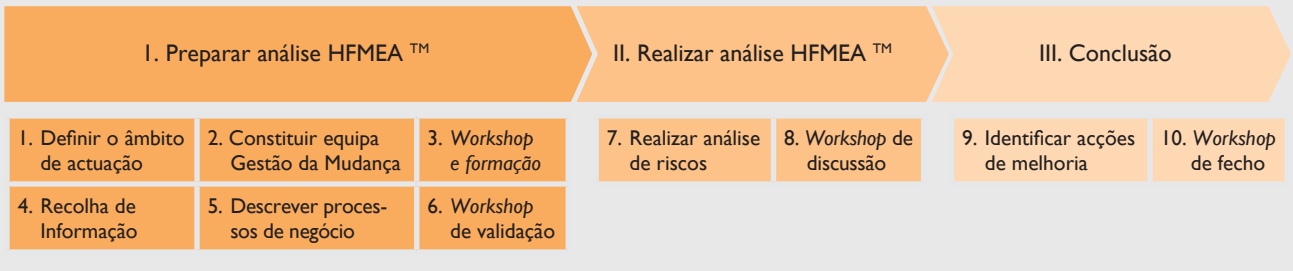
Passo 2 – Constituir equipa de análise

Uma vez definido o âmbito de intervenção, deverá ser constituída a equipa de análise dos processos de negócio, que será responsável pela execução e condução de todo o trabalho, podendo ou não ter suporte de elementos exteriores à organização (DeRosier *et al*: 2002; Robin *et al*: 1996).

Factores críticos:

- Garantir multidisciplinaridade da equipa;
- Garantir a presença do nível de *expertise* nos processos em análise, de forma a permitir a resposta a todas as questões que surjam;
- Garantir representatividade

Figura 1:
Abordagem metodológica à utilização da HFMEA™



Luís Monteiro
Luis.filipe.monteiro@gmail.com
Luís Monteiro é licenciado em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE e encontra-se actualmente em fase de dissertação no âmbito do Mestrado de Gestão de Recursos Humanos da Universidade do Minho. É consultor sénior de gestão, tendo estado envolvido em projectos com Organizações do sector da Saúde, Banca, Telecomunicações, Indústria e Transportes.
Luís Monteiro has a degree in HR Management and is a master's candidate in HR Management at Universidade do Minho. He is a senior management consultant and he has been assigned in several consultancy projects working with Organizations from major sectors such as Healthcare, Finance, Telecommunications, Industry and Transportation.

Ricardo Valente
matosvalente@gmail.com
Ricardo Valente é licenciado em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE e mestrando em Gestão de Serviços de Saúde, no ISCTE Business School. É consultor sénior, desenvolvendo projectos no Sector Público e Sector da Saúde.
Ricardo Valente has a degree in HR Management and is a master's candidate in Healthcare Management Services at ISCTE Business School. He is a senior management consultant at Public Sector agencies and Healthcare.

dos processos de negócio em análise na sua globalidade;
- Garantir a definição do plano de trabalho, com *timings* e responsáveis claramente identificados;
- Garantir dimensionamento da equipa de acordo com o esforço estimado, em função do âmbito definido.

Passo 3 – Workshop de formação

Para a concretização das actividades necessárias à operacionalização da HFMEA™ é necessária a presença de algumas competências-chave (desenho e interpretação de fluxos processuais, análises de risco, elaboração de planos de implementação, etc). Desta forma, deverá ser realizado um *assessment* prévio de forma a determinar a existência ou não dessas competências que, caso seja conhecida a sua existência, tornará este passo desnecessário, podendo avançar-se para a recolha de informação.

Factores críticos:
Garantir a clara identificação das competências presentes e estabelecer o *competency gap*;
Garantir a aquisição das competências necessárias.

Passo 4 – Recolha de informação

O quarto passo consiste na recolha, de forma estruturada e sistemática de toda a informação que permite caracterizar de forma detalhada os processos de negócio (DeRosier *et al*: 2002):
- Actividades críticas e de suporte ao processo;
- *Inputs* e *outputs* de cada actividade;
- Equipamentos e sistemas de informação utilizados;
- Interacções com outros processos;
- Áreas funcionais responsáveis; etc..

Factores críticos:
- Garantir a recolha de toda a informação necessária para caracterização dos processos-âmbito de negócio.

PASSO 5 – DESCREVER PROCESSOS DE NEGÓCIO

Finda recolha de informação acerca dos processos-âmbito, é possível proceder à sua descrição e caracterização detalhada, possibilitando a um grau de conhecimento que permitirá identificar os pontos de melhoria nas fases subsequentes (DeRosier *et al*: 2002).

Factores críticos:
- Garantir a caracterização detalhada dos processos de negócio.

Passo 6 – Workshop de validação

A complexidade dos processos de negócio das organizações de saúde poderá justificar a realização de uma sessão de trabalho para validação do desenho e caracterização dos processos-âmbito. Esta sessão deverá envolver outros elementos da organização, não pertencentes à equipa de análise, que permitirá a discussão em redor dos processos, que poderão originar valiosos contributos para a sua compreensão e enriquecimento do resultado final.

Factores críticos:
- Garantir o envolvimento de elementos externos à equipa de análise.

II. PREPARAR ANÁLISE HFMEA™

Passo 7 – Realizar análise de riscos

Uma vez concluída a fase de preparação, é possível levar a cabo as tarefas core de toda a metodologia HFMEA™: a análise de riscos (Hatre:1996). Numa primeira fase, são realizadas as seguintes tarefas (ver Apêndice I):
- Identificação dos modos potenciais de falha;
- Identificação dos efeitos potenciais de cada falha;
- Identificação das suas causas;
- Identificação dos mecanismos de controlo actuais.

Numa segunda fase deverão ser estabelecidas as métricas de análise, em função das quais serão valorizadas as falhas (potenciais ou reais) analisadas. Estas métricas consistem em escalas de 1 a 10 (ver caso prático), que devem basear-se em valores predefinidos (a organização deve estabelecer o nível de risco que considera aceitável), para os seguintes factores (ver Apêndice III):
- Probabilidade de detecção – expectativa de não detecção da ocorrência tempo útil;
- Probabilidade de ocorrência – nível de frequência de ocorrência esperado;
- Grau de gravidade da ocorrência – severidade dos efeitos da ocorrência, uma vez verificada.

A combinação dos três factores permite calcular o RPN (*Risk Priority Number*) associado a cada falha. O RPN consiste numa valorização relativa de todas as falhas, em resultado da aplicação da seguinte fórmula:

RPN = DxOxG

O resultado deverá ser avaliado em função das escalas definidas para cada factor, a fim de concluir das prioridades a considerar nas intervenções a planear. Todavia, é aceite como referência o *score* de 70, isto é, as falhas com valor superior a 70 deverão ser alvo de melhorias, em detrimento das restantes (Hatre:1996), não obstante ser fundamental uma análise caso a caso, numa lógica de zero defeitos.

Factores críticos:
- Identificar modos, efeitos e causas de forma correcta;
- Garantir a elaboração das escalas para cada factor de forma correcta, utilizando va-

lores realistas de referência;
- Garantir a correcta classificação das falhas analisadas, a fim de obter um RPN fidedigno.

Passo 8 – Workshop de discussão

À imagem do passo 6, será enriquecedor para o trabalho a apresentação dos resultados a um grupo mais alargado de pessoas, forma a obter *feed-back*, proporcionar eventuais esclarecimentos e discutir os resultados, numa óptica de definição de prioridades a reflectir no plano de implementação, tendo por linha orientadora a máxima *do it right the first time* (Schroeder:1993).

Factores críticos:
- Garantir o envolvimento de elementos externos à equipa de análise.

III. CONCLUSÃO

Passo 9 – Identificar acções de melhoria

Em resultado da avaliação dos riscos, deverão ser identificadas as prioridades estratégicas de intervenção e, em função destas, quais as acções de melhoria a desenvolver (Pires:1999). Para cada acção de melhoria deverá ser identificado:
- A acção propriamente dita;
- O prazo de implementação;
- O responsável.

Estas acções deverão ser consolidadas num plano de implementação, que servirá de base às actividades de *follow-up* a desempenhar no futuro, a fim de determinar a eficácia das medidas tomadas (que no fundo consistirá em voltar a percorrer os passos da presente metodologia).

Factores críticos:
- Garantir elaboração do plano de implementação com identificação de acções, prazos e responsáveis.

Passo 10 – *Workshop* de fecho

Uma vez concluído o trabalho de identificação de modos de falha potenciais, consequências e respectivas causas, bem como a sua medição pelo índice RPN, os resultados deverão ser partilhados com a organização, a fim de obter o necessário envolvimento e *buy-in* das medidas que vierem a ser implementadas. De notar que nesta fase ainda é possível incorporar alterações, caso venham a ser aportadas sugestões de melhoria que permitam elevar a eficácia das medidas a tomar.

Factores críticos:
- Garantir envolvimento das pessoas-chave da organização;
- Obter *buy-in.*

Estudo de caso: HFMEA™

O presente estudo de caso retrata um projecto de Diagnóstico Organizacional levado a cabo numa Instituição de Saúde em Portugal.

O Projecto surgiu no contexto de um processo de modernização das práticas de gestão da organização, que tinha como finalidade identificar vias de aumentar a qualidade do serviço prestado, a eficiência e eficácia ao nível da cadeia de valor.

O Projecto principiou com uma série de reuniões com a direcção da Instituição com vista a decidir o âmbito do Projecto, métodos e *timings* de execução e estratégia de envolvimento e comunicação das pessoas.

Modo de Intervenção

1. Levantamento preliminar de informação

Com o intuito de assegurar o rigor e normalização da informação, foram conduzidas pela equipa de consultores, séries de entrevistas com equipas mistas de profissionais de saúde, enquadrados nas várias áreas funcionais da Instituição.

O resultado final desta primeira intervenção consistiu numa multiplicidade de fluxogramas evidenciando os *macro* e micro processos-chave existentes na organização.

Os mesmos foram, posteriormente, submetidos à validação por parte de cada responsável de área/departamento, como forma de garantir a fidedignidade e aplicabilidade da informação recolhida.

2. Constituição da Equipa

O passo seguinte consistiu na criação de uma Equipa de Gestão da Mudança (assim designada) que seria responsável pela operacionalização do HFMEA™ no terreno e pela gestão dos processos de mudança na organização.

A equipa foi composta por elementos-chave das várias áreas funcionais da organização, para garantir a representatividade necessária ao Projecto.

O critério de decisão quanto à integração dos elementos na equipa, baseou-se no nível de responsabilidade e senioridade e também no facto de serem reconhecidos como líderes informais nas respectivas áreas funcionais da Instituição.

3. Formação e Sensibilização da Equipa

Posteriormente, foi desenvolvido um *Workshop* direccionado para a Equipa de Gestão da Mudança, facilitado pela equipa de consultores, com o objectivo de sensibilizar os elementos para o potencial da metodologia, enquanto instrumento de melhoria contínua. O *Workshop* contemplou ainda um conjunto de *case-studies,* exercícios práticos e simulações como estratégia pedagógica para asseverar a plena capacitação dos membros da Equipa, na utilização dos conceitos e técnicas inerentes ao HFMEA™.

4. Recolha preliminar de informação

Seguidamente ao *Workshop*, os membros da Equipa dividiram-se em subequipas, agregando outros elementos das respecti-

vas áreas funcionais, de acordo com um elenco de critérios orientadores que definimos para o efeito, e iniciaram um primeiro momento de recolha de informação e utilização da ferramenta HFMEA™.

Foram distribuídas as matrizes HFMEA™ (ver Apêndice I) por cada elemento, bem como os respectivos Fluxogramas que constituíram o ponto de partida para a identificação de modos de falhas, com o propósito de ser efectuado um primeiro levantamento de constrangimentos.

Esse levantamento foi apresentado numa sessão de *Brainstorming* com a Equipa de Gestão da Mudança para descrição das principais dificuldades e limitações sentidas no processo de recolha de informação.

Estas reflexões serviram de *input* para a equipa de consultores indicarem estratégias e caminhos importantes para a superação das dificuldades encontradas e estabelecer um plano de trabalho para a recolha definitiva das informações.

Esta sessão serviu também para desenvolver uma pré-avaliação global do grau de aderência das informações recolhidas à luz dos princípios do HFMEA™, resultando num conjunto de orientações e sugestões dadas pela equipa de consultores.

5. Fase final de Recolha de Informação

Mais uma vez, os membros da Equipa de Gestão da Mudança distribuíram-se em subequipas, com elementos das respectivas áreas funcionais, para efectuarem a recolha final de informação. Esta fase teve a duração de aproximadamente três semanas, nas quais, de uma forma sistemática, as equipas procederam ao levantamento de dados sobre os principais incidentes que iam identificando ao longo dos *macro* e micro processos da respectiva área funcional.

Concluído o período de levantamento de informações, foram conduzidas sessões individuais com cada subequipa de trabalho. Estas sessões foram dinamizadas pela equipa de consultores como forma de garantir a fiabilidade da informação e a normalização dos critérios.

Foram preenchidas as matrizes HFMEA ™ e construídas as grelhas de ponderação do índice de risco (Apêndice III).

De seguida, procedeu-se à classificação dos modos de falhas, de acordo com as respectivas grelhas de ponderação, resultando essa classificação num valor total correspondente ao índice de Risco.

O índice de risco permitiu apontar as áreas prioritárias de actuação e melhoria, ao que se seguiu uma reflexão intensiva acerca das acções a operar para corrigir os modos de falha elencados, os responsáveis pela sua execução e o prazo de conclusão.

Por último, realizou-se a "prova dos nove", que consistiu em aferir, com recurso às mesmas grelhas de ponderação do índice de risco, em que medida cada uma das propostas de melhoria evidenciava uma redução significativa do índice de risco (tal como referido anteriormente, um valor aceitável deve situar-se abaixo do índice 70).

6. Sessão de Fecho

Concluídas as múltiplas sessões individuais com cada uma das subequipas de trabalho, desenvolveu-se uma sessão final de avaliação global e partilha dos resultados obtidos com o HFMEA™. Esta iniciativa teve como móbil funcionar como um meio de celebrar o êxito resultante do envolvimento e esforço das equipas e, simultaneamente, criar um clima de envolvimento, entusiasmo e confiança com a mudança a operar na organização.

Apresentamos, de seguida, o exemplo simplificado de um Processo-Chave catalogado por uma das equipas envolvidas.

O processo levantado consistiu num programa de vacinação, ao qual os elementos da equipa de trabalho identificaram três modos de falha que sistematicamente ocorriam ao longo das operações de trabalho (ver Apêndice II):

1. Falta de *stock* de vacinas;
2. Avarias constantes no equipamento de rede de frio;
3. Falha no registo das vacinas realizadas.

O primeiro modo de falha potencial tinha como principal efeito o impedimento do processo de vacinação, resultando no adiamento do acto vacinal, o que gerava insatisfação por parte do Cliente.

O segundo modo de falha tinha como consequência a deterioração das vacinas o que, para além de impedir o processo de vacinação, atrasava o calendário de vacinação e expunha os Clientes a uma elevada vulnerabilidade em resultado de falta de protecção vacinal.

O terceiro modo de falha tinha como prejuízo a falta de controlo por parte da Instituição do calendário de vacinação, podendo resultar em duplicação de vacinas e num aumento da despesa para a Instituição.

A equipa responsável pelo levantamento deste processo construiu um conjunto de grelhas de ponderação de modo a avaliar objectivamente o índice associado a este constrangimento.

Assim, relativamente ao primeiro modo de falha, sistematizou a informação de acordo com o ilustrado no Apêndice III, tendo concluído que o índice de detecção aplicável era de 9, o índice de ocorrência era de 7 e o índice de gravidade era 10, resultando num índice de risco de 630.

Relativamente ao segundo modo de falha, da análise efectuada resultou um índice de detecção de 6, um índice de ocorrência de 5 e um índice de gravidade de 10, perfazendo um índice de risco de 300.

Finalmente, para o terceiro

modo de falha, a equipa consensualizou que o índice de detecção real era de 10, o índice de ocorrência era igualmente de 10 e o índice de gravidade de 8. O índice de risco associado era 800, destacando-se como o modo de falha sobre o qual era urgente intervir prioritariamente.

Tal como mencionado, em regra eliminam-se as falhas cujo RPN seja inferior a 70, para se considerar apenas as falhas com um índice significativo de risco. Atendendo a que estes três modos de falha evidenciavam índices elevados de risco, deu-se lugar à identificação de um conjunto de acções correctivas, com vista à sua eliminação.

Para o primeiro modo de falha, a equipa chegou a um consenso de que a forma mais apropriada para evitar a ocorrência de falta de *stock* de vacinas passaria pela implementação de um sistema informático de gestão de *stocks*, no âmbito do qual os profissionais responsáveis pela vacinação seriam integrados numa acção de formação para ficarem plenamente capacitados de o usar.

O responsável por esta iniciativa seria o director da Instituição e o prazo para a sua concretização seria de 90 dias, a contar da apresentação dos resultados da HFMEA™.

Descrita a acção correctiva, a equipa procedeu de novo à utilização das grelhas de ponderação com vista a reavaliar o modo de falha, à luz das mudanças propostas.

Concluíram que, com a implementação da medida, o índice de detecção cairia para 2, o índice de ocorrência baixaria para 1 e o índice de gravidade não iria para além do 1.

O somatório destes índices resultou num RPN de 2, evidenciando uma melhoria substancial do risco associado a este modo de falha.

Relativamente ao segundo modo de falha, a acção correctiva definida pela equipa passou pela aquisição de um gerador de energia e pela formalização de uma parceria com uma empresa fornecedora de rede de frio que se encarregasse da manutenção preventiva do equipamento.

A responsabilidade pela operacionalização desta iniciativa seria do director da Instituição e prazo para a realização da mesma deveria ser de 180 dias.

À semelhança do procedimento anterior, também aqui, a Equipa de trabalho recorreu novamente às grelhas de ponderação com o objectivo de reavaliar o modo da falha, de acordo com a acção sugerida.

Verificaram, por conseguinte, que a implementação da medida, permitira reduzir o índice de detecção para 2, o índice de ocorrência para 2 e o índice de gravidade para 2.

O somatório destes índices evidenciava assim um RPN de 8, comprovando a minimização significativa do modo de falha para um nível ténue de risco.

Quanto ao terceiro e último modo de falha, a medida a implementar consistiria em destacar administrativos e formá-los para darem suporte aos processos de registo dos actos vacinais e sensibilizar os Clientes para a importância de terem um boletim único de vacinação.

Recorrendo às grelhas de ponderação, a equipa concluiu que a adopção destas medidas baixaria o índice de detecção para 2, o índice de ocorrência continuaria alto, 9, visto que esta situação não dependia unicamente da Instituição e o índice de gravidade reduziria para o 3.

Com a introdução das medidas descritas, a equipa concluiu que o somatório do índice de risco não ascenderia além dos 54, o que representa um valor que se inclui dentro dos parâmetros aceitáveis.

NOTA CONCLUSIVA

A qualidade de serviço prestado é um valor cada vez mais apreciado e entendido como algo expectável, sendo que tal se torna ainda mais evidente quanto se trata de cuidados de saúde. As organizações de saúde irão, num futuro próximo, ser avaliadas e escrutinadas pela qualidade do seu serviço, traduzido em ganhos em saúde efectivos para os doentes e pelos níveis de segurança dos cuidados prestados, além da desejável eficiência económica.

O único caminho possível para uma organização de saúde que deseje alcançar este objectivo passa pela análise contínua e sistemática de todas as actividades que realiza, no sentido de torná-las mais eficientes, menos onerosas, sempre numa perspectiva *six sigma*, isto é, o alcance da meta dos zero erros. Nesta óptica, a adopção de uma metodologia de análise sistemática com o alcance da HFMEA™ poderá constituir uma fonte de evolução das organizações de saúde no sentido da excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DeRosier et al. (2002), ***Using*** *HealthCare Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient's Safety Prospective Risk Analysis System,* The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations;
- Hatre, Alfonso Fernandes (1996), *Analisis modal de fallos y efectos,* Forum Calidad;
- Leonard, Michael et al. (2004), *Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions,* Health Administration Press
- Pires, António Ramos (1999), *Inovação e Desenvolvimento de Novos Produtos,* Edições Sílabo, Lisboa;
- Robin E, et al. (1996), *The Basics of FMEA,* Productivity Press;
- Shroeder, Roger (1993), *Operations Management: Decision Making in the Operations Function,* 4th Edition, McGraw-Hill

Apêndice I - HFMEA – *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* ™

Processo Chave	Processo			Previsão					Acções			Resultados			
	Modo de Falha Potencial	Efeito Potencial da Falha	Causa Potencial da Falha	Controlo Actual	D	O	G	RPN	Responsável	Prazo	Medidas Tomadas	D	O	G	RPN

Apêndice II - Estudo de Caso HFMEA – *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* ™

Processo Chave	Processo			Previsão					Acções			Resultados			
	Modo de Falha Potencial	Efeito Potencial da Falha	Causa Potencial da Falha	Controlo Actual	D	O	G	RPN	Responsável	Prazo	Medidas Tomadas	D	O	G	RPN
Vacinação	Falta de Stock de Vacinas	Impedimento do processo de vacinação Adiamento do acto vacinal Insatisfação do Cliente	Inexistência de um processo sistemático de inventariação de stocks de vacinas	Enfermeira responsável da vacinação	9	7	10	630	Director da Instituição	90 dias	Implementar um sistema informático de gestão de stocks Desenvolver acções de formação aos profissionais responsáveis pela vacinação	2	1	1	2
	Problemas no funcionamento da rede de frio	Deterioração das vacinas Impedimento do processo de vacinação Atraso do calendário de vacinação Risco de falta de protecção vacinal dos Clientes	Inexistência de um programa de manutenção do equipamento Inexistência de geradores específicos para colmatar falhas de energia eléctrica	Enfermeira responsável da vacinação	6	5	10	300	Director da Instituição	180 dias	Adquirir um gerador de energia Formalizar uma parceria com Empresa fornecedora de rede de frio, que se encarregue da manutenção preventiva do equipamento	2	2	2	8
	Falha no registo das vacinas realizadas	Falta de controlo por parte da Instituição e Clientes quanto ao calendário de vacinação Duplicação de vacinas por falha no registo Aumento de despesa para a Instituição (por repetição de actos vacinais)	Sobrecarga de trabalho Existência de mais do que um boletim de vacinas Inexistência de um sistema integrado de dados relativos aos processos vacinais dos Clientes	Enfermeira responsável da vacinação	10	10	8	800	Director da Instituição	60 dias	Destacar administrativos e formá-los para darem suporte aos processos de registo dos actos vacinais Sensibilizar os Clientes para a importância do Boletim único de vacinação para evitar duplicação de actos vacinais por dispersão de registos	2	9	3	54

Apêndice III – Grelhas de Ponderação
HFMEA – *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* ™

Grelha de Ponderação relativa à probabilidade DETECÇÃO da Falha	
Detecção	**Pontuação**
Detecção assegurada de forma automática	1
Detecção assegurada por procedimentos sistemáticos de carácter manual	2
Detecção assegurada por *double-check*	3
Detecção assegurada por procedimentos de controlo aleatórios	4
Detecção assegurada por iniciativas de controlo ocasionais	5
Detecção possível aquando da inspecção visual do frigorífico	6
Detecção possível por mero acaso	7
Detecção possível aquando da abertura do frigorífico	8
Detecção apenas possível aquando da utilização das vacinas	9
Impossível de detectar	10

Grelha de Ponderação relativa à probabilidade OCORRÊNCIA da Falha	
Ocorrência	**Pontuação**
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 90 casos	1
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 80 casos	2
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 70 casos	3
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 60 casos	4
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 50 casos	5
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 40 casos	6
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 30 casos	7
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 20 casos	8
Probabilidade de ocorrência de 1 em cada 10 casos	9
Ocorrência sistemática	10

Grelha de Ponderação relativa à GRAVIDADE da Falha	
Gravidade	**Pontuação**
Imperceptível pelo Cliente	1
Perceptível, mas não gravoso	2
Perceptível e ligeiramente gravoso	3
Predisposição negativa do Cliente	4
Queixa do Cliente por adiamento do acto vacinal	5
Reclamação formal do Cliente, por adiamento do acto vacinal	6
Repetição de actos vacinais	7
Imunidade desconhecida	8
Imunidade incompleta	9
Falta de imunidade relativamente à doença, podendo resultar em incapacidade permanente ou morte	10

Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde e que sentem que os profissionais de saúde devem assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal.

A SPGS foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004. A 1ª Assembleia-Geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos. Contou com a presença do senhor Bastonário e do senhor Presidente da Secção Regional Sul da Ordem Médicos e teve o apoio expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi eleita na altura uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção Dr. Miguel Sousa Neves, Presidente da Mesa da Assembleia-Geral Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal Professor Dr. João Westwood*.

A Direcção então eleita teve como objectivo primário criar as condições necessárias para que a Associação pudesse desenvolver na plenitude o seu objectivo primário que é **"ser um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que tenham a ver com a gestão da saúde em Portugal"**.

A seguir apresenta-se a lista actual dos Corpos Gerentes da Sociedade eleita já em 2007.

* O Professor Dr. João Westwood veio a falecer subitamente, em 18 de Fevereiro de 2005.

Órgãos Sociais

Lista dos Corpos Gerentes da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente:
Dr. João Manuel Bispo Pereira
Primeiro Secretário:
Drª Maria Camila Tapadinhas
Segundo Secretário:
Dr. João José da Silva Furtado

DIRECÇÃO

Presidente:
Dr. Miguel Sousa Neves
Vice-Presidente:
Dr. Jorge Teixeira
Secretário-Geral:
Drª Ida Maria Negreiros
1.º Vogal:
Dr. José Manuel Almeida
2.º Vogal:
Drª Helena de Fátima Ventura Bugada
3.º Vogal:
Dr. José Luís Carreira Nunes
Tesoureiro:
Drª Maria da Graça Themudo Martins

CONSELHO FISCAL

Presidente:
Dr. Luís Almeida Santos
1.º Secretário:
Drª Maria da Conceição Godinho Lopes
2.º Secretário:
Dr. Miguel David Natal

A SPGS teve a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

SPGS
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Sede Provisória:
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: spgsaude@sapo.pt
Fax: 252 688 939

Inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____ N.º Ordem dos Médicos _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

_____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

Fax _____ e-mail _____

Observações _____

_____

Assinatura _____ Data ___/___/___

* Quota anual de 50€

Inscrição para Associado Agregado

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

_____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

Fax _____ e-mail _____

Observações _____

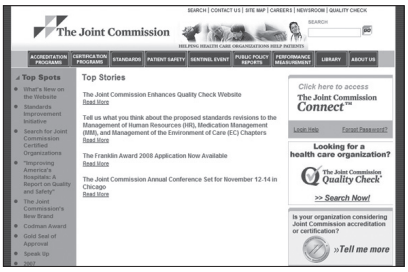
_____

Assinatura _____ Data ___/___/___

Sites

Sugestões

www.jcaho.org



Na área dos cuidados de saúde, a JCAHO é sinónimo de qualidade há mais de 50 anos. Trata-se de um nome que simboliza a excelência, a experiência e o profissionalismo.

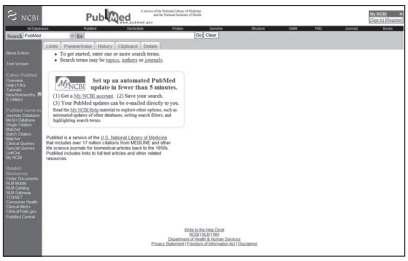
Como organização independente e sem fins lucrativos, a JCAHO tornou-se líder mundial na acreditação de organizações de saúde. Mantém continuadamente elevados padrões de qualidade para todos os tipos de organizações de saúde, oferecendo uma resposta flexível e personalizada e adaptando cada organização às exigências do seu próprio negócio.

www.msp-riskconsulting.com

O *site* MPS *Risk Consulting* tem como objectivo ajudar os profissionais de saúde a evitar incidentes que ponham em causa a integridade dos pacientes, incentivando a compreensão dos riscos da prática clínica e o que se deve fazer para os evitar.

A equipa do MPS *Risk Consulting* é especialista em Risco Clínico e oferece apoio em variados aspectos desta área, trabalhando em conjunto com uma seguradora especializada na cobertura de seguros dos profissionais de saúde no Reino Unido: *A Medical Protection Society*.

www.pubmed.com

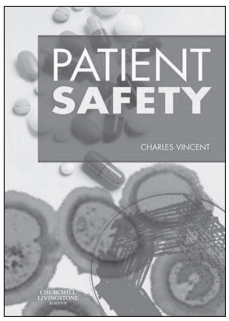


Medicina Baseada na Evidência, site para pesquisa de artigos científicos na área clínica.

Livros

Sugestões

O livro é de leitura fácil e destina-se a todos aqueles que têm interesse na problemática do RISCO CLÍNICO e ERRO MÉDICO.

É o livro ideal para se "começar" a trabalhar nesta área e tem a assinatura de Charles Vincent uma personalidade com créditos firmados a nível mundial a problemática em questão.

Título: Patient Safety
Autores: Charles Vincent
Ano: 2006
Edição: Chuchill Livingstone Elsevier