

Qualidade em terapia intensiva*

Intensive care unit quality

Haggeas da Silveira Fernandes¹, Sérgio Antônio Pulzi Júnior², Rubens Costa Filho³

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A Unidade de Terapia Intensiva é um setor de alta complexidade no ambiente hospitalar. A monitoração da qualidade de serviços prestados torna-se a cada dia fundamental para segurança do paciente crítico. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de conceitos e práticas úteis na melhoria contínua do atendimento do paciente grave.

CONTEÚDO: Revisão de literatura sobre qualidade e segurança em Medicina Intensiva, incluindo modelos de outras áreas de conhecimento agora aplicados na gestão de uma Unidade de Terapia Intensiva.

CONCLUSÃO: A utilização de conceitos e práticas que envolvem análise de processos e desfechos é fundamental no processo de melhoria contínua e na segurança do atendimento do paciente crítico. Modelos vindos de áreas como administração e engenharia de produção podem ser adaptados em Medicina Intensiva, facilitando fluxos internos e equilibrando uma boa prática médica com controle adequado de custos.

Descritores: custos, gestão, Medicina intensiva, qualidade, segurança.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The Intensive Care Unit is a section of high complexity in the hospital atmosphere. The control and assessment of rendered health services quality become fundamental for the critical care patient's safety. The objective of the text is to accomplish a review of concepts and useful practices to the improvement of the medical aid offered to the critical care patient.

CONTENTS: It is a literature review about quality and safety in the Intensive Care Medicine. The article includes models of other knowledge areas applied in the administration of an Intensive Care Unit.

CONCLUSION: The use of concepts and practices that involve analysis of processes and outcomes is fundamental in the process of improvement the quality and safety of the medical aid offered to the critical care patients. Models come from other areas like to administration and production engineering can be adapted to Intensive Care Medicine. They are able to facilitate internal flows and determinate the balance between a good medical practice and control of costs.

Keywords: costs, intensive care Medicine, management, quality, safety.

INTRODUÇÃO

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto” (Albert Einstein).

O conceito de Terapia Intensiva surgiu no conflito da Crimeia, quando Florence Nightingale em Scutari (Turquia), atendeu, junto a 38 enfermeiras, soldados britânicos seriamente feridos, agrupados e isolados em áreas com medidas preventivas para evitar infecções e epidemias, como disenteria e tétano. A redução de mortalidade foi marcante.

A estrutura de uma unidade de terapia intensiva (UTI) como hoje é conhecida, foi desenvolvida nos anos 1950, em resposta à epidemia de poliomielite, devido notadamente ao suporte invasivo de ventilação mecânica (pulmões de aço).

O objetivo principal de uma UTI não mudou. Continua sendo o de manter uma estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes graves, com potencial risco de vida. Entre-

1. Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Brasil (Santo André – SP); MBA Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas; Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira)

2. Médico Diarista não plantonista da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Brasil; Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira)

3. Médico Coordenador do CTI do Hospital Pró Cardíaco RJ

Apresentado em 04 de janeiro de 2010

Aceito para publicação em 12 de fevereiro de 2010

Endereço para correspondência:
Dr. Haggeas da Silveira Fernandes
Rua Cel. Fernando Prestes, 1.177
09020-110 Santo André, SP
E-mail: haggeas@uol.com.br

tanto, as atuais UTI são vítimas da moderna Medicina¹. O envelhecimento populacional, os pacientes que sobrevivem a doenças previamente fatais que se tornam crônicos e criticamente enfermos, é um desafio para o equilíbrio entre a oferta adequada de serviços e o uso racional de recursos. Definir qualidade no ambiente de Terapia Intensiva é complexo. Modelos previamente aceitos são questionados e agora complementados com novos conceitos e conhecimentos trazidos de outras áreas, notadamente administração e *marketing*. Qualidade, portanto, envolve não só o atendimento em si, com protocolos, equipe multidisciplinar comprometida, inovação, tecnologia, segurança, efetividade, eficiência, mas também uma gestão estratégica clara, que definam objetivos, possibilitem o cumprimento de uma proposição de valores, um conjunto de benefícios para pacientes, que devem ser o foco central da missão da unidade de negócios, escolhas corretas baseadas em análises de mercado interno e externo, mostre como se encaixam os elementos das atividades da unidade, gere uma continuidade de direção, com sustentação do valor em longo prazo (Figura 1).

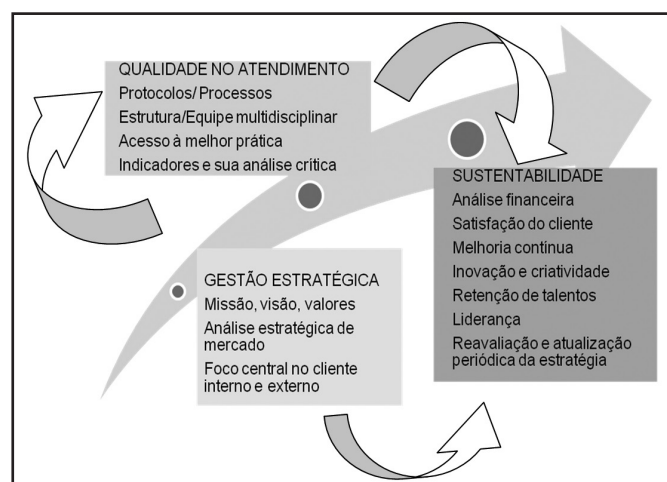


Figura 1 – Relação entre qualidade, gestão estratégica e sustentabilidade

O objetivo deste estudo foi mostrar o conceito de qualidade em Terapia Intensiva, melhorias possíveis na qualidade, estratégias de gestão possíveis em UTI, que correlacionam qualidade e mensuração, além de garantir uso racional de recursos.

MODELOS DE QUALIDADE

Definir qualidade é uma tarefa difícil. De qualquer forma, qualidade relaciona-se a adequação ao propósito, ausência de defeitos, conformidade com especificações, que todos os dias buscam-se na oferta de serviços em Medicina Intensiva². Estimulado por ações e documentos do *Institute of Medicine*, da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, e do *National Quality Forum*, existe agora um diálogo e uma busca pela melhor maneira de mensurar e implementar sistemas de melhorias da qualidade. No Brasil, várias instituições também procuram

a Organização Nacional de Acreditação (ONA) a fim de progredir no aperfeiçoamento dos seus serviços. O conhecimento básico recai sobre os modelos de qualidade.

O modelo de Avedis Donabedian define 3 domínios de qualidade:

Estrutura ► processo ► resultado (desfecho).

Outros modelos são propostos para a complementação de domínios, inserindo a experiência do atendimento do ponto de vista do paciente e o seu acesso ao modelo de melhor prática³.

Em 1999 o *Institute of Medicine* publicou *To Err is Human*⁴, onde foi colocada a preocupação crescente com a qualidade e a segurança do paciente e o atendimento médico. Uma década após, a comunidade global de saúde ainda procura uma resposta definitiva para esse problema. Mais ainda, relacionar esse modelo de melhor prática, disseminado, não apenas restrito a uma ou outra instituição (quer pública ou privada), a uma Medicina “enxuta”, onde custos sejam justificados ao menos pela possibilidade de desfecho positivo. Portanto, esses modelos de qualidade descritos, devem se relacionar às práticas de gestão modernas, que considerem uma UTI como subunidade de negócio, com autonomia suficiente, porém acoplada à gestão estratégica da unidade de negócio maior, o hospital. Concomitante a isso, a resolução do desafio de mensurar a segurança de um paciente constitui outro dilema, que reduz a velocidade da criação dos processos de melhoria. Decidir quais métodos indica o risco e o progresso na segurança do paciente, qual o equilíbrio entre medidas universais e específicas, como coletar dados de forma eficiente, gerenciar dados e interpretá-los de forma a criar um controle de qualidade, harmonizar ciência com medidas factíveis na prática clínica, são matérias para estudo de especialistas em qualidade na UTI⁵.

Apesar de toda limitação, os domínios dos modelos de qualidade ainda fornecem ferramentas para implementação de processos de melhoria no ambiente de UTI, daí a necessidade de seu conhecimento e análise.

Qualidade e estrutura

A tentativa de definir a estrutura de uma UTI como modelo ideal, foi analisada por alguns estudos com resultados heterogêneos^{6,7}. Embora algumas diretrizes sejam universalmente aceitas, a maior parte das evidências ainda se baseia em opinião de *experts*. Existe uma aceitação entre intensivistas que a tecnologia e a estrutura impactam no processo de atendimento. Entretanto, a magnitude do impacto é difícil de definir e medir. Equipamentos específicos como ventiladores e monitores cardíacos, são necessários. Porém, não adianta um excelente ventilador sem que se conheça e utilize todos os seus recursos, através de processos bem descritos e protocolos bem desenhados.

A utilização de recursos da Tecnologia da Informação (TI) é uma realidade em ambiente de UTI. Entretanto, um modelo ideal de uso de *hardware* e *softwares*, que relacione captura de dados de monitoração, ventilação mecânica, infusão de fármacos, coleta

de dados inseridos por profissionais da saúde num prontuário eletrônico para análise, está longe de ser encontrado. Existem iniciativas de gravação eletrônica de dados, prescrição eletrônica, sistemas de suporte de decisão com “lembretes” para médicos. Estudos que avaliaram o uso de prescrição médica eletrônica mostraram resultados conflitantes. Se por um lado houve redução de eventos adversos relacionados à fármacos, por outro, houve tendência a aumento de mortalidade em virtude de falhas de processos como cancelamento de medicações, intervalos inexplicáveis de doses de antibióticos, retardo na autorização do uso de medicamentos e procedimentos, ordens confusas geradas por mau funcionamento do sistema de computação⁷.

O uso da TI em Terapia Intensiva é ferramenta imprescindível, porém necessita de melhoria e adequação à realidade de cada serviço.

Os recursos humanos devem estar alinhados com os objetivos da unidade. De acordo com os modelos atuais, uma UTI coordenada, conduzida por Intensivistas (modelo fechado), é reconhecida como relacionada à melhoria dos resultados². Porém, estudo questiona esse modelo⁸. A limitação do desenho do estudo, a presença de fatores de confusão mostra que qualquer conclusão a respeito do resultado final desse trabalho seria precipitada.

A segmentação da UTI em setores de especialidades e o conceito de “UTI sem fronteiras”, concretizado por experiências com excelentes resultados como o time de resposta rápida⁹, podem gerar um novo modelo de UTI no futuro, mais eficiente e capaz de utilizar de maneira mais abrangente os recursos de uma equipe de médicos Intensivistas. O acompanhamento conjunto de especialidades, que conduzam do ponto de vista clínico um paciente em Terapia Intensiva, em total harmonia com o Intensivista, também deve ser estudado e avaliado quanto ao impacto no desfecho, para o aperfeiçoamento do atendimento e da segurança do paciente. A formação de Intensivistas e da equipe multidisciplinar deve ser enfatizada como fator fundamental de melhoria. A demanda por especialistas em Medicina Intensiva aumenta a cada dia, existe nítida deficiência desse profissional no mercado, porém há associação dessa deficiência com falta de formação adequada, reduzida quantidade de centros de excelência para o treinamento desses profissionais, o que gera como consequência no nosso país, a presença de médicos de outras especialidades e até mesmo em fase de formação (nível pós-graduação ou residência médica), trabalhando como assistentes em UTI, sem dúvida uma situação crítica para a segurança e qualidade. Ênfase deve ser dada na participação da farmácia clínica em visitas multidisciplinares, para a redução de erros no uso de medicamentos, dupla checagem de medicação e controle de risco em prescrições médicas. A tomada de decisão deve ser realizada em visitas multidisciplinares, frequentemente monitorados por folha de metas, reavaliando a qualquer momento a situação do paciente, com participação de profissionais envolvidos no atendimento, co-

ordenados pelo médico intensivista, líder e ainda o principal recurso do futuro da Terapia Intensiva¹.

Qualidade e processos

A definição de processo vem da área de administração e da teoria do gerenciamento. Pode-se dizer que são uma série de ações dirigidas a um fim. Uma série de medidas coordenadas, conduzidas pela estrutura do setor, primordialmente pelos recursos humanos, aplicando a tecnologia disponível, com o objetivo de atingir sua missão¹³.

Medidas de processos são particularmente úteis quando intervenções específicas reconhecidamente se relacionam a melhoria na qualidade do atendimento (Quadro 1).

Quadro 1 – Processos e mensurações preconizados pela *Joint Commission on Accreditation Organizations* (JCAHO)

Processos recomendados para implementação nacional (JCAHO)
Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica
Profilaxia de úlceras de estresse
Profilaxia de trombose venosa profunda (TVP)
Prevenção de infecção relacionada a cateter central
Medidas
Tempo de permanência em UTI
Mortalidade hospitalar de pacientes da UTI (SMR)

Apesar disso, mesmo em condições como a sepse, onde diretrizes já estão estabelecidas¹⁰, o número de intervenções com alta evidência é limitado e ainda bastante debatido. A existência de estudos clínicos de qualidade, para confirmação de condutas em andamento, torna ainda mais difícil a resolução quanto à determinada mensuração e análise de qualidade baseada em processos.

A despeito de qualquer limitação na análise de processos, existem razões significativas para continuar medindo-os. A primeira, relacionada ao efeito *Hawthorne*, que sugere que a performance melhora quando monitorada¹¹.

A segunda é a continuidade do atendimento, ou seja, foco na melhoria e realce na importância de cada parte da cadeia de cuidados oferecidos por médicos e equipe multidisciplinar². A descrição de protocolos clínicos associados à *check lists* facilitam o controle da variação da prática clínica e facilitam a criação de objetivos terapêuticos¹². Escrever protocolos isolados não traz efetividade na melhoria da qualidade. É necessária a motivação de toda equipe em usá-los, a criação de metas terapêuticas claras (Figura 2) e individualizadas para cada paciente (check list de metas), além de especificação de pacotes de tratamentos para determinadas doenças, aquelas mais frequentes na UTI avaliada, pelo menos. Os protocolos, portanto, passam a ser utilizados, monitorados na visita multidisciplinar, seus resultados analisados através de variáveis mensuráveis, facilitando a comunicação entre os profissionais, consequentemente a colaboração entre os mesmos, uma vez que passam a buscar os mesmos objetivos.

FOLHA DE METAS

Equipe multidisciplinar (componentes):

Etiqueta do paciente

Check list diário

Pacote - Ventilação mecânica

- Decúbito > 30°
- Profilaxia TVP
- Profilaxia de úlcera de estresse
- Interrupção da sedação
- Escala RASS
- Protocolo de VM – SDRA net ou PEEP alto
- Tempo de ventilação mecânica (VM)
- Protocolo de liberação da VM
- Relação pO₂/FiO₂
- Radiografia de tórax
- Limpeza de cavidade oral 2/2h

Pacote – Sepses

- Leucócitos
- Antibióticos apropriados
- Check* diário de culturas
- Protocolo de controle glicêmico
- Corticoides – uso necessário?

Pacote – Família

- Avaliação das necessidades das famílias
- Informação diária prestada
- Planejamento de alta (informação liberada para família)
- Preparar entrega de pesquisa de satisfação na alta

Pacote – Avaliação

- EMTN
- Farmácia
- Religiosidade
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Reabilitação (_____)

Pacote - Conforto

- Analgesia
- Sedação
- Protocolo de *Delirium* realizado

Pacote - Renal

- Volume urinário nas 24h satisfatório
- Avaliação do grupo de Nefrologia para hemodiálise

Pacote - atividade

- Sentar na poltrona
- Mudança de decúbito (freq _____ duração _____)
- Possibilidade de andar na UTI

Pacote – Acesso IV

- Acesso periférico
- Acesso central (número de dias _____)
- É necessário manter o acesso central
- Uso de DVAS

PLANEJAMENTO DE METAS PARA O DIA

Figura 2 – Exemplo de folha de metas diárias adaptado¹⁴

TVP = trombose venosa profunda; SDRA = síndrome do desconforto respiratório agudo; DVAS = drogas vasoativas; EMTN = Equipe multidisciplinar de terapia nutricional

Qualidade e resultados

Os resultados centrados no paciente são medidas de qualidade final em Medicina Intensiva. Mortalidade e qualidade de vida são marcadores fundamentais que pacientes e fontes pagadoras valorizam. Por definição, um serviço médico de alta qualidade é aquele que resulta em melhoria no desfecho. A mortalidade relacionada à probabilidade de óbito, em determinado período, é a forma mais comum de mensuração de desfecho.

Existem algumas limitações para uso dessa metodologia em Terapia Intensiva. O risco ajustado de mortalidade permanece como um componente-chave para definir, reportar e melhorar a qualidade de atendimento. Essa ferramenta tenta resolver o problema da heterogeneidade de dados entre centros, ou seja, locais com pacientes mais graves, podem apresentar pior resultado, conseqüentemente aparentam oferecer um pior atendimento. Ajustando a gravidade da doença por um modelo multivariado, a linha de base do risco de óbito entre instituições é matematicamente equalizado. Então, pode-se concluir que diferenças em desfecho seriam atribuídas à diferenças em estrutura e processos².

Atualmente existe extensa evidência de literatura que demonstra falta de confiabilidade nessa ferramenta, relacionada ao viés de aplicação, definição de gravidade da doença e risco. Outra limitação de medidas de desfecho é seu uso relacionado somente a óbito e algumas vezes, tempo de permanência. Embora existam outras medidas de desempenho que interessem a médicos, famílias e fontes pagadoras, essas não são avaliadas e medidas de rotina, além de mais difíceis de serem interpretadas.

De qualquer forma, iniciativas no sentido de selecionar mensurações de processos e não apenas desfechos já estão sendo realizados¹⁶. Vale frisar que muitas vezes não haverá relação de medidas de processos com desfecho. Isso ocorre provavelmente porque tratamentos conduzidos em protocolos estritos de estudos clínicos (eficácia), podem não funcionar no mundo real (efetividade).

Apesar disso, no momento atual da saúde mundial, onde gestores a cada dia questionam a relação custo excessivo com qualidade do serviço prestado, autores tentam defi-

nir modelos de excelência para a saúde, como Porter¹⁵ em seu livro “Repensando a Saúde”, que especificamente na área de Terapia Intensiva, cita a análise de desfecho (SMR – Standardized Mortality Rate obtida através do índice APACHE II), como o principal mensurador de qualidade final de atendimento. Uma alternativa mais abrangente de avaliação de desempenho seria a análise de processos e criação de indicadores para análise crítica como descrito adiante com o *Balanced Scorecard*.

Além disso, a efetividade na resolução rápida e adequada do caso, com redução de tempo de permanência na UTI, também deve ser um objetivo. Cuidados paliativos adequados, evitando uso desnecessário de recursos e permitindo a boa prática médica, oferecendo qualidade no final de vida é modelo de melhor prática e deve ser empreendido.

QUALIDADE E SEGURANÇA

Nos Estados Unidos, estimam-se entre 44000 e 90000 mortes anuais relacionadas a erros preveníveis, o que gerou iniciativas para a melhoria da monitoração e segurança dos pacientes⁴.

Uma delas, conduzida no *Johns Hopkins Hospital* e em aproximadamente 150 UTI do *Michigan, New Jersey, Rhode Island*, usa o modelo de Donabedian adaptado (Quadro 2) com a inclusão de um quarto elemento, a cultura (atitudes coletivas e convicções dos profissionais de saúde), baseada na evidência emergente que a cultura local é associada à resultados clínicos.

As medidas são divididas em duas categorias: medidas baseadas em taxas validadas, relacionadas ao resultado (desfecho) e processo. Na segunda categoria, medidas não baseadas em taxas validadas, relacionadas à estrutura e cultura de segurança.

MELHORIA NA QUALIDADE

Operações LEAN

Os princípios de operações lean (“enxutas”), vêm sendo aplicados em várias áreas do conhecimento humano, prin-

Quadro 2 – Segurança do paciente – a estrutura de um *scorecard* para UTI¹⁸

Domínios	Definições	Exemplos para UTI
Com que frequência causam-se lesões aos pacientes (análise de desfecho)	Medidas relacionadas a infecções nosocomiais	Infecções relacionadas a cateter central
Com que frequência usam-se Medicina baseada em evidência (análise de processo)	Porcentagem de pacientes que recebem intervenções baseadas em evidência	Elevação da cabeceira do leito, profilaxia de úlcera de estresse e trombose venosa profunda em pacientes em ventilação mecânica
Como reconhecer que se aprende com erros (análise de estrutura)	Porcentagem de meses/ano que a UTI aprende com erros	Monitorar a porcentagem de meses no ano que a UTI analisa seus erros
Como conseguir criar a cultura local de segurança (análise de atitudes da equipe multidisciplinar)	Avaliação anual da cultura de segurança da unidade	Escore de clima de segurança pela equipe multidisciplinar (minha UTI é segura?)

principalmente na engenharia de produção e são extremamente apropriados na área da saúde.

O sistema Toyota de produção é a base para o movimento de “produção enxuta”, tendência dominante nas propostas de estratégias industriais nos últimos 10 anos. Entretanto, a maioria das tentativas de implementar esse modelo se mostrou superficial, pois ele gera a necessidade de mudança na cultura da empresa, tendo um papel extremamente profundo nas alterações tanto operacionais quanto administrativas, o que é extremamente difícil de executar na prática. O conceito do chamado *lean thinking*, segundo Womack e Jones²⁵, leva em consideração um processo com cinco passos: definir o valor do cliente, definir o fluxo de valor, fazê-lo fluir, “puxar” a partir do paciente e lutar pela excelência. Segundo esses autores, ser enxuto é criar um modo de pensar que se concentre em fazer o produto fluir através de processos ininterruptos de agregação de valor, um sistema puxado que parta da demanda do paciente, reabastecendo somente o que a operação seguinte for consumir em curtos intervalos, e uma cultura em que todos lutem continuamente para a melhoria.

Existem inúmeros problemas crônicos e graves na área da saúde. Processos mal desenhados, utilização desnecessária de material e medicamentos, limitação de espaço para estocagem, turnover excessivo de pessoal de enfermagem, levando a dificuldade na criação de uma cultura de treinamento e educação continuada, afetando diretamente a qualidade do atendimento, limitação na avaliação da segurança, ocorrendo então custos elevadíssimos e nem sempre qualidade no serviço prestado.

Os custos com seguros-saúde a cada ano aumentam, sendo que nos Estados Unidos essa elevação chega a 10% ao ano. A saúde representa 16% do produto interno bruto (PIB) americano, atingindo níveis próximos a 2 trilhões de dólares por ano. A realidade no Brasil não é diferente, sendo que além dos custos exorbitantes, tem-se uma heterogeneidade não só na distribuição desses recursos, como também total assimetria na qualidade da Medicina de diferentes regiões do país, refletindo a nossa realidade social.

Existe, portanto, espaço na área da saúde, para que o conceito *lean* seja empregado. A qualidade pode conviver com cortes de gastos, pois esses cortes vêm de excessos produzidos pelos problemas descritos. Na área da Terapia Intensiva, o impacto desse modelo enxuto é significativo. Através de protocolos e controles por *check-lists*, visitas multidisciplinares estimam-se de forma qualitativa que a redução de uso inadequado de medicamentos, materiais, é significativa. As perdas desnecessárias são reduzidas. O tempo de internação em uma UTI é otimizado. A utilização de métodos diagnósticos é racionalizada. Os cuidados paliativos são incrementados. E dessa forma, os recursos são aplicados em quem necessita realmente, gerando redução de custos sem nenhum detrimento da qualidade.

Observando-se o fluxo do que gera valor para um paciente, criam-se modelos de protocolos e processos que podem diminuir o excesso e melhorar a qualidade. A padronização de condutas e a análise imediata dos erros fazem parte da filosofia *lean*. Além disso, a participação de todos os profissionais e da alta administração vivendo diariamente o operacional de cada setor, sentindo as necessidades dos clientes, traz um diferencial competitivo para quem for capaz de instituir essa filosofia na sua Unidade.

GESTÃO ESTRATÉGICA EM UTI – UTILIZANDO O BALANCED SCORECARD

“Se você for capaz de medir o que está falando e expressar isso em números, então você conhece algo a esse respeito; mas se você não tem essa capacidade, seu conhecimento será uma espécie deficiente e insatisfatória” (William Thompson-lord Kelvin).

Gerar valor ao paciente, atingindo os objetivos da política de qualidade na UTI, só é possível através da gestão estratégica do setor, que se insere na gestão estratégica institucional (do hospital). Entretanto, o desenvolvimento de estratégias vencedoras, embora não seja algo simples, têm na sua implementação tarefa ainda mais desafiadora²¹.

Setenta por cento dos erros cometidos por presidentes de empresas foi resultado de má execução e não de estratégia deficiente²¹. Uma série de barreiras para a implementação da estratégia são exibidas na figura 3.

Não são poucos os exemplos em Medicina Intensiva, de processos bem descritos ou mesmo protocolos para uso de modelos de melhor prática (Medicina baseada em evidência), que não conseguem aderência no dia a dia de uma UTI, quer por falta de comunicação, falta de entendimento ou envolvimento dos profissionais da equipe multidisciplinar.

Cabe ao gestor da UTI a difícil tarefa de fazer o planejamento estratégico ser executado e virar realidade, pois somente através dessa ação é que a sustentabilidade do serviço será atingida. A gestão estratégica conceitualmente é algo muito mais profundo que o planejamento. Essa distinção é decorrente da observação, experiência e da constatação de muitos analistas, executivos e consultores de que planos elaborados pelas empresas mais famosas do mundo acabam sendo engavetada, sem nunca se tornarem realidade. Gestão estratégica engloba desde as avaliações de diagnósticos, estruturação de processos, escolha de estratégias, fixação de metas e desafios, até a distribuição de responsabilidades para o detalhamento de planos e projetos e para conduzir e acompanhar as etapas de sua implantação²².

Para tal, modelos de implementação da estratégia são propostos. Leva-se em consideração, a filosofia gerencial da alta administração da UTI. Importante, procuram mensurar indicadores que serão fundamentais no processo de melhoria contínua.

Vale frisar que a avaliação da performance global de uma

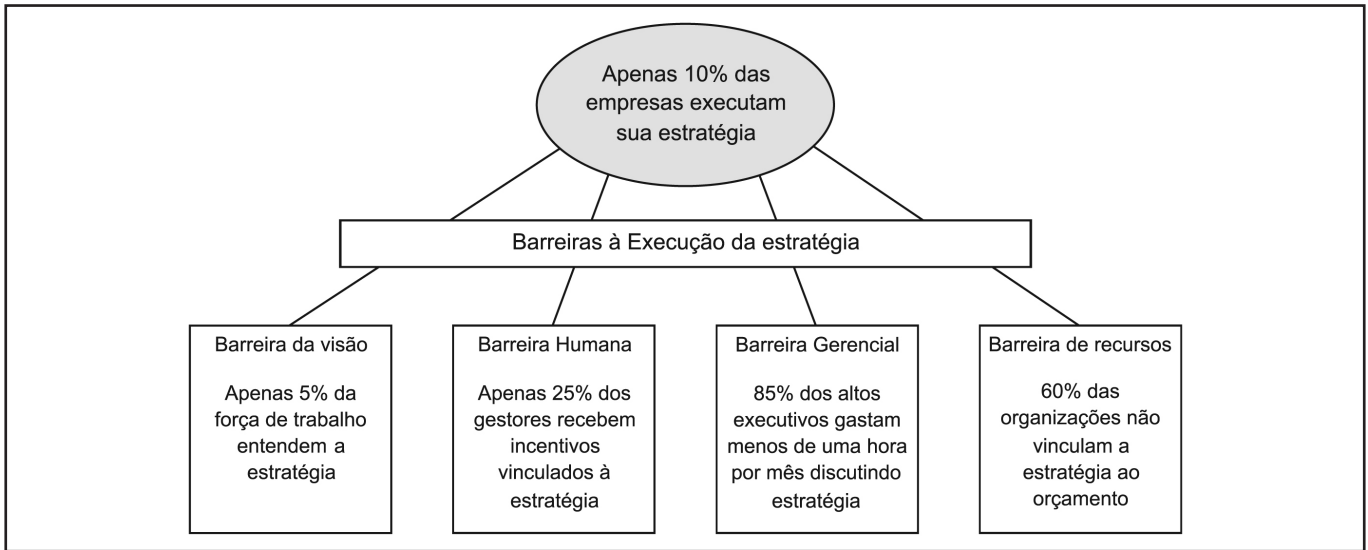


Figura 3 – Barreiras na execução da estratégia

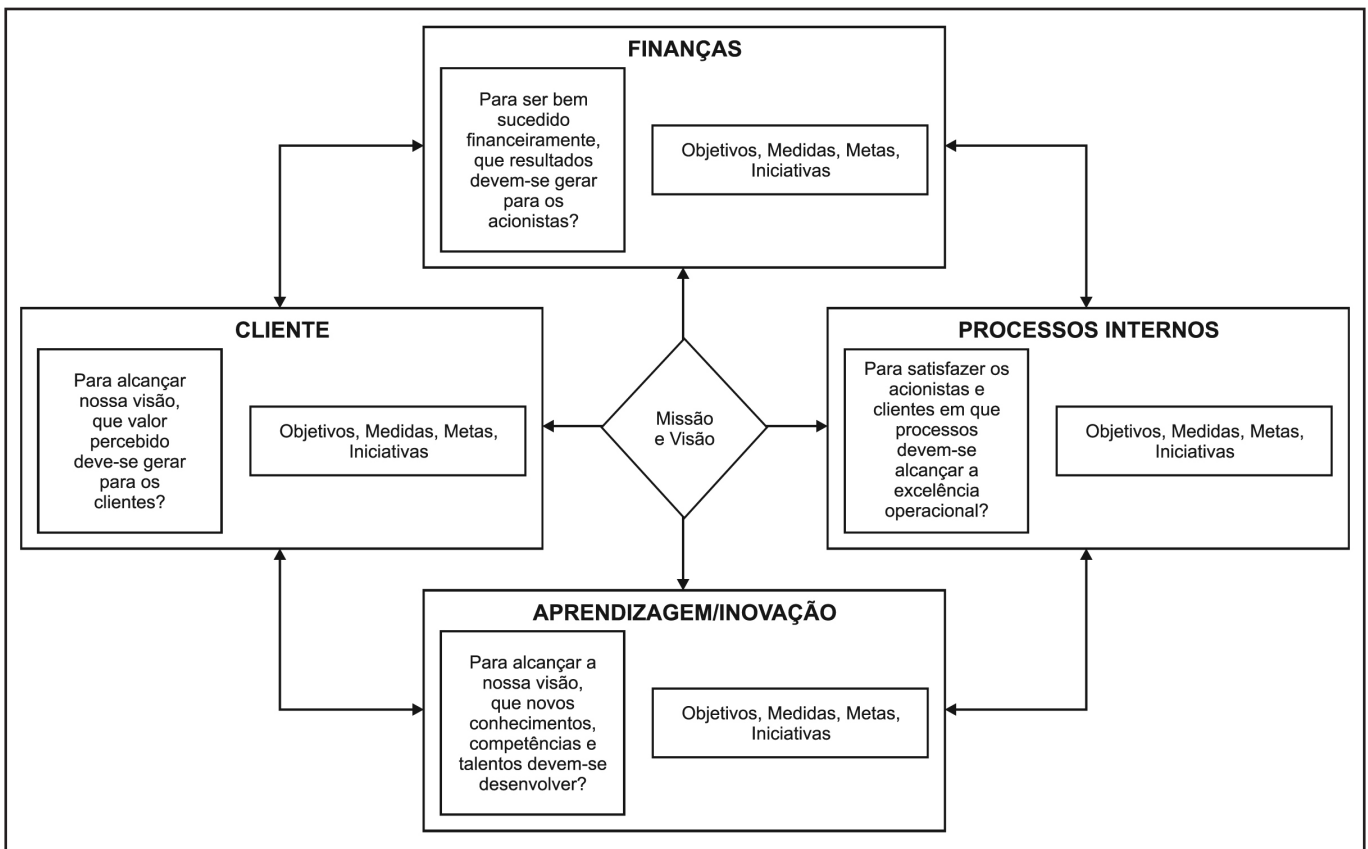


Figura 4 – Modelo básico do *Balanced Scorecard* proposto por Kaplan e Norton

UTI é tarefa difícil que envolve conhecimento médico, ética, dados econômicos, sociológicos e até filosóficos. E a análise isolada de dados de mortalidade como vimos, tem valor limitado.

O *Balanced Scorecard* (BSC) foi desenvolvido na década de 1990, por Kaplan e Norton, baseado no pensamento de que os métodos existentes de avaliação do desempenho empresarial estavam tornando-se inefcazes. O método foi

aperfeiçoado, conectando os *scorecards* (painéis de indicadores) com a estratégia organizacional. Com isso, o BSC passou a ser associado à execução bem sucedida de estratégia organizacional.

O BSC tem como conceito básico, relações de causa e efeito entre os vários indicadores de cada enfoque, o que permite uma integração completa entre os indicadores qualitativos e quantitativos²². As quatro perspectivas do BSC são

apresentadas na figura 4. Entretanto, antes de partir para o desenvolvimento de um *scorecard*, é fundamental para a UTI a criação e divulgação da sua missão e visão, passos iniciais básicos para o planejamento estratégico da unidade. A definição mais completa da missão de uma UTI foi gerada pela *Bioethics Task Force* e adotada como declaração pela *American Thoracic Society* (ATS) em 1997²³. A missão da UTI envolve três objetivos: preservação da vida humana através da proteção e sustentação de pacientes acometidos por situações críticas quer por lesão/doença, quer por terapia médica ou cirúrgica, com qualidade percebida pelo paciente. Prover terapia de reabilitação especializada, a partir do momento que o paciente começa a se recuperar de sua doença crítica. Prover atendimento paliativo adequado, com conforto para aqueles em que a doença foi considerada incurável, evitando sofrimento nas suas horas finais.

A visão define onde a organização quer estar no futuro. Reflete uma visão otimista de como a organização espera se ver no futuro.

Uma vez geradas a missão e a visão pela coordenação da UTI, a gestão estratégica então pode iniciar seu planejamento, que deve incluir uma forma de comunicação abrangente e de fácil entendimento, para que a equipe multidisciplinar, motivada, tenha capacidade de executar as propostas da estratégia. Essa comunicação é de extrema importância, pois é responsável direta pela falha na implementação de qualquer planejamento estratégico em uma unidade de negócio.

As instituições de saúde colocam o paciente no topo do mapa estratégico de um BSC. Seu uso está relacionado a melhorias na posição estratégica de *marketing*, resultados financeiros, satisfação do paciente²⁴.

A utilização do BSC em ambiente de Terapia Intensiva deve associar indicadores locais com metas institucionais e permitir que a missão e visão da instituição e da UTI como unidade de negócios estejam alinhadas. Essa monitoração deve ser compartilhada com os diversos profissionais da equipe multidisciplinar da UTI em reuniões frequentes, com revisão dos indicadores e análise dos mesmos e sua relação com os objetivos traçados para unidade.

Perspectiva de aprendizado e inovação: para executar a estratégia as ferramentas e o conhecimento devem estar à disposição dos profissionais. O investimento em educação continuada, métodos de comunicação, revelação de talentos e competências, retenção de profissionais que tragam um diferencial competitivo é fundamental e avaliado pelo BSC.

Perspectiva dos processos internos: os processos internos das UTI têm três componentes fundamentais: inovação, melhoria contínua, suporte para alta da unidade. A inovação refere-se na identificação de um segmento de pacientes e de que forma a unidade pode trazer benefícios adicionais a esses doentes. Identificar oportunidades novas de trata-

mento, pesquisa, desenho de protocolos ou mesmo de unidades próprias para esse determinado segmento (por exemplo, uma unidade de cuidados neurológicos). A revisão sistemática de protocolos médicos, a utilização de medicina baseada em evidências, o aprendizado com eventuais erros e sua análise crítica, agregam valor ao atendimento prestado. Os fluxos dos pacientes relacionados a admissão e cuidados para alta, a descrição das necessidades dos pacientes na unidade de internação, a reconciliação medicamentosa, os profissionais que serão envolvidos no atendimento pós-alta da UTI são processos que devem estar descritos de forma clara para que o nível de atendimento seja adequado.

Perspectiva do paciente: a avaliação pormenorizada de qual o paciente da UTI, as doenças mais frequentes, a utilização de protocolos e indicadores derivados dos mesmos que priorizem essa maior frequência, mostram a busca pelo valor na unidade. A utilização de indicadores como readmissões, taxas de complicações, adequação a diretrizes internacionais, erros de medicação, satisfação de famílias também informam se os processos do ponto de vista do paciente/família estão adequados e a UTI mensura qualidade não limitada à análise de desfechos relacionados à mortalidade.

Perspectiva financeira: avaliar se a unidade encontra-se em crescimento com aumento de receitas, ou se está estável, onde se deve procurar aumentar a lucratividade. Se ela possui lucratividade estabelecida, o reinvestimento é factível e deverá ser voltado para a melhoria de estruturas e no capital humano. Daí a importância de mensurar medidas financeiras como margem operacional, ROI (retorno sobre investimento), EVA (valor econômico agregado), custo por caso atendido.

Recentemente gerou-se uma proposta de *Balanced Scorecard* como modelo de gestão estratégica e aperfeiçoamento de mensuração de metas, baseado na realidade local e atrelado à estratégia organizacional da nossa instituição. O mapa estratégico gerado define os objetivos, medidas, metas e iniciativas, prazos para implementação de mudanças e obtenção de resultados. Através de abordagem cíclica (modelo PDCA – plan/planejar, do/executar, control/controlar, act/atuar para melhorar), observou-se uma cadeia de valor com melhoria contínua de processos.

CONCLUSÃO

Os modelos atuais de avaliação de qualidade em Medicina Intensiva são limitados na monitoração e avaliação de processos e desfechos. A utilização de conceitos de outras áreas do conhecimento humano associados à gestão estratégica, aumentando a capacidade analítica de processos através de ferramentas como o *Balanced Scorecard* (painel de indicadores balanceado), diminui a limitação da mensuração baseada apenas em variáveis de resultado. A gestão estratégica

da UTI, alinhada a do hospital onde a mesma se insere, permite que todos sigam o mesmo objetivo de melhoria contínua e sustentabilidade financeira com qualidade em longo prazo.

A associação dos conceitos atuais de qualidade, ao chamado *lean thinking* e ferramentas de gestão estratégica são o futuro da Terapia Intensiva e da saúde como um todo.

O desafio será adequar esses conhecimentos à realidade de cada instituição e executar de forma efetiva, o planejamento gerado por esse novo modelo, criando uma cultura institucional forte, baseada na busca incessante pela perfeição.

REFERÊNCIAS

1. Amaral AC, Rubenfeld GD. The future of critical care. *Curr Opin Crit Care*, 2009;15:308-313.
2. Pronovost A, Rubenfeld G. Quality in Critical Care. In: Chiche JD. Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine. 1st Ed, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin. 2009;127-139.
3. <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/resources/glossary.aspx> (acesso em 30/12/2009)
4. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine Report. Washington DC: National Academies Press, 1999.
5. Pronovost PJ, Sexton JB, Pham JC, et al. Measurement of quality and assurance of safety in the critically ill. *Clin Chest Med*, 2009;30:169-179.
6. Groeger JS, Strosberg MA, Halpern NA, et al. Descriptive analysis of critical care units in the United States. *Crit Care Med*, 1992;20:846-863.
7. Vincent JL, Suter P, Bihari D, et al. Organization of intensive care units in Europe: lessons from EPIC study. *Intensive Care Med*, 1997;23:1181-1184.
8. Levy MM, Rapoport J, Lemeshow S, et al. Association between critical care physicians management and patient mortality in the intensive care unit. *Ann Intern Med*, 2008;148:801-809.
9. Chen J, Bellomo R, Flabouris A, et al. The relationship between early emergency team calls and serious adverse events. *Crit Care Med*, 2009;37:148-153.
10. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med*, 2008;36:296-327.
11. Gale EM. The Hawthorne studies – a fable for our time? *Q J Med*, 2004;97:439-449.
12. McMillan TR, Hyzy RC. Bringing quality improvement into the intensive care unit. *Crit Care Med*, 2007;(Suppl2):S59-S65.
13. Galletio AO. Improving quality and safety in the ICU: a challenge for the next years. *Curr Opin Crit Care*, 2008;14:700-707.
14. Harrigan S, Hurst D, Lee C, et al. Developing and Implementing quality initiatives in the ICU: strategies and outcomes. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2006;18:469-479.
15. Porter M, Teisberg E. Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir Custos. Ed Bookman, 2007.
16. <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/about/inclusion.aspx> (acesso 31/12/2009).
17. Han YY, Carcillo JA, Venkataraman ST, et al. Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. *Pediatrics*, 2005;116:1506-1512.
18. Berenholtz SM, Pronovost PJ. Monitoring patient safety. *Crit Care Clin*, 2007;23:659-673.
19. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*, 2005;14:364-366.
20. Sexton JB, Helmerich RL. Using language in the cockpit: relationships with workload, and performance. In: Dietrich R. Communication in High Risk Environments. Humboldt Universität zu Berlin, Germany, 2003;57-73.
21. Niven P. Balanced Scorecard Passo a Passo: Elevando o Desempenho e Mantendo Resultados. 1^a Ed, Qualitymark, 2002.
22. Costa EA. “Gestão Estratégica: da Empresa que Temos para a Empresa que Queremos. 2^a Ed, Saraiva, 2007.
23. ATS Bioethics Task Force. Fair allocation of intensive care unit resources. *Am J Respir Crit Care Med*, 1997;156:1282-1301.
24. Shukri K, Ali FSM. ICU Performance: Managing with Balanced Scorecards. In: Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2009;Editor: Vincent JL. Springer. 2009;944-957
25. Womack J, Jones D. Lean Thinking: Banish waste and create a wealth in your corporation. New York:Simon & Schuster. 1996.