

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN**

**PLANEJAMENTO DA PADRONIZAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS EM  
CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**COLOMBO**

**2011**

**ROSIMERI KUHL SVOBODA BALDIN**

**PLANEJAMENTO DA PADRONIZAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS EM  
CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS**

PROJETO TÉCNICO apresentado à Universidade Federal do Paraná para obtenção do Título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

**COLOMBO**

**2011**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA .....	5
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO .....	5
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO .....	5
<b>2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA</b> .....	6
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	9
<b>4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA</b> .....	10
4.1 DESCRIÇÃO GERAL DO HC-UFPR .....	10
4.1.1 Missão do HC-UFPR.....	11
4.1.2 Visão do HC-UFPR .....	11
4.1.3 Objetivos do HC-UFPR .....	11
4.1.4 Conceito de Unidade Funcional .....	12
4.1.5 Estrutura da Unidade Funcional.....	12
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	12
4.2.1 Capacidade Física.....	12
4.2.1.1 Administração do Serviço de Anatomia Patológica.....	13
4.2.1.2 Seção de Macroscopia.....	13
4.2.1.3 Seção de Histologia.....	13
4.2.1.4 Seção de Imunoistoquímica .....	13
4.2.1.5 Seção de Imunopatologia .....	13
4.2.1.6 Seção de Necrotério.....	13
4.2.1.7 Seção de Microscopia .....	13
4.2.1.8 Seção de Citologia Oncótica .....	13
4.2.2 Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão .....	14
4.2.3 Produtividade Geral e Relativa do SAP .....	14
4.2.4 Equipamentos da Seção de Citopatologia Cérvico-Vaginal.....	15
4.2.5 Recursos Humanos da Seção de Citopatologia Cérvico-Vaginal .....	15
4.2.6 Normas do SAP.....	16
4.2.7 Programas de Qualidade Internos e Externos .....	16
<b>5 PROPOSTA</b> .....	16
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA .....	16
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO .....	17
5.3 RECURSOS .....	18
5.4 RESULTADOS ESPERADOS .....	18
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO CORRETIVAS .....	18

5.5.1 Melhor cenário.....	18
5.5.2 Cenário alternativo.....	18
5.5.3 Pior Cenário.....	18
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	19
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	20

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) é um hospital de ensino e como tal é um importante local para desenvolvimento de práticas avançadas (novas tecnologias), ensino (formação de recursos humanos) e pesquisa. Toda a atividade de Citopatologia Cérvico-vaginal é realizada no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) e serve para atender os usuários, mas também para o ensino de médicos residentes, auxiliando em sua formação como um tipo de aula prática. Após o curso teórico sobre o tema os residentes recebem exames citopatológicos para interpretação. Esses exames são repassados para o citotécnico e em seguida para os médicos citopatologistas que corrigem e devolvem os exames aos residentes. As dúvidas e discordâncias são discutidas pelo médico citopatologista e o residente que revisam simultaneamente as lâminas em microscópios com oculares duplas, nas quais ambos visualizam as lâminas simultaneamente. Os médicos citopatologistas são docentes e servidores técnicos que adotam condutas individualizadas. Não há um padrão de conduta o que dificulta o aprendizado e também a organização do processo. Não existe uma referência da instituição quanto aos procedimentos a serem executados.

Este projeto visa planejar a implantação de um Procedimento Operacional Padrão na atividade médica em citopatologia cérvico-vaginal do HC-UFPR. Segundo Nogueira (2003), a qualidade na prestação de serviços de saúde tem sido uma preocupação constante dos gestores dessa área. O paciente necessita solucionar seus problemas e reequilibrar suas funções. O gestor deve buscar a padronização e melhoramento contínuo dos serviços para garantir e manter a satisfação dos seus usuários.

### 1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Planejar a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) nas práticas médicas da área de citopatologia cérvico-vaginal do HC-UFPR.

### 1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

O HC-UFPR é um hospital de ensino onde a preocupação com a qualidade dos serviços prestados é duplamente importante. Tanto para que o paciente atendido possa obter um serviço de excelência quanto para que os médicos residentes possam aprender com metodologia de trabalho atualizada, científica e padronizada.

Os POPs são instrumentos de normatização que permitem definir padrões que servem de diretrizes para aperfeiçoamento contínuo da qualidade dos serviços. O HC-UFPR é um hospital de ensino onde a preocupação com a qualidade dos serviços prestados é duplamente importante. Tanto para que o paciente atendido possa obter um serviço de excelência quanto para que os médicos residentes possam aprender com metodologia de trabalho atualizada, científica e padronizada.

Schraiber et al. (1999) preconizam que para podermos padronizar um processo é necessária a compreensão de como ele ocorre. A representação sistematizada como é feita, por exemplo, pelo POP, que registra as etapas que devem ser executadas para garantir o resultado que se espera do procedimento em questão, é um instrumento adequado para se alcançar tal objetivo.

Não há padronização das práticas médicas em citopatologia cérvico-vaginal no HC-UFPR e este fato tem causado dificuldades para o andamento do serviço, e para os controles internos e externos de qualidade. Quando entramos em contato com a equipe gestora do setor responsável pela citologia cérvico-vaginal do HC-UFPR, fomos incentivados a focar esta questão. Por esse motivo nos propusemos a planejar a padronização dessa atividade.

## **2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA**

O termo padronização tem sido usado desde a Revolução Industrial devido à necessidade de igualdade de produtos e serviços objetivando alcançar altos níveis de qualidade. (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

Para se implantar um processo de padronização, a organização deve estabelecer regras e uniformizar os processos. (COLENGHI, 2007).

Silva (1994), Andrade (2005) e Carpenito (2002) consideram que a ausência de padronização dos procedimentos, bem como a falta de normas e registros de condutas adotadas por uma instituição indicam que há desorganização e falta de controle dos serviços prestados. A adoção de padrões normatizados por uma instituição é necessária para o controle aprimoramento contínuo da qualidade. Essa prática impulsiona a organização para a estruturação do aprimoramento de seus processos e resultados.

Os indicadores são usados para o diagnóstico do desempenho de um processo. A partir dos indicadores de processos podemos fazer comparações dos resultados obtidos com as metas e objetivos definidos. (TAJRA; SANTOS, 2008).

A avaliação interna de uma instituição se faz através de comissões de qualidade enquanto que a avaliação externa pode ser feita pela Acreditação Hospitalar. (ADAMI, 2000).

Schraiber et al. (1999) preconizam que para podermos padronizar um processo é necessária a compreensão de como ele ocorre. A representação sistematizada como é feita, por exemplo, pelo Procedimento Operacional Padrão (POP), que registra as etapas que devem ser executadas para garantir o resultado que se espera do procedimento em questão, é um instrumento adequado para se alcançar tal objetivo.

MEARS (1993) considera que a Gestão da Qualidade Total – *TQM* é um sistema a ser formulado e revisado de maneira permanente, com atenção especial ao que o cliente deseja, buscando ultrapassar suas expectativas, através da melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição.

ISHIKAWA (1993) coloca o procedimento como sendo um conjunto de fatores de causa provocantes de efeito ao alcance de características de qualidade.

Segundo JURAN (1997), o procedimento se dá por uma série de ações voltadas à realização de uma meta. Com essa definição o autor inclui os colaboradores, as instalações físicas da instituição, bem como a satisfação dos critérios: orientação para os objetivos, sistematização, capacidade e legitimidade.

PINTO (1993) coloca que a metodologia de gestão de processos é usada para definir, avaliar e fazer a gestão da melhoria do desempenho da instituição, quanto aos seus procedimentos, e dessa forma alcançar as condições de supremacia para atender às demandas dos clientes. Mas, para o autor, a gestão de processos objetiva garantir o funcionamento dos procedimentos de produção da organização, promovendo melhoramento desses processos.

Segundo HARRINGTON (1993), para o planejamento dos processos deve-se fazer numa primeira fase a Definição do Processo. Nessa fase deve-se organizar, analisando e entendendo o que está sendo feito na instituição, definindo uma hierarquia de processo para definição da situação, bem como determinar a relação com os outros processos e suas interações. O processo se constitui por uma série de atividades relacionadas umas com as outras e que podem ocorrer em um ou mais setores de uma instituição.

BRANDALISE (2001) considera que os processos formam um conjunto de atividades imprescindíveis para a gestão e planejamento de uma organização. O autor divide em macroprocesso, composto por subprocessos, que são relacionados entre si, numa dada ordem, dentro da instituição. Os subprocessos são compostos por um certo número de atividades, fundamentais para produção dos resultados desejados. Cada

atividade é constituída por um grupo de tarefas, que são a menor fração de um processo.

A segunda etapa da definição de um processo é a identificação dos clientes e a terceira etapa é a análise minuciosa dos dados e detalhes para que se possa compreender detalhadamente o processo e o envolvimento entre clientes e fornecedores (BRANDALISE, 2001).

Na segunda fase é feita a Análise do Processo, onde se procuram soluções para as não conformidades encontradas na definição do processo. São usadas técnicas como o *benchmarking* (processo que compara o desempenho entre dois ou mais sistemas) e o *brainstorming* (técnica que usa um tipo de dinâmica de grupo para alcançar um objetivo, através da criatividade dos indivíduos), e com os dados coletados, promove-se um plano de ações para melhoria do processo.

A terceira fase ou melhoria do processo, consiste na aplicação dos resultados das duas fases anteriores com a implantação de um plano de ação, ajustes e avaliações. Em caso de soluções insatisfatórias volta-se as etapas anteriores para elaboração de soluções alternativas. O controle da qualidade deve agir identificando falhas e fazendo correções para atingir os resultados esperados (FALCONI,1992).

As ferramentas mais usadas para detalhamento das ações de uma organização são a Planilha 5 W 1H, o Fluxograma, e o POP.

Segundo JATOBÁ (2004), o fluxograma representa por diagrama o fluxo das etapas dos processos, permitindo uma visão ampla do processo e a percepção de qual é o papel de cada um no mesmo. Coloca ainda a possibilidade de se fazer dois fluxogramas um real e outro ideal para comparação e identificação dos pontos a serem melhorados.

Para PEINADO e GRAEML (2004) o método 5 W 1 H consiste num formulário que responde as perguntas relativas às letras iniciais do sistema, permitindo a verificação por parte dos gestores e executores do processo. Nessa lista as tarefas estão descritas, bem como seus prazos e responsáveis.

Para FALCONI (1992) a padronização melhora a qualidade, reduz custos, mantém o cronograma, aumenta a segurança, a saúde e recursos humanos. Coloca ainda que a padronização só se completa quando há segurança do padrão do processo. Para o autor padronizar é envolver os participantes do processo para que possam debater sobre o seu fluxo até que se encontre a melhor alternativa de consenso a qual deve ser implantada mediante a capacitação dos seus executores.

Quem deve escrever o procedimento são os funcionários que executam as tarefas. Isso faz com que os executores se sintam pertencentes ao Sistema da Qualidade do



Laboratório e que as normas do sistema não sejam simplesmente impostas pelo setor gerencial e sim definidas democraticamente pelos colaboradores (DUARTE, 2005).

A linguagem utilizada no POP deve ser adequada ao grau de instrução das pessoas envolvidas nas tarefas, preferencialmente simples e objetiva (DUARTE, 2005).

Para que a padronização funcione é necessário uma sensibilização de todos os integrantes da organização sobre a importância e necessidade de padronizar, a adesão ao sistema padronizado depende do envolvimento das pessoas no processo. Isso ocorre através do treinamento e educação que preparam os funcionários para a melhoria da qualidade (FALCONI, 1992).

Dentre os benefícios que se podem alcançar pela padronização estão: a revisão dos processos da instituição; o treinamento dos funcionários; e a melhoria no sistema interno de padrões da organização. Em contradição, dentre as dificuldades que podem surgir podemos mencionar as faltas de: um sistema concreto para a padronização; um planejamento determinante de ações; informação necessária à revisão; recursos tecnológicos; envolvimento de todos com o processo, assim como da compreensão do mesmo por todos os envolvidos.

A padronização envolve elementos da estrutura, dos processos organizacionais e critérios de resultados organizacionais. A padronização quando adotada previne falhas, evita fadiga e contribui para a aperfeiçoamento contínuo das Instituições Hospitalares. (NOVAES, 2007).

O processo de padronização deve ser maleável estimulando a criatividade dos funcionários envolvidos no processo levando a valorização e reconhecimento pessoal, mantendo porém as regras, padrões e o controle gerencial. (ALVES, 2004).

O POP também pode ser usado para a Gerência da Qualidade praticar auditorias internas. Os funcionários de um setor podem auditar outro setor pois quando existe um POP no setor auditado o auditor encontra informações técnicas para avaliá-lo (DUARTE, 2005).

### **3 METODOLOGIA**

Para a elaboração dos POPs devem ser realizadas reuniões com todo o pessoal envolvido no processo. A partir dessas reuniões serão detalhadas as ações por meio de recursos como a Planilha 5 W 1H, o Fluxograma, e finalmente serão elaborados os POPs. A metodologia será definida pelos participantes do processo, a partir da análise da situação em conjunto com os gestores do setor.

Na etapa de definição do processo será feita a análise do que está sendo feito na instituição, definindo a hierarquia do processo e determinando a relação com os outros processos e suas interações. Também serão definidos os clientes e analisados minuciosamente os detalhes do processo e das relações entre os clientes e fornecedores.

Na Análise do Processo serão identificadas as não conformidades encontradas na definição do processo. Poderão ser usadas técnicas como o *benchmarking* e o *brainstorming* para elaborar um plano de ações de aperfeiçoamento do processo.

Na fase de melhoria do processo haverá a implantação de um plano de ação, ajustes e avaliações. Em caso de soluções insatisfatórias pode-se retornar as etapas anteriores para elaboração de novas soluções.

## **4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA**

### **4.1 DESCRIÇÃO GERAL DO HC-UFPR**

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) foi inaugurado em 1961, como parte da Universidade, ligado à Pró-Reitoria de órgãos suplementares. Estava direcionado apenas ao ensino dos alunos de graduação da Faculdade de Medicina do Paraná, e prestava assistência aos indigentes através do trabalho dos professores e estágio dos graduandos. O atendimento dos pacientes era feito mediante a triagem social e médica. O financiamento era feito pelo MEC, por meio da Universidade.

Após convênio com o MEC/MS, em 1980 foram criados ambulatórios para atendimento aos usuários do INPS/INAMPS. Surgiram na época outros cursos na universidade na área da saúde. Ocorreu um aumento do quadro de funcionários lotados no HC-UFPR, contratados pela FUNPAR e pagos pela produção dos serviços do Hospital que recebia um adicional vindo do MEC/MS para custear sua manutenção, denominado FIDEPS.

Em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o HC-UFPR passou a ser gerenciado e remunerado proporcionalmente a sua produção. Em 1990, o Hospital passa a ser regulamentado pela Lei Orgânica da saúde – MS, nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Todos os Hospitais Universitários Federais, Estaduais e Municipais, ficaram então condicionados ao SUS.

Foram criadas portarias regulamentadoras como a de nº 1.000 de 15/04/ 2004 MEC/MS que estabelece critérios de certificação dos Hospitais de Ensino; Portaria nº

1.005 15/04/2004 MEC/MS que regula o processo de Certificação, conforme a portaria interministerial nº 1.000; Portaria nº 1.006 de 27/05/ 2004 MEC/MS, que reestrutura os Hospitais de Ensino do MEC no SUS; Portaria nº 2.352 de 26/10/2004 MS, que regulamenta os recursos financeiros destinados a Contratualização referida na portaria nº 1006; Portaria nº 2.583 de 02/12/2004 MS, que estipula recursos a serem fornecidos ao Município de Curitiba para custear e manter o HC-UFPR.

A gestão do HC-UFPR seguiu um modelo tradicional até 2002, mas diante de dificuldades da instituição houve a reorganização da estrutura administrativa e gerencial, através da criação de Unidades Funcionais seguindo o modelo de gestão do Hospital de Clínicas da UFMG, de Belo Horizonte que se assemelha ao HC-UFPR. A reorganização administrativa e gerencial visa uma gestão mais eficiente, participativa e moderna por meio da criação das Unidades Funcionais (UF) que junto com à Direção, fazem o planejamento e gestão hospitalar.

A gestão do hospital foi descentralizada através de 22 unidades com administração própria. Foram criadas duas direções: Direção de Assistência, que engloba Serviços Médicos, Técnicos e de Enfermagem; e a Direção Administrativa, que trata dos Recursos Humanos, Administração Predial e Materiais.

#### 4.1.1 Missão do HC-UFPR

“Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão.”

#### 4.1.2 Visão do HC-UFPR

“Ser Hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde, com atendimento de referência nos níveis terciários e quaternários e, articulado com outras instâncias da Universidade Federal do Paraná no níveis primário e secundário”.

#### 4.1.3 Objetivos do HC-UFPR

“- Oferecer assistência hospitalar acreditada, integrada à rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde;”

“- Garantir campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão;”

“- Propiciar acesso fácil da comunidade universitária aos Hospitais Universitários, em programa articulado com a PRHAE (PROGEPE);”

“- Aprimorar continuamente a gestão hospitalar;”

“-Aprimorar e dar continuidade à implantação do Novo Modelo de Gestão.”

#### 4.1.4 Conceito de Unidade Funcional

A Unidade Funcional é resultante da união de serviços, atividades ou especialidades, com afinidades que permitem estabelecer uma linha de cuidado que visa a integralidade e a qualidade da assistência aos usuários. Esta união visa a articulação e o estabelecimento de contratos e acordos internos que permitam um desempenho melhor de todos, evitando-se a dissociação e promovendo uma gestão eficaz da instituição.

#### 4.1.5 Estrutura da Unidade Funcional

Cada unidade é composta por um Gerente, Supervisor Médico, Supervisor de Enfermagem, Supervisor Administrativo e Colegiado Interno.

### 4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Serviço de Anatomia Patológica (SAP) faz parte de uma Unidade Funcional formada pela união do Serviço de Análises Clínicas (SAC) e do Serviço de Anatomia Patológica, denominada Unidade de Apoio Diagnóstico (UAD) do HC-UFPR, o qual que foi escolhido para desenvolvimento de nosso trabalho.

Foi feito um levantamento da infraestrutura e rotinas normatizadas referentes aos serviços que compõem a unidade de citopatologia cérvico-vaginal. Foram coletadas informações sobre a forma de trabalho; produtividade; equipamentos; estrutura física; recursos humanos; a existência de normas bem como o levantamento dos problemas. Foram coletados dados por meio de consulta a relatórios e contato com os gestores.

#### 4.2.1 Capacidade Física

O Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do HC-UFPR é composto por vários setores e dispõem de vinte e duas salas onde são executadas suas diversas atividades. A relação das atividades foi subdividida por seções listadas no quadro 1 e descritas a seguir.

QUADRO 1 – RELAÇÃO DA ÁREA FÍSICA E NÚMERO DE SALAS DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO HC-UFPR.

SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA (SAP)	NÚMERO DE SALAS: 22
ADMINISTRAÇÃO	5
MACROSCOPIA	1
HISTOLOGIA	2
IMUNOHISTOQUÍMICA	1
IMUNOPATOLOGIA	1
NECROTÉRIO	2
CITOLOGIA	1
MICROSCOPIA	9

FONTE: As Autoras.

#### 4.2.1.1 Administração do Serviço de Anatomia Patológica

Gerencia as atividades pertinentes ao Serviço como um todo.

#### 4.2.1.2 Seção de Macroscopia

Faz amostragem, separando e encaminhando do material a ser avaliado microscopicamente.

#### 4.2.1.3 Seção de Histologia

Prepara as amostras separadas na macroscopia, confeccionando as lâminas a serem analisadas pelos médicos patologistas e residentes.

#### 4.2.1.4 Seção de Imunoistoquímica

Complementa os diagnósticos histológicos, quando necessário, principalmente nos casos de neoplasias pouco diferenciadas.

#### 4.2.1.5 Seção de Imunopatologia

Faz exames relacionados a alterações imunológicas, principalmente doenças auto-imunes.

#### 4.2.1.6 Seção de Necrotério

Realiza necropsias; guarda e orienta os procedimentos com corpos dos pacientes que evoluíram para óbito; preenche a Declaração de Óbito e faz a liberação dos corpos para familiares.

#### 4.2.1.7 Seção de Microscopia

Faz a leitura e interpretação das lâminas para formulação dos diagnósticos.

#### 4.2.1.8 Seção de Citologia Oncótica

Prepara as lâminas dos exames cérvico-vaginais, de líquidos corporais, secreções e punções aspirativas.

Já foram implementado POPs para os procedimentos técnicos na área de citopatologia cérvico-vaginal, ou seja das atividades pré-diagnósticas do exame. Não existe ainda um POP para as atividades médicas, que definem os diagnósticos, nesta seção. Cada médico patologista e médico residente usam sua experiência profissional para definir os critérios que o levarão a concluir os diagnósticos dos exames. Mas o laudo final é definido pelo médico patologista responsável.

O SAP usa o programa do SUS denominado de SISCOLO para emitir os diagnósticos dos exames citopatológicos Cérvico-vaginais. Este programa foi implementado pelo Ministério da Saúde para uniformizar os diagnósticos dos exames

deste tipo. O uso deste programa já promove, de certa forma uma uniformização nos termos usados e nas subclassificações das lesões de colo de útero. A nomenclatura utilizada segue os princípios definidos pelo Sistema de Bethesda, que foram referendados pelo INCA e implantados em todo Brasil. Os prestadores de serviço do SUS usam obrigatoriamente o programa e sua terminologia diagnóstica para emitir os laudos citopatológicos cérvico-vaginais.

Não existe no SAP do HC-UFPR uma definição de quais os critérios necessários e suficientes para a definição de cada diagnóstico. Fica a cargo do médico responsável pelo exame definir estes critérios. Dessa forma os médicos residentes e o Serviço como um todo não padroniza os critérios diagnósticos que definem as lesões. Os laudos seguem critérios individuais que são variáveis de acordo com o grau de conhecimento e experiência profissional de cada um.

#### 4.2.2 Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão

- Disciplina de Anatomia Patológica para o curso de Medicina.
- Residência Médica em Anatomia Patológica.
- Estágios em Anatomia Patológica para o curso de Medicina.
- Participação no Curso de Mestrado em Cirúrgica.
- Publicações de Artigos científicos em revistas.
- Apresentações de trabalhos em congressos científicos.
- Participação no Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PICQ).
- Participação no Programa de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Citopatologia (CitoNet).
- Participação em Pesquisas Médicas.
- Assistência em Mestrados e Doutorados.
- Participação em Congressos e outros eventos científicos

#### 4.2.3 Produtividade Geral e Relativa do SAP

Os dados descritos se referem à produção do ano de 2010 e estão relacionados na tabela 1.

TABELA 1 - MÉDIA MENSAL DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA NO ANO DE 2010.

ATIVIDADE	EXAMES POR MÊS: 1314	PERCENTUAL
Material cirúrgico	833	63,40%
Citologia Cérvico-Vaginal	214	16,29%
Citologias especiais	68	5,17%
Imunoistoquímica	30	2,28%
Imunopatologia	162	12,33%
Necrópsias	7	0,53%

FONTE: As autoras

Foram realizados 2571 exames citopatológicos cérvico-vaginais no ano de 2010, com uma média mensal de 214 exames, representando 16,29% da produção total do serviço.

#### 4.2.4 Equipamentos da Seção de Citopatologia Cérvico-Vaginal

O SAP possui os equipamentos necessários para a realização dos exames citopatológicos que são submetidos a manutenção corretiva e alguns que passam por manutenção preventiva. Para a seção de citopatologia cérvico-vaginal são utilizados os seguintes equipamentos: cubas e cestos para coloração; capela para eliminação de gases voláteis com os do álcool e xilol; cartelas para acondicionar as lâminas e microscópios que são usados pelo citotécnico, residentes e médicos patologistas

Nas reuniões de discussão dos casos entre o citotécnico, patologista e residente é utilizado um microscópio com várias oculares ligado a uma televisão que permite a visualização simultânea das lâminas por várias pessoas que podem debater sobre os casos e critérios diagnósticos.

#### 4.2.5 Recursos Humanos da Seção de Citopatologia Cérvico-Vaginal

O SAP conta com quarenta e seis colaboradores efetivos e seis médicos residentes em treinamento. Dos membros efetivos há trinta funcionários de nível secundário ou técnico, um biólogo, dez médicos patologistas e cinco professores da UFPR. Na Seção de Citopatologia Cérvico-vaginal trabalham nove colaboradores: dois técnicos, um médico patologista e os seis médicos residentes. Outros funcionários que também trabalham nas demais seções fazem as atividades administrativas e de digitação dos laudos dos exames citopatológicos.

Os dois funcionários de nível técnico fazem atividades diferentes. Um trabalha na bancada do laboratório numerando, corando e montando as lâminas e outro que faz o

citoescrutínio (pré-análise das lâminas demarcando áreas alteradas que são checadas e diagnosticadas pelo médico patologista), também chamado de citotécnico.

Há um médico patologista responsável pelo setor que finaliza a análise de todos os casos. Quando este patologista não está disponível, em caso de férias, afastamentos ou congressos, um dos outros dez patologistas que compõem o quadro de médicos do Serviço de Anatomia Patológica executa esta tarefa.

São seis médicos residentes em treinamento que, de acordo com a escala do serviço e com o ano de residência em que se encontram, analisam primeiramente os casos repassando-os para o citotécnico que faz a reavaliação dos mesmos. Só depois destas duas avaliações é que os casos são finalizados e liberados pelo médico patologista.

#### 4.2.6 Normas do SAP

O SAP já implementou algumas normas e protocolos porém ainda há seções em fase de construção dos POPs, dentre essas está a das práticas médicas da Seção de Citopatologia Cérvico-Vaginal.

#### 4.2.7 Programas de Qualidade Internos e Externos

- Grupo Interno da Qualidade.
- Programa de Acreditação Hospitalar.
- Programa de separação de resíduos desde 2002.
- Programa de Indicadores Laboratoriais.
- Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PICQ).
- Programa de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Citopatologia (CitoNet).

## 5 PROPOSTA

### 5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A padronização da prática médica nos exames citopatológicos envolve a discussão dos critérios citopatológicos para os diagnósticos utilizados na instituição entre os membros da equipe que fazem os exames. Devem ser definidos os critérios para os diagnósticos dos exames citopatológicos adotados pelo SAP. Esses padrões devem ser registrados na forma de POP, que servirá de referência para o SAP.



## 5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Para a elaboração do POP de diagnóstico dos exames citopatológicos cérvico-vaginais devem ser realizadas reuniões com o pessoal envolvido, ou seja com os gestores, médicos patologistas, médicos residentes e citotécnico. Serão feitos registros destas reuniões com o auxílio de recursos como a Planilha 5 W 1H e o Fluxograma. A metodologia deverá ser definida pelos participantes juntamente com os gestores do setor.

Na etapa de definição do processo será verificada a forma como o mesmo tem sido executado, os clientes envolvidos e suas relações. Isso servirá de base para a fase seguinte que consiste na análise crítica de como vem sendo feito o processo.

Poderemos utilizar uma árvore explicativa que avalia as causas e efeitos das atividades no trabalho, representando estes dados num fluxograma, que permite a visualização dos problemas. Através deste fluxograma, a equipe de trabalho terá facilidade para analisar quais são os nós críticos a serem resolvidos e quais as mudanças que permitirão modificar o processo.

Na construção desta árvore, deve-se avaliar é o tempo e recursos necessários para alcançar os objetivos, comparando a situação inicial com aquela desejada. Poderão ser necessários ajustes mudando os meios para atingir as metas ou até mesmo as metas podem ser modificadas para que sejam realizáveis.

A árvore explicativa deve ser desenhada de maneira simples e objetiva, a partir da identificação das causas dos problemas e da relação que os mesmos apresentam entre si. Deve-se identificar o motivo que origina cada fato descrito sobre o problema ou seja o nó crítico.

Deverão ser identificadas as não conformidades encontradas na análise do processo. Podem ser usadas técnicas como o *benchmarking* e o *brainstorming* para análise e elaboração do plano de ações de melhoria do processo.

Para fase de melhoria do processo deverá ser implantado de um plano de ação, como o 5W2H, com previsão de ajustes e reavaliações. Nesse plano são definidos o quê, por quê, como, quem, onde, quando e quanto vai custar para solução das não conformidades. Em caso de soluções inadequadas pode-se usar os elementos discutidos nas etapas anteriores para elaboração de soluções mais adequadas.

### 5.3 RECURSOS

Deveremos usar principalmente recursos humanos e instalações. Prevemos utilizar algumas horas do tempo de trabalho dos nove colaboradores da seção e dos gestores do SAP para reuniões de definição, análise e melhoria do processo em questão.

Serão utilizados recursos materiais como “data show”, xerox, computadores, impressoras, salas de reunião, dentre outros. Ainda prevemos usar tempo de trabalho e recursos para consultas a dados bibliográficos e a dados da instituição.

### 5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Haverá uma sensibilização da equipe de trabalho para a discussão e formulação da sua visão institucional quanto aos exames citopatológicos com o objetivo de aperfeiçoamento da conduta e melhoria constante dos serviços prestados. O objetivo será a formulação e implantação do POP da prática médica nos exames citopatológicos cérvico-vaginais e a melhoria da qualidade do serviço.

Na avaliação do processo podem ser usados indicadores específicos para a atividade como o índice de concordância diagnóstica entre os membros da equipe ou seja, entre os médicos residentes, citotécnico e patologista.

Pode ser feito um índice prévio a implantação do POP e um depois de determinado período de tempo de implantação do mesmo para comparação. Com esse dado os gestores poderão avaliar o desempenho do uso do POP.

### 5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO CORRETIVAS

5.5.1 Melhor cenário: planejar o POP e o mesmo ser aceito e implantado pela instituição.

5.5.2 Cenário alternativo: planejar o POP mas este não ser incorporado a rotina do serviço.

5.5.3 Pior cenário: não planejar o POP nem mudar a realidade.

## 6 CONCLUSÃO

A primeira fase deste trabalho foi dedicada a revisão dos conhecimentos teóricos que reconhecem o POP como ferramenta de melhoria da qualidade dos serviços na área de saúde. Acreditamos que a implantação do POP poderá melhorar os índices de produção e desempenho no atendimento ao cliente.

O SAP está em processo de mudança gerencial há alguns anos, entre o modelo novo e a forma antiga de trabalho e gestão institucional muitas mudanças ainda devem ser feitas. O Diagnóstico Situacional foi elaborado a partir da verificação e questionamento aos funcionários e relatórios do SAP.

Foi selecionado apenas um problema para enfrentamento, a pedido dos gestores da instituição: a falta de organização das rotinas da prática médica nos exames citopatológicos cérvico-vaginais; por ser este o que necessitava ser alcançado nos programas de acreditação hospitalar, possuía bom potencial de enfrentamento e resolubilidade. Na sequência, foi definido um plano de ação com o objetivo e indicador, que poderão ser usados para a solução dos mesmos.

Também foram analisados a estrutura organizacional e os indicadores de produtividade encontrados no SAP para fortalecer a visão geral da instituição e para o reconhecimento do sistema de trabalho da equipe já existente, equipamentos, formas de manutenção preventiva e corretiva e da estrutura física encontrada. Essa análise poderá servir para futuros projetos de melhoria na gestão dos serviços prestados pelo SAP.

Ressaltamos a importância da padronização dos serviços de saúde como meio fomentador da atualização de conhecimentos, uniformização da forma de trabalho, promotor da integração e motivação entre os membros da equipe.

## REFERÊNCIAS

A IMPORTÂNCIA da Padronização de Processos em uma Unidade Hospitalar. Denardi PAM, Santos JRM, Shiraishi MB, Cruz VMFR. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/RE\\_0579\\_0347\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0579_0347_01.pdf)>.

Acesso em: 14/09/2011.

ADAMI, N.P. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13. Número Especial. p.190-196, 2000. Disponível em: [http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13\\_esp1/pdf/art23.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp1/pdf/art23.pdf). Acesso em: 04/09/2011.

ALVES, S. A multidimensionalidade nas organizações empresariais: proposta de um modelo analítico. **Revista Administração Contemporânea** v.8 n. 2., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v8n2/v8n2a05.pdf>. Acesso em: 07/09/2011.

ANDRADE, J.S.; VIEIRA M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n.3, p.:261-5, 2005.

BRANDALISE, L. T. **A aplicação de um método de gerenciamento para identificar aspectos e impactos ambientais em um laboratório análises clínicas**. 2001. 117f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CARPENITO, L.J. Diagnóstico de Enfermagem e Planejamento do Cuidado. In\_\_\_\_: **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 68-91.

COLENGHI, V.M. **O & M e qualidade total: uma integração perfeita**. 3. Ed. – Uberaba: ED.V.M, 2007.

FALCONI, Vicente Campos. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 6ª ed. Belo Horizonte: DG, 1992.

GUERRERO, G.P.; BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16 n.6, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 06/09/2011.

HARRINGTON, H. James. **Gerenciamento Total da Melhoria Contínua**. São Paulo: Makron Books, 1993.

IMPLANTAÇÃO de Procedimentos Operacionais Padrão: Estratégia de Organização de Cuidado da Enfermagem. Aleixo ECS, Oliveira MLF, Victor ACS, Godoi IBC. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01365.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01365.pdf)>. Acesso em: 10/09/2011.

ISHIKAWA, Kaoru. **Controle de Qualidade Total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JATOBÁ, Paulo César. **As ferramentas da Qualidade: aprendendo a aplicar para solucionar problemas**. Revista Falando de Qualidade (BANAS). São Paulo: EPSE, 2004.

JURAN, J. e GRAYNA, F. M. **Controle de Qualidade-Handbook em diferentes sistemas de produção**. São Paulo: Makron Books, Vol. VIII, 1993.

MEARS, Peter. **Quality improvement Tools & Techniques**. São Paulo: McGraw-Hill, 1993.

NOGUEIRA L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial; 2003.

NOVAES, H.M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37,. 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=Humberto%20de%20Moraes%20Novaes&where=ALL&index=au&lang=pt& charset =iso-8859-1#>>. Acesso em: 04/09/2011.

PADRONIZAÇÃO de Procedimentos e Desenvolvimento de Equipe como Ferramentas para a Alavancagem da Organização – O Caso de uma Fundação de Previdência Complementar. Disponível em: [http://ww.aedb.br/seget/artigos07/1365\\_Artigo%20Seget.pdf](http://ww.aedb.br/seget/artigos07/1365_Artigo%20Seget.pdf)> Acesso em 14/09/2011.

PEINADO, Jurandir; GRAEML, Alexandre Reis. **Administração da produção: operações industriais e de serviços**. Curitiba: UnicenP, 2007.

PINTO, J. L. G. C. **Gerenciamento de Processos** na Indústria de Móveis. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

“PROCEDIMENTO Operacional Padrão”: A Importância de se padronizar tarefas nas BPLC Por Renato Lima Duarte. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/reblas/cursos/qualidade21/bplc/MP%20\\_apostila\\_%205%20-%20final.pdf](http://www.anvisa.gov.br/reblas/cursos/qualidade21/bplc/MP%20_apostila_%205%20-%20final.pdf)>. Acesso em 14/09/2011.

SAÚDE & Cidadania para Gestores Municipais de Serviços de Saúde. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_02/07\\_03.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/07_03.html) > Acesso em 29/09/2011.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B. ; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.221-42, 1999.

SILVA, S.H. **Controle da qualidade assistencial de enfermagem**: implementação de um modelo (Tese Doutorado em Enfermagem). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1994.

TAJRA, S.F.; SANTOS, S.A. **Gestão estratégica na Saúde: Reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência**. 2. ed. São Paulo: Iátria, 2008.