

Auditar Procedimentos

Qualidade em
Saúde

SEPARATA TÉCNICA
REVISTA QUALIDADE EM SAÚDE
ESPECIAL MANUAIS DA QUALIDADE
SETEMBRO 2002

Avaliar o Valor de um Procedimento

Para ilustrar o que é e como se processa uma auditoria ao procedimento, simulou-se uma auditoria a um procedimento real.

A explicação teórica da metodologia utilizada é a descrita no artigo introdutório “Também é possível fazer Auditorias aos Procedimentos?”.

O estudo de caso consistiu na análise de um determinado procedimento, seguindo critérios pré-definidos numa *checklist* anteriormente criada. Todos os critérios foram pontuados para ilustrar a metodologia teórica exposta.

No artigo “Como auditar um procedimento”, ao longo da descrição do exercício são apresentadas as necessárias observações e suportes para facilitar a sua compreensão.

Esta metodologia é aplicável a qualquer procedimento, independentemente da norma de referência pela qual se rege o Sistema da Qualidade.

A auditoria a procedimentos justifica-se apenas quando, em etapas anteriores, já se concluiu pela necessidade de se fazer um determinado procedimento, e é por essência uma ferramenta da auditoria ou avaliação interna.

Relembramos aqui algumas das razões que podem justificar a existência de um dado procedimento:

- quando a prática é nova e não existe experiência consolidada;
- quando há um risco já detectado de se executar mal uma tarefa;
- quando há mais de um interveniente e há o risco de uma prática assimétrica;
- quando a avaliação do processo indica uma grande variabilidade de desempenho;
- quando é necessário fixar responsabilidades por diferentes actividades de um processo;
- quando a complexidade técnica é grande e há o risco de saltar ou esquecer uma etapa.

Resumo biográfico:

Catarina Paiva
Directora-Geral
da Euro-Symbiose Portugal.
Consultora sénior,
formadora e auditora da Qualidade.
catarina.paiva@mail.telepac.pt

Filipa Homem Christo
Médica, formadora
e colaboradora do IQS.
Auditora coordenadora
de Sistemas da Qualidade ISO 9000.
filipa_hc@yahoo.com



Também é possível fazer AUDITORIAS aos PROCEDIMENTOS?

Catarina Paiva

Na concepção, implementação e gestão de um Sistema da Qualidade, os documentos assumem em certas situações uma exagerada importância. Muitas vezes subsiste a dúvida sobre a adequação, clareza ou compleição dos procedimentos que suportam o Sistema da Qualidade. Daí, coloca-se-nos uma questão preliminar: Será possível medir a qualidade do próprio Sistema da Qualidade?

No âmbito dos inúmeros projectos que estão lançados na área da Saúde existem muitos pontos em comum, nomeadamente a necessidade de criar procedimentos e normalizar práticas. Ora, é muito provável que neste momento a questão que deu título a este artigo já tenha sido debatida e posta em cima da mesa. Da minha parte, antecipo a resposta desde já: **Claro que é possível!**

Aliás, é não apenas possível como recomendável que, no âmbito das auditorias internas que estão cada vez mais a entrar na rotina das instituições de Saúde, possa ser utilizado este tipo de "ferramenta", a par com as auditorias aos requisitos do Sistema.

Este tipo de auditorias, muito utilizado noutros sectores de actividade, é perfeitamente implementável no âmbito do projecto dos Manuais da Qualidade para a Admissão e Encaminhamento de Utentes. Esta foi uma das razões porque se considerou pertinente e oportuno abordar este tema.

Quando uma organização se prepara para realizar uma auditoria aos procedimentos, consegue à partida dois dados essenciais para a melhoria contínua do seu Sistema da Qualidade:

- A imediata sensibilização das pessoas para a leitura, interpretação e análise cuidadas de tudo o que está descrito nos documentos do Sistema;
- As várias oportunidades de simplificação dos conteúdos desses documentos, que surgem com a auditoria aos procedimentos.

A auditoria aos procedimentos não deixa de ser uma auditoria. Isto é, um "exame sistemático e independente para determinar se as actividades e os resultados relativos à qualidade satisfazem as disposições pré-estabelecidas e se essas disposições estão objectivamente implementadas e se estão adequadas para alcançar os objectivos". A sua incidência é sobre procedimentos e instruções de trabalho enunciados no sistema documental da organização.

Em todas as auditorias há que assegurar que seja possível:

1- Ter um referencial da documentação

Esse referencial poderá ser o conjunto de:

- Normas da série ISO 9000 de gestão da qualidade;
- Ou um outro referencial normativo adoptado;
- Todas as normas técnicas existentes e aplicáveis aos processos;
- Procedimento que determina a forma de preparar/elaborar, verificar e aprovar procedimentos na organização (se possível).

2- Criar e adequar uma lista de verificação

Neste contexto, a lista de verificação tem características muito específicas e adaptadas a este tipo de auditorias.

Normalmente, existem questões orientadas para detectar o grau de conformidade dos aspectos de forma, análise de circuitos, verificação da compleição e clareza dos conteúdos, bem como questões orientadas para a forma de verificação da implementação dos mesmos conteúdos.

Essas questões expressam-se por critérios de análise. Esses critérios assentam em duas vertentes: uma teórica, onde se explora o nível de conformidade dos documentos, e uma vertente prática, onde se verifica o nível de implementação dos documentos nas respectivas áreas da organização. Os critérios são objecto de uma cotação, representada numa escala específica e que se indica mais adiante.

3- Conhecer os elementos técnicos de condução desta auditoria

Estes constam normalmente de parâmetros descritos como índices de avaliação quantitativa e qualitativa para cada critério, como a seguir se indica:

- ÍNDICE DE RISCO (R)
- ÍNDICE DE RISCO DO CRITÉRIO (IRC)
- ÍNDICE DE CONFORMIDADE (IC)
- ÍNDICE DE PROGRESSO (IP)

4- Dominar as técnicas comportamentais da actividade de auditoria

Isto é tão importante para a função auditor como para a função auditado.

Os gestores da Qualidade que considerem útil esta ferramenta para fortalecer o seu Sistema e nunca a tenham utilizado devem, antes de mais, escolher criteriosamente o sector de aplicação para poderem medir, com maior precisão, o impacte da sua utilização.

A auditoria, passo a passo

De seguida, apresentam-se todos os passos de realização destas auditorias:

INICIAR: Os responsáveis designados determinam quais os procedimentos a auditar, as datas de realização da auditoria e os auditores a nomear.

PREPARAR: O auditor ou auditores poderão solicitar o apoio de outros colaboradores, em função da complexidade técnica do tema a analisar. A equipa auditora (EA) deverá preparar o seu dossier de referência, por forma a assegurar que dispõe de todas as informações úteis e documentos de referência para o decurso da auditoria. Deve ainda conceber ou validar a lista de verificação que vai utilizar.

Antes do início da auditoria cabe à EA estabelecer os diferentes valores para o índice de risco (R) da lista de verificação que entretanto criou.

Para cada caso concreto pode-se atribuir um dos seguintes valores: 5 ou 10 pontos, consoante a gravidade ou criticidade do critério. Assim, o valor 5 corresponde a um nível de risco médio, enquanto que o valor 10 representa um nível de risco maior. Isto significa que, se um critério com um índice de 5 não for respeitado, há fortes probabilidades de, a curto/médio prazo, causar problemas de não-qualidade na prestação do serviço. Se o critério com índice 10 não for respeitado, causará, por certo, a curto prazo, problemas de não-qualidade.

ANALISAR: É a actividade de auditoria por excelência. Permite à EA constatar, perante o serviço auditado, o grau de aplicação do procedimento ou instrução e preencher objectivamente a sua lista de verificação. Nesta fase, é importante anotar os desvios aos critérios, por forma a poder ser aplicado correctamente o índice de conformidade (IC). Nesta etapa, a EA faz um balanço com os auditados, informando-os dos principais desvios detectados.

COTAR: Esta etapa é efectuada no final da auditoria e compreende dois aspectos, a saber:

- Cotação do procedimento/documento;
- Cotação da implementação – aplicação na prática quotidiana.

Para se efectuarem as cotações propomos que se utilize, preferencialmente, a seguinte escala de valores:

0 = Nível de conformidade sem ambiguidades. Os objectivos serão atingidos.

4 = Não há todas as garantias de conformidade do critério, mas pode considerar-se aceitável.

7 = Não há garantias de respeito pelo critério, ou a resposta ao critério é insatisfatória.

10 = O critério não é respeitado. Aplicação inexistente.

Uma vez realizada esta tarefa, com a objectividade exigida a qualquer auditor, cumpre também efectuar o cálculo do índice de risco do critério (IRC), que não é mais do que efectuar a seguinte operação:

$$R \times IC = IRC$$

Desta forma torna-se fácil visualizar quais as necessidades de melhoria, ponto por ponto.

Mas a EA deve ainda efectuar mais um cálculo. Trata-se de estabelecer o índice de progresso (IP).

$$IP = (n^\circ \text{ de IRC} = 0 / N^\circ \text{ total de IRC}) \times 100$$

Só após a realização destas tarefas a EA estará apta a atribuir uma nota global a cada procedimento auditado.

Como se constata trata-se de atribuir uma avaliação quantitativa com forte impacte e que permite a todos os interessados fazer um seguimento das melhorias a introduzir.

ELABORAR E DIFUNDIR O RELATÓRIO: Finalmente, procede-se à elaboração de um relatório que deverá conter:

- A folha síntese;
- As listas de verificação devidamente preenchidas;
- Os resultados dos IRC e IP de cada procedimento;
- Comentários e recomendações, bem como propostas de acção correctiva (sempre que possível).

Como acontece em todos os processos de melhoria, esta ferramenta interessa essencialmente aos auditados, mas é importante que a Direcção da entidade e o responsável que solicitou a auditoria tenham acesso a este relatório. Nunca é demais lembrar que: A Melhoria da Qualidade é uma missão de todos os elementos da Organização.

ASSEGURAR O SEGUIMENTO: Sempre que os IRC dos procedimentos auditados sejam > do que 0 deverá ser programada uma reunião de seguimento para se verificar a eficácia das acções correctivas identificadas.

Sem substituir as auditorias de processo ou de sistema, esta forma de auditoria poderá dar um contributo precioso e pormenorizado aos modos de funcionamento de todas as "peças" do Sistema da Qualidade.

Em conclusão, a auditoria ao procedimento reforça a determinação e a confiança na implementação do Sistema da Qualidade.

COMO AUDITAR UM PROCEDIMENTO

Estudo de Caso

Filipa Homem Christo
Catarina Paiva

O procedimento utilizado na simulação, e que transcrevemos na íntegra, ainda que autêntico, na medida em que faz parte de um dos Manuais elaborados no âmbito do projecto Manual da Qualidade para a Admissão e Encaminhamento de Utentes, é uma versão intencionalmente obsoleta. Este procedimento foi entretanto revisto e melhorado. As constatações de não-conformidade são simuladas, mas poderiam muito bem ser reais.

RAZÃO DE SER da AUDITORIA

A matriz de síntese da auditoria, ilustrada no Quadro 1, indica sempre na primeira parte quem pede a auditoria e a razão deste pedido (ponto 3). A causa que desencadeia a auditoria tem de ser fundamentada para que a auditoria represente uma actividade de valor acrescentado. Vamos supor que neste caso se tratava de uma alteração do circuito de encaminhamento dos utentes, subjacente à criação do procedimento PQ02, na sua edição 1 e revisão 0. Cerca de três meses após a sua implementação, a gestora do Manual da Qualidade (MQ) desencadeou uma auditoria interna ao procedimento para avaliar o seu nível de conformidade e implementação e para poder propor aos responsáveis envolvidos as necessárias medidas correctivas, caso se verificasse um baixo nível de implementação medido pelo índice de progresso (IP).

ÍNDICE de RISCO

Para cada critério é acordado por consenso um risco, que só pode ser 5 ou 10, conforme fica claro da análise do Quadro 2. Esta pontuação do risco inerente a cada critério é feita em equipa, envolvendo obrigatoriamente as funções que elaboraram o próprio procedimento e não apenas a equipa auditora.

Tomemos como exemplo o critério 1. Foi-lhe atribuído um risco 5 pois que a formatação de um procedimento de forma diversa do chamado procedimento-tipo – desde que contenha todos os elementos indispensáveis à sua execução conforme – configura um risco baixo de não-conformidade da prestação do serviço. Os procedimentos não têm de facto que obedecer a um formato estandardizado. Mas não o fazer representa ainda assim um risco: é mais provável haver lapsos em aspectos importantes que não podem deixar de ser considerados, além de que dificulta a sua indexação à restante estrutura documental do Sistema da Qualidade.

No caso concreto em análise foi atribuído um risco de 5 relativamente ao critério 5, definições. Na verdade as definições necessárias à aplicação conforme das actividades descritas no procedimento são facilmente acessíveis para todos os intervenientes, e não configuram risco de prestação de um serviço não-conforme se houver alguma interpretação menos precisa dos termos utilizados. Mesmo assim, não se pode deixar de considerar haver algum risco de prestação de serviço (encaminhamento) não-conforme, se não houver um mínimo de definições que fiquem clarificadas neste ponto do procedimento. Isto é ainda mais importante quanto é sabido que se há um procedimento é porque há diferentes utilizadores e que nem todos ficam imediatamente familiarizados com a terminologia utilizada.

Continuando a análise do Quadro 2, aos critérios 2 e 3, respectivamente objectivo e âmbito do procedimento, foi-lhes atribuído um risco 10. Na verdade, se não for claro e inequívoco para que é que o procedimento foi criado e qual o seu âmbito de aplicação, dificilmente se pode esperar que as pessoas a quem ele se destina tenham uma actuação conforme com o esperado, pois supostamente a sua inexistência leva a uma prática não normalizada e a uma grande variabilidade de actuações.

O mesmo acontece para todos os oito critérios de aplicação prática (critérios 13 a 20 – Área B), aos quais foi atribuído o risco 10. Um procedimento que não é implementado ou é uma inutilidade, o que deveria ter sido já detectado a montante da sua elaboração, ou estaremos perante um processo cujas actividades não estão sob controlo e cujo resultado não pode ser medido e melhorado.

NÍVEL de CONFORMIDADE

O artigo introdutório indica no ponto COTAR como é feita a cotação da conformidade do documento e da sua aplicação na prática quotidiana. Na coluna central de pontuação indicada no Quadro 2 surgem as quatro hipóteses referidas na grelha incluída naquele artigo: 0, 4, 7 ou 10. Face às suas constatações, quer na auditoria documental quer na auditoria em campo, a equipa auditora atribui a sua cotação a cada critério e inscreve essa cotação na referida coluna.

A filosofia subjacente é do ZERO DEFEITOS, daí que a cotação se baseie em deméritos. Deméritos estes que representam uma valorização do desvio relativo ao estado desejado do zero defeito, zero omissão, zero inutilidade. Quanto maior a cotação, maior o desvio de conformidade.

ÍNDICE de RISCO do CRITÉRIO

O IRC ou índice de risco do critério, inscrito na coluna mais à direita, obtém-se multiplicando o risco (R) pela cotação atribuída ao índice de conformidade (C ou IC). Voltando ao Quadro 2, olhemos agora para o critério 1. Para um risco de 5 foi-lhe atribuída uma cotação de 0, o que significa conformidade sem ambiguidades. O IRC deste critério será pois 0. Para mais fácil compreensão: zero defeitos. O critério que neste exercício de simulação obteve um IRC mais alto foi o critério 14, com um IRC de 100. Para um risco de 10 (elevada probabilidade de problemas de não-qualidade no serviço se não for respeitado), a equipa auditora atribui-lhe uma cotação 10 (máximo desvio de zero defeitos) por uma aplicação prática altamente deficitária.

REGISTO de ANOMALIAS

Para cada IRC superior ou igual a 20 deverá haver uma descrição sumária da anomalia ou não-conformidade encontrada, para o que é desejável utilizar a folha de registo de anomalias indicada no quadro 3. A não-conformidade deve ser registada pela equipa auditora. A acção, o responsável e a data limite para correcção da situação devem ser discutidos com os auditados ou com quem solicitou a auditoria.

No quadro 3 são indicados alguns exemplos da simulação da auditoria feita, sendo estes apenas indicativos e, porque se trata de uma simulação, sem preocupações de rigor na indicação das propostas de acção, prazos e responsáveis.

ÍNDICE de PROGRESSO – AUDITORIA INICIAL

Como foi apresentado no artigo introdutório, é necessário fazer um balanço da efectividade deste procedimento de encaminhamento dos utentes numa urgência. Na auditoria a procedimentos isso obtém-se a partir do cálculo do índice de progresso (IP).

O índice de progresso do procedimento é global e dá-nos uma ideia da efectividade da sua aplicação.

Tendo sempre em conta que a filosofia subjacente é a de ZERO DEFEITOS, o índice de progresso para esse desejado estado obtém-se dividindo o número total de IRC = 0 pelo número total de IRC x 100.

No nosso caso, e utilizando a parte de baixo da matriz de síntese da auditoria (Quadro 1), inscrevem-se em cada campo da auditoria inicial o nº total de IRC = 0, o nº total de IRC entre 0 e 50 e o número total de IRC igual ou superior a 50. Respectivamente: 9, 6 e 5. Feitas as contas: $9 \text{ IRC} = 0/20 \text{ IRC avaliados} = 45\%$.

A aplicação prática e o desenho deste procedimento só obtiveram um índice de progresso de 45%, o que representa que as funções auditadas e os responsáveis pela sua aplicação no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade sabem agora objectivamente o que melhorar e quanto melhorar. Por vezes, este exercício leva ao redesenho do próprio procedimento, identificando lacunas na sua descrição, incoerência de algumas responsabilidades atribuídas ou erros que surgem na sua aplicação prática. Mas pode pelo contrário acontecer que os problemas de aplicação estejam relacionados com a inutilidade de algumas tarefas ou a

duplicidade de responsabilidades e funções. Há que as eliminar sob pena de se continuar a arrastar problemas e custos de não-qualidade.

AUDITORIA de SEGUIMENTO

Para não tornar este estudo de caso demasiado extenso optou-se por apresentar apenas a síntese simulada do resultado de uma auditoria de seguimento ao procedimento, ocorrida um mês depois, após a implementação de algumas acções correctivas e/ou acções de melhoria.

O número de IRCs obtidos ($= 0$; entre 0 e 50; $> = 50$) e o índice de progresso (IP) calculado aparecem na parte inferior da síntese da auditoria (Quadro 1).

Como se pode apreciar, o índice de progresso do procedimento nesta segunda auditoria está muito melhorado, pois no balanço final obteve-se um *score* de 70% contra os 45% da auditoria inicial. Mas com esta metodologia de auditoria ao procedimento não são só os resultados globais que se tornam imediatamente visíveis. Não obstante o bom resultado obtido, uma análise mais cuidada indica que a estratégia desenvolvida pela organização para melhorar o desempenho do processo de encaminhamento dos utentes na urgência revela ainda pouca maturidade dos princípios subjacentes ao Sistema da Qualidade que o suporta.

ANÁLISE dos RESULTADOS

Ao analisarmos os progressos feitos desde a auditoria inicial para a auditoria de seguimento, constatamos que:

O número de IRCs = 0, isto é: totalmente conformes, passou de 9 para 14.

O número de IRCs entre 0 e 50 passou de 6 para 1.

No entanto o número de IRC's $> = 50$ mantém-se inalterado.

Quer isto dizer que a organização resolveu praticamente todas as questões menores, e foi graças a essas acções que subiu 20 pontos percentuais no índice de progresso.

No entanto, o número de IRCs com maiores desvios ou não implementados continua inalterado: 5 na primeira

e os mesmos 5 na segunda auditoria.

	Auditoria inicial	Auditoria de seguimento
Nº de IRCs = 0	9	14
Nº de IRCs > 0 e < 50	6	1
Nº de IRCs > = 50	5	5
IP Nº de IRC = 0 / Nº IRC x 100	IP = 9 / 20 x 100 = 45%	IP = 14 / 20 x 100 = 70%

Vamos fazer uma segunda simulação e imaginar que o resultado da segunda auditoria tivesse sido o que se representa esquematicamente a seguir:

O objectivo de um maior número possível de critérios com IRC = 0 (princípio dos ZERO DEFEITOS) ficou ligeiramente à quem do caso anterior. Ainda que neste caso o índice de progresso seja ligeiramente inferior (65%), a restante cotação evidencia que a organização se preocupou sobretudo com os critérios mais problemáticos e que mais poderiam contribuir para um serviço não-conforme prestado aos utentes, porque com um índice de risco do critério superior. O número de IRCs superiores a 50 baixou de 5 para 3, tendo-se verificado ainda uma ligeira descida nos IRCs menos críticos, entre 0 e 50, que baixaram de 6 para 4.

	Auditoria inicial	Auditoria de seguimento
Nº de IRCs = 0	9	13
Nº de IRCs > 0 e < 50	6	4
Nº de IRCs > = 50	5	3
IP Nº de IRC = 0 / Nº IRC x 100	IP = 9 / 20 x 100 = 45%	IP = 13 / 20 x 100 = 65%

A preocupação em atacar os problemas de fundo, para o que é indispensável proceder-se a uma efectiva análise de causas, fica aqui bem patente, e é mais importante para um bom desempenho a curto e longo prazo do que a contabilização de um mero resultado em si, como por este exercício ficou demonstrado.

Se a auditoria de seguimento tivesse tido os resultados apresentados nesta segunda simulação e se esta tendência se confirmasse em relação aos restantes procedimentos auditados, este serviço estaria apto a evoluir para metodologias mais avançadas, nomeadamente de Gestão pela Qualidade Total.

Síntese da Auditoria ao Procedimento

[Quadro 1]

1- PROCEDIMENTO

Designação: Procedimento para Encaminhamento do Utente na Urgência

PQ02

Edição 1

Revisão 0

2- DEPARTAMENTOS IMPLICADOS

Urgência
Consulta externa
Exames complementares

RESPONSÁVEL

Ana Bela

3- CAUSAS DA AUDITORIA: Alteração do processo de encaminhamento e internamento, e reestruturação do serviço

OBJECTIVO DA AUDITORIA: Verificar a conformidade, a adesão dos colaboradores dos diferentes serviços implicados e a adequação das novas medidas tomadas na gestão do encaminhamento

QUEM SOLICITOU: Responsável da Urgência

DATA : 04/09/2002

4- AUDITORES

Teresa Maria
José Manuel

Função:

Médica, Gestora do Manual
Assistente Administrativo

5- PLANIFICAÇÃO

DATAS	03/08	04/08	04/08	04/09	04/09
PREVISÃO	I	V	®	→	®
REALIZADO	I	V	®	→	®

Legenda: Início de Preparação I Análise V Relatório ® Seguimento →

6- BALANÇO

	AUDITORIA INICIAL	AUDITORIA DE SEGUIMENTO
DATA	04/08	04/09
Nº IRC	9	14
Nº 0 > IRC > 50	6	0
Nº IRC > 50	5	5
IP =	9 : 20 = 45%	14 : 20 = 70%

Auditoria ao Procedimento para Encaminhamento do Utente na Urgência (PQ02)

[Quadro 2]

ÁREA A

FORMA (APRESENTAÇÃO)

1 – O PROCEDIMENTO ESTÁ ESCRITO COM O FORMATO DESCRITO NA IT05 01?

CRITÉRIOS

VERIFICAR A CONFORMIDADE COM O PQ01-00

R	C				IRC
	0	4	7	10	
5	X				0

CONTEÚDO

2 – OBJECTIVO?

VERIFICAR SE É CLARO E CONCISO, SE EXPLICA AS FINALIDADES ESPECÍFICAS DO PQ, SE É ÚTIL AO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO

5		X			20
---	--	---	--	--	----

3 – ÂMBITO?

VERIFICAR SE É CLARO O QUE É ABRANGIDO PELO PQ, TIPO DE TRABALHO, LOCAIS DE APLICAÇÃO E LIMITES DA FUNÇÃO

10	X				0
----	---	--	--	--	---

4 – INDICADOR?

VERIFICAR AS REVISÕES EFECTUADAS. QUEM? QUANDO? E PORQUÊ?

10			X		70
----	--	--	---	--	----

5 – DEFINIÇÕES?

VERIFICAR SE ESTÃO DEFINIDOS TODOS OS CONCEITOS QUE POSSAM CAUSAR CONFUSÃO

5	X				0
---	---	--	--	--	---

6 – ABREVIATURAS?

VERIFICAR A LISTA DE ABREVIATURAS

5	X				0
---	---	--	--	--	---

7 – REFERÊNCIAS?

VERIFICAR AS REFERÊNCIAS DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS E SUA ACTUALIZAÇÃO

10	X				0
----	---	--	--	--	---

8 – RESPONSABILIDADES?

VERIFICAR SE ESTÃO DEFINIDAS AS RESPONSABILIDADES E DEVERES DAS PESSOAS OU GRUPOS QUE IMPLEMENTAM O PQ

10		X			40
----	--	---	--	--	----

9 – DESCRIÇÃO?

VERIFICAR SE É EXEQUÍVEL, REALISTA, COMPLETA, CLARA E CONSISTENTE

10		X			40
----	--	---	--	--	----

10 – REGISTOS?

VERIFICAR A LISTA DOS DOCUMENTOS A UTILIZAR PARA CERTIFICAR OU PROVAR QUE AS TAREFAS REFERIDAS NO PQ SÃO REALIZADAS

5	X				0
---	---	--	--	--	---

11 – ANEXOS/FORNULÁRIOS?

VERIFICAR SE ESTÃO PRESENTES TODOS OS DOCUMENTOS QUE SERVEM PARA CERTIFICAR OU PROVAR QUE AS TAREFAS DESCRITAS NO PQ SÃO REALIZADAS

10		X			40
----	--	---	--	--	----

12 – DISTRIBUIÇÃO?

VERIFICAR SE FOI FEITA A DISTRIBUIÇÃO A TODOS OS IMPLICADOS NA IMPLEMENTAÇÃO

10	X				0
----	---	--	--	--	---

Auditoria ao Procedimento para Encaminhamento do Utente na Urgência (PQ02)

[Quadro 2 - cont.]

ÁREA B

APLICAÇÃO PRÁTICA

DESCRIÇÃO DO LOCAL, SERVIÇO OU SECTOR A VERIFICAR A APLICAÇÃO PRÁTICA DO PROCEDIMENTO

LOCAL: URGÊNCIA
DEPARTAMENTO: IDEM

PESSOAS OU GRUPOS
AUDITADOS

____ Resp. dos serviços a auditar

	CRITÉRIOS	R	C	IRC
			0 4 7 10	
13 – AS ENTIDADES DEFINIDAS NA RESPONSABILIDADE TÊM O PROCEDIMENTO PRESENTE E ACTUALIZADO?	RECEBEU? EXTRAVIOU-SE? NÃO CORRESPONDE À ÚLTIMA REVISÃO?	10	X	70
14 – AS ENTIDADES DEFINIDAS NA RESPONSABILIDADE TÊM CONHECIMENTO TOTAL DO PROCEDIMENTO?	NÃO O POSSUI? NÃO O LEU?	10	X	100
15 – AS ENTIDADES DEFINIDAS NA RESPONSABILIDADE APLICAM O PROCEDIMENTO?	VERIFICAR SE O PROCEDIMENTO É APLICADO	10	X	70
16 – OS DOCUMENTOS A SEREM PREENCHIDOS CORRESPONDEM AOS DESCRITOS NO PROCEDIMENTO?	VERIFICAR SE OS DOCUMENTOS UTILIZADOS SÃO EXACTAMENTE OS INDICADOS NO PROCEDIMENTO	10	X	70
17 – O CIRCUITO DOS DOCUMENTOS CORRESPONDE AO DESCRITO NO PROCEDIMENTO?	VERIFICAR SE O CIRCUITO DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS É O INDICADO NO PROCEDIMENTO	10	X	0
18 – O ARQUIVO DOS DOCUMENTOS CORRESPONDE AO DESCRITO NO PROCEDIMENTO?	VERIFICAR SE O ARQUIVO DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS É O INDICADO NO PROCEDIMENTO	10	X	0
19 – TODOS OS INDICADORES DESCRITOS NO PROCEDIMENTO ESTÃO RECOLHIDOS, SÃO TRATADOS E DÃO LUGAR A MEDIDAS CORRECTIVAS?	VERIFICAR O TRATAMENTO E SEGUIMENTO DOS INDICADORES	10	X	40
20 – TODAS AS TAREFAS NÃO CONTEMPLADAS NOS CRITÉRIOS ANTERIORES E DESCRITAS NO PROCEDIMENTO ESTÃO A SER CORRECTAMENTE EXECUTADAS?	VERIFICAR SE TODAS AS TAREFAS DESCRITAS NO PROCEDIMENTO SÃO EXECUTADAS	10	X	40

Registo de Anomalias

Nº do IRC	NÃO-CONFORMIDADE	ACÇÃO	RESPONSÁVEL	DATA LIMITE
IRC 1	A forma como está descrito o objectivo deste procedimento não é clara sobre a sua razão de ser.	Reformular para: definir as regras a adoptar para a orientação adequada do utente durante a sua permanência na urgência, encaminhamento a outros serviços com ou sem retorno à urgência, e alta para domicílio.	Gestor do MQ	30/09/2002
IRC 4	Não foi estabelecido nenhum indicador para as actividades 9 e 10 do fluxograma.	Na actividade 9, formular indicador para controlo do desempenho do correcto encaminhamento do doente para outra instituição. P.e: Número de utentes transferidos com documentação completa / Número total de doentes transferidos num determinado período. Para isso, criar documento de recepção do doente na instituição a jusante, a ser devolvido por esta, atestando a conformidade do encaminhamento (Imp xx-02) Idem para a actividade 10.	Gestor do MQ	30/09/2002
IRC 8	Ainda que a decisão de encaminhar seja do médico, pode ser também assinalada a responsabilidade do auxiliar de acção médica de reencaminhar o utente de regresso à urgência, sem perda de tempo, no fim da actividade 4.	Discutir a pertinência ou não de incluir na coluna central do fluxograma a função de auxiliar de acção médica (AAM) na actividade 4, na medida em que é este que tem a responsabilidade de assegurar que o doente é prontamente reencaminhado para a urgência.	Gestor do MQ	30/09/2002
IRC 9	Nos casos em que há envio a MCDT ou consulta de outra especialidade, não se encontra descrito, nem no PQ02 nem na IT02 (documento de suporte respectivo), a forma como o doente é de novo reenviado à urgência. Existe um hiato na definição de responsabilidades e na forma de executar as tarefas, potenciador de espera desnecessária.	Reanalisar o circuito, identificar possíveis pontos de estrangulamento ou lapsos e completar no procedimento e/ou IT a descrição sumária das actividades em falta.	Gestor do MQ	30/09/2002
IRC 11	Os impressos ou formulário informático indispensáveis à colheita de dados para os indicadores referidos no ponto 3 do PQ02 não se encontram referidos em nenhum dos documentos anexos ou de suporte ao cumprimento do procedimento. É de notar que esta actividade de registo da hora da chamada face à hora da chegada não consta da descrição de actividades.	Discutir a pertinência ou não de incluir no fluxograma a actividade de registo de horas, ou a indicação de que a mesma se encontra descrita noutra procedimento do Sistema de Gestão da Qualidade.	Gestor do MQ	30/09/2002

Registo de Anomalias


Nº do IRC	NÃO-CONFORMIDADE	ACÇÃO	RESPONSÁVEL	DATA LIMITE
IRC 13	Dos seis prestadores de serviço entrevistados, só dois tinham consigo o procedimento e dispunham da versão actualizada de todos os impressos e documentos anexos.	Proceder à distribuição do procedimento a todos os implicados e analisar se é necessário fazer alguma sessão de sensibilização para motivar para a sua correcta aplicação. Recolher as versões obsoletas dos impressos e documentos anexos.	Gestor do MQ	30/09/2002
IRC 14	Dos quatro médicos entrevistados, só um tinha conhecimento do objectivo do procedimento, mas afirmou não ter tido ainda tempo para o analisar. Constatou-se haver falhas recorrentes no encaminhamento para a consulta de oftalmologia com atrasos desnecessários e, num ou outro caso, atritos evitáveis.	Proceder à apresentação do objectivo e vantagens da adopção de uma prática normalizada no encaminhamento dos utentes.	Director do serviço	15/10/2002
IRC 15	Alegando sobrecarga de trabalho, nem sempre uma criança que vai fazer um electroencefalograma é acompanhada por um enfermeiro conforme indicado na IT02.	Incentivar a boa prática recomendada, reduzindo ao mínimo as situações em que é o AAM e não o enfermeiro que acompanha a criança. Reanalisar a situação daqui a dois meses.	Enfermeiro-chefe	15/10/2002
IRC 16	Constatou-se a utilização de um formulário para registo dos exames auxiliares solicitados, não referido no procedimento, que acompanha o impresso DO2, e cuja utilidade não foi evidenciada.	Abolir a utilização deste formulário, porque o sistema informático já contém a informação que nele estava a ser inscrita.	Responsável administrativo	30/09/2002
IRC 19	Desde o início do mês de Agosto que a actividade de registo dos dados para monitorização dos indicadores citados no PQ02 foi suspenso por motivo de férias.	Dado tratar-se do primeiro ano em que se está a proceder à recolha e tratamento destes indicadores é imprescindível proceder à sua monitorização ininterrupta. A recolha vai ser retomada.	Responsável administrativo	imediatamente
IRC 20	O microfone de chamada dos doentes pelo médico (actividade 1) está avariado, provocando confusão e ansiedade nos utentes e acompanhantes, que não conseguem perceber o nome.	Solicitar reparação urgentemente do microfone. Entretanto, solicitar aos AAM que se desloquem à sala de espera para chamar os doentes sempre que necessário.	Responsável administrativo	imediatamente

Auditores Teresa Maria
José Manuel

Serviço
Urgência

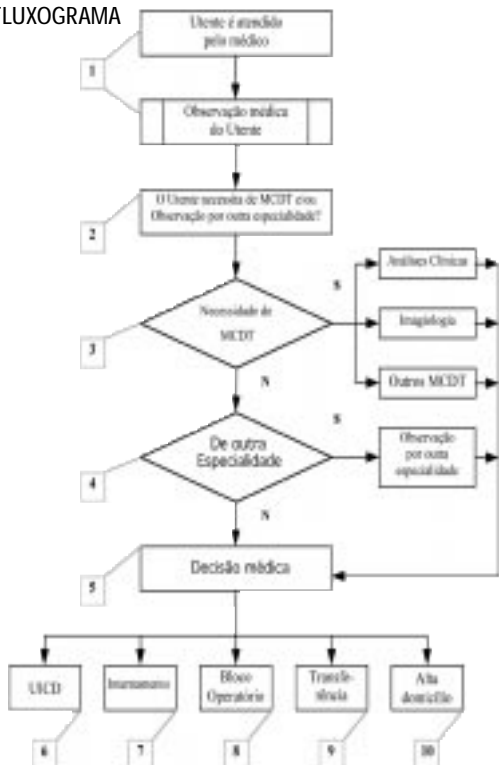
Data
04/08/2002

Exemplo de Procedimento utilizado na simulação

MANUAL DA QUALIDADE PARA A ADMISSÃO E ENCAMINHAMENTO DE UTENTES		Edição 01 Revisão 0	
Título: Procedimento para Encaminhamento do utente na Urgência		Página 1/3	PQ02
1. OBJECTIVO: Definir as regras e procedimentos a adoptar durante a passagem e permanência de utentes na urgência.		2. ÂMBITO: Aplica-se ao encaminhamento de utentes na urgência.	
3. INDICADORES: Número de utentes com prioridade 1 cuja observação clínica ocorreu 0 minutos após triagem/Número total de utentes observados (num determinado período); Número de utentes com prioridade 2 cuja observação clínica ocorreu 20 minutos após triagem/Número total de utentes observados (num determinado período); Número de utentes com prioridade 3 cuja observação clínica ocorreu 90 minutos após triagem/Número total de utentes observados (num determinado período); Número de utentes com prioridade 4 cuja observação clínica ocorreu 180 minutos após triagem/Número total de utentes observados (num determinado período).			
4. DEFINIÇÕES: Encaminhamento: Orientação adequada da situação clínica no circuito que vai desde a triagem até à alta para o domicílio; Observação médica: Procedimento padronizado para determinar o bem-estar físico, mental e social do doente, que implica investigações adequadas, incluindo um registo completo de achados e recomendações prestadas ao doente; MCDT: Exame/teste que fornece resultados necessários ao estabelecimento de um diagnóstico; UICD: Conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde são assistidos os doentes que, embora não estando em estado crítico, necessitam de vigilância organizada e sistemática e/ou em que seja previsível a alta antes das 24 horas; B.O.: Unidade orgânica-funcional constituída por um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos vocacionados para a prestação de tratamento cirúrgico ao indivíduo; Internamento: Conjunto de serviços destinados a situações em que os cuidados de saúde são prestados a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de pelo menos uma noite; Alta: Fim da permanência de um doente numa unidade de um hospital, resultante de uma das seguintes situações: Saída com parecer médico favorável (abrange a saída para o domicílio, ambulatório do hospital, transferência para outra unidade do hospital e transferência para outra instituição), óbito e saída contra parecer médico; Transferência: Saída (alta) de um doente de um estabelecimento de saúde transitando para outra instituição.			
5. REFERÊNCIAS: 1. Lei n.º 48/90, de 90.08.24 - Lei de Bases da Saúde 2. Dec. Lei n.º 24/84, de 84.01.16 - Estatuto Disciplinar 3. Dec. Lei n.º 135/99, de 99.04.22 - Modernização Administrativa 4. Dec. Lei 54/92, de 92.04.11 - Isenção Taxas Moderadoras 5. Circ. Inf. n.º 1, de 98.03.09/IGIF - Normativo sobre Migrantes 6. Desp. Conj. n.º 315, de 97.08.28/SES - Normativo sobre Migrantes 7. Dec. Lei n.º 52/00, de 00.04.07 - Cartão Nacional de Utente 8. Circ. Norm. n.º 2, de 00.06.21/DGS - Cartão Nacional de Utente 9. Circ. Norm. n.º 7/NAI, de 92.08.19/DGS - Receituário médico 10. Port. 355/97, de 97.05.28 - Livro de reclamações 11. Circ. Inf. n.º 25, de 98.05.18 - Regulamento Serviço Urgência 12. Regras relativas a transportes de utentes em ambulância			
ELABORADO _____ .2002.03.20	REVISTO _____ .2002.04.23	APROVADO _____ 2002.05.15	



6. FLUXOGRAMA



Responsabilidade

- 1 Médico
- 2 Médico
- 3 Médico
- 4 Médico
- 5 Médico
- 6 Médico
- 7 Médico
- 8 Médico
- 9 Médico
- 10 Médico

Descrição

- 1 O médico de serviço à URG chama o utente, seguindo a ordem estabelecida pela atribuição do grau de prioridade, e inicia a observação clínica;
- 2 Se o médico decidir solicitar algum MCDT o procedimento a adoptar será de acordo com o tipo de exame - Análises clínicas, Raios x, ecografias, etc.
- 3 - IT02-01;
- 4 Se o médico decidir solicitar o apoio de outras especialidades, o médico/enfermeiro efectua o contacto telefónico com o médico de serviço da especialidade pretendida, a fim de se deslocar à URG para observar o utente. No caso de ser necessária a observação pela especialidade de Oftalmologia ou Estomatologia, o utente é encaminhado para a Consulta Externa, acompanhado de um Auxiliar de Acção Médica;
- 5 De acordo com o resultado da avaliação clínica do utente o médico toma decisão sobre o seu encaminhamento;
- 6 Utente encaminhado para a Unidade de Internamento de Curta Duração - IT02-02;
- 7 Utente encaminhado para o Internamento - IT02-02;
- 8 Utente encaminhado para o Bloco Operatório - IT02-02;
- 9 Utente encaminhado para outra Instituição Hospitalar - IT02-02;
- 10 Utente com alta para o domicílio - IT02-02;

Documento/Impresso

- 3 Modelos:
DO 2;
DO 38;
DO 39;
DO 40;
DO 44;
DO 36;
DO 75;
IT02-01
- 5 IT02-01
DO84
- 6 DO104
DO272
DO10
DO8
- 7 DO104
DO5
DO10
DO272
DO8
DO99
- 8 DO8
DO10
DO22
DO99
DO104
DO272
- 9 DO41
DO46
- 10 IT02-02

ELABORADO _____ 2002.03.20

REVISTO _____ 2002.04.23

APROVADO _____ 2002.05.15




7. ANEXOS:

- Anexo 1 - Inscrição na Urgência Modelo DO248
- Anexo 2 - Inscrição na Urgência Modelo DO249
- Anexo 3 - Aviso de pagamento de taxas moderadoras Modelo informatizado
- Anexo 4 - Declaração de presença Modelo informatizado
- Anexo 5 - Receituário médico - SNS Modelo 321.01/10
- Anexo 6 - Receituário médico - Subsistemas/Particulares Modelo DO2
- Anexo 7 - Requisição de MCDT - Análises clínicas - diversas Modelo DO38
- Anexo 8 - Requisição de MCDT - Análises clínicas - urina Modelo DO39
- Anexo 9 - Requisição de MCDT - Análises clínicas - sangue/bioquímica Modelo DO44
- Anexo 10 - Requisição de MCDT - Análises clínicas - hematologia e sorologia Modelo DO45
- Anexo 11 - Requisição de MCDT - Pedido de transfusão Modelo DO75
- Anexo 12 - Requisição de MCDT - Imagiologia Modelo DO36
- Anexo 13 - Requisição de Consulta Externa Modelo DO84
- Anexo 14 - Boletim de transferência de doentes Modelo DO41
- Anexo 15 - Requisição de ambulância Modelo DO46
- Anexo 16 - Impresso para informação clínica Modelo DO50
- Anexo 17 - Impresso para identificação de SNS/Subsistemas de Saúde Modelo DO33
- Anexo 18 - Impresso para identificação de Acidentes de Trabalho/Pessoais Modelo DO59
- Anexo 19 - Impresso para identificação de Acidentes de Viação Modelo DO60
- Anexo 20 - Manual do Utilizador do módulo informático da Urgência

ELABORADO _____ 2002.03.20

REVISTO _____ 2002.04.23

APROVADO _____ 2002.05.15

The background is a solid light blue color. It features several abstract geometric elements: a large, faint, light blue shape resembling a stylized 'L' or a step-like structure in the center; a grid of small dark blue dots in the upper left and lower right; and various thin, dark blue lines and rectangles scattered across the page, some forming a partial frame or grid.

A auditoria
ao procedimento
reforça
a determinação
e a confiança
na implementação
do Sistema
da Qualidade