

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Maria José de Freitas Duarte

**ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO
FONOAUDIOLÓGICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR: uma
experiência em hospital privado**

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

**SÃO PAULO
2015**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Maria José de Freitas Duarte

ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO
FONOAUDIOLÓGICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR: uma
experiência em hospital privado

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

SÃO PAULO
2015

Maria José de Freitas Duarte

**ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO FONAUDIOLÓGICOS NO
CONTEXTO HOSPITALAR: uma experiência em hospital privado**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

Aprovada em: ____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, José Rocildo de Freitas, in memoriam, que sempre nos incentivou a estudar, e por ser o meu exemplo de honestidade.

Ao meu marido, Cesar C. L. Duarte, pelo apoio, compreensão e auxílio em todas as horas.

A minha neta, Isabela, pelo amor desinteressado e desmedido que me fortalece e me dá felicidade.

Ao meu filho, Rodrigo e minha nora Lilian, pelo carinho, incentivo e boas risadas.

A minha Mãe, Luisa, pelos ensinamentos e amparo que me fortalecem.

Aos meus irmãos, pelas boas energias e torcida de sempre em minhas realizações.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Luiz Augusto de Paula Souza, pela oportunidade, pela confiança, pela orientação, pelos conhecimentos compartilhados, que foram além dos científicos, os quais levarei para a vida toda.

Ao Dr. George Schahin, pela confiança, apoio e incentivo, que me permitiram avançar como profissional e chegar até esta tese.

Aos membros da banca examinadora pelas críticas e colaborações para conclusão deste trabalho.

As minhas companheiras de trabalho, Ana Márcia e Samylla, pela confiança e paciência com minhas ausências; pela lealdade, sensibilidade e companheirismo.

A todos os colegas e equipes do Hospital Santa Paula, pelo compromisso que compartilhamos ao longo dos trabalhos de acreditação no Hospital.

À Eloisa, gerente de atendimento do Hospital, com quem pude contar em momentos importantes da pesquisa.

A todos os meus professores da PUC-SP, pelas contribuições, sugestões e discussões nas aulas; por terem me sensibilizado para um cuidado humanizado aos pacientes.

À PUC-SP, pelo acolhimento e pela inspiração na busca por um mundo mais digno e justo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Alzhe	Alzheimer
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
AVCH	Acidente Vascular Hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Isquêmico
CA	Câncer
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CCHSA	<i>Canadian Concil on Health Service Accreditation</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CRFa	Conselho Regional de Fonoaudiologia
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTA	Centro Técnico de Acreditação
DERAC	Departamento de Regulação Avaliação e Controle
DE	Disfagia Esôfagica
DI	Disfagia Iatrogênica
DML	Disfagia Mecânica Leve
DMG	Disfagia Mecânica Grave
DMM	Disfagia Mecânica Moderada
DNL	Disfagia Neurogênica Leve
DNM	Disfagia Neurogênica Moderada
DNPG	Disfagia Neurogênica Progressiva Grave
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ELA	Esclerosa Lateral Amiotrófica
FENACEG	Federação Nacional de Empresas de Seguros e de Capitalização
FLAH	Federação Latino Americana de Hospitais
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca

ICC	Insuficiência Coronariana Crônica
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
INC	Instituto Nacional do Câncer
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
ISSO	<i>International Organization Standardization</i>
ITU	Infecção do Trato Urinário
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitalar</i>
MS	Ministério da Saúde
NBR	Normas Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
OPSHospitales	Organização Prestadora de Serviços Hospitalares
OPSS	Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
PAHO	<i>Pan Americana Health Organization</i>
Park	Parkinson
PNH	Política Nacional de Humanização
PGAQS	Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
POP	Protocolo Operacional Padrão
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SUS	Sistema Único de Saúde
TUSN	Tumor do Sistema Nervoso
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

A tese analisa a organização de processos de trabalho fonoaudiológicos em Hospital Geral privado da cidade de São Paulo, considerando as avaliações externas às quais este se submete sistemática e periodicamente, a saber: Organização Nacional de Acreditação (ONA), Joint Commission e Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). A pesquisa teve dois objetivos complementares: caracterizar a demanda atendida pela Fonoaudiologia durante os anos de 2013 e 2014; e apresentar os fluxos de trabalho e de interação da Fonoaudiologia na equipe multiprofissional de saúde do hospital para dar conta de tal demanda. Tais dimensões ainda não foram investigados pela Fonoaudiologia brasileira, o que confere um sentido inédito ao estudo. O texto está organizado em quatro partes: uma introdução conceitual; método; apresentação dos resultados; discussão e conclusões. A parte conceitual faz um panorama sobre a avaliação e a busca pela qualificação da atenção hospitalar no Brasil; apresenta os processos de acreditação hospitalar, em especial aqueles com os quais o Hospital da pesquisa voluntariamente se compromete; e contextualiza a Fonoaudiologia nesse universo. Método: a pesquisa tem natureza descritiva e se configura como um levantamento em dois tempos: 1- levantamento e apresentação dos fluxos e processos de trabalho construídos pela Fonoaudiologia, juntamente com a Equipe Multiprofissional do Hospital, para cuidar dos pacientes avaliados e reabilitados. 2- levantamento e caracterização da demanda atendida pela Fonoaudiologia nos anos de 2013 e 2014. As fontes de dados da pesquisa foram: o sistema de informação do Hospital (Tasy); os registros no departamento de Fonoaudiologia; a percepção e a leitura da pesquisadora (autora da tese) em função da experiência de trabalho no referido Hospital. Apresentação dos Resultados: dada a natureza do trabalho fonoaudiológico no Hospital, destaca-se a avaliação e reabilitação da disfagia, com caracterização dos fluxos, da organização e da construção dos procedimentos e protocolos operacionais padrão (POPs), que são validados pelas Agências Acreditadoras e pela Gestão Hospital. Os dados relativos à demanda atendida são tratados por meio de estatística descritiva. Os fluxos e processos de trabalho são apresentados em diagramas de atividades e/ou relações da Fonoaudiologia com os outros setores e categorias profissionais do Hospital. A parte final, destinado a discussão dos resultados e às conclusões da pesquisa, aponta potencialidades e desafios aos processos de trabalho fonoaudiológicos no Hospital sob a lógica da avaliação externa empreendida pelas referidas Agências Acreditadoras.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar; Avaliação Hospitalar; Fonoaudiologia; Disfagia.

ABSTRACT

This paper analyzes the process organization of speech pathology therapy work in a private general hospital in the city of São Paulo, considering the external evaluations to which this applies systematically and periodically, to be known: National Accreditation Organization (ONA), Joint Commission and Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). The research had two complementary objectives: characterize the demand for speech therapy during the years of 2013 and 2014; and to present the workflow and interaction of speech therapy in interdisciplinary hospital health team to attend such demand. The dimensions were not investigated yet by Brazilian speech therapy, and it gives a new sense for the study. The text is organized in 4 parts: conceptual introduction, method, results presentation, discussion and conclusion. The first is a panoramic about evaluation and the search for qualification of hospital attention in Brazil; presents the hospital accreditation process, especially those with which the researched Hospital voluntarily is committed to; and contextualizes the speech therapy in this universe. Method: the research is described and configured in two times: 1- search and presentation of the workflow and processes built by speech therapy, in partnership with the hospital interdisciplinary team, to take care of evaluated and rehabilitated patients; 2- search and characterization of the demand attended by speech therapy in 2013 and 2014. The databases of the research were: Hospital Information System (Tasy); registers of speech therapy department; the perception and reading of the researcher (author) because of the experience at referred hospital. Results presentation: due to the essence of speech pathology therapy work at the hospital, we can mention evaluation and rehabilitation of dysphagia, with flow characterization, organization and construction of procedures or operational standard protocols (POPs), validated by Accreditation Agencies and by Hospital Management. Information related to demand are treated as descriptive statistics. The workflow is presented in activities' diagram and/or relationship of speech therapy and other professional sectors and categories at the Hospital. The final part, dedicated to results discussion and research conclusions, indicated potentialities and challenges to speech pathology therapy workflow and processes at the Hospital under external evaluation made by referred agencies.

Keywords: Hospital Accreditation, Hospital Evaluation, Speech Therapy, Dysphagia.

RÉSUMÉ

Cet article analyse l'organisation des processus de travail logopédiste dans un hôpital général privé de la ville de São Paulo, compte tenu des évaluations externes à laquelle cela se applique systématiquement et périodiquement, à être connu: Organisation nationale d'accréditation (ONA), de la Commission mixte et le Conseil canadien sur agrément des services de santé (CCASS de). La recherche avait deux objectifs complémentaires: caractériser la demande de logopédie pendant les années de 2013 et 2014; et présenter le flux de travail et l'interaction des logopédie en équipe interdisciplinaire de santé de l'hôpital pour assister à une telle demande. Les dimensions ne sont pas encore étudiées par logopédie brésilien, et il donne un nouveau sens pour l'étude. Le texte est organisé en quatre parties: conceptuelle introduction, méthode, la présentation des résultats, discussion et conclusion. La première est une évaluation panoramique et la recherche de la qualification des soins hospitaliers au Brésil; présente le processus d'accréditation de l'hôpital, notamment ceux avec lesquels l'hôpital recherché volontairement se engage à ; et contextualise logopédie dans cet univers. Méthode: la recherche est décrite et configurée en deux temps: 1- la recherche et la présentation du workflow et des processus construits par logopédie, en partenariat avec l'équipe interdisciplinaire de l'hôpital, de prendre soin des patients évalués et réhabilités; 2- la recherche et la caractérisation de la demande en présence de logopédie en 2013 et 2014. Les bases de données de la recherche étaient: Système d'Information Hospitalier (Tasy); registres de service logopédie; la perception et la lecture du chercheur (auteur) en raison de l'expérience à l'hôpital visé. Présentation des résultats: en raison de l'essence du travail logopédiste à l'hôpital, on peut citer l'évaluation et la réhabilitation de dysphagie, avec la caractérisation des flux, de l'organisation et de la construction de procédures ou de protocoles standards opérationnels (POP), validée par les organismes d'accréditation et en gestion hospitalière. Les informations relatives à la demande sont traitées comme des statistiques descriptives. Le flux de travail est présenté dans un diagramme d'activités et / ou de la relation de logopédie et d'autres secteurs et catégories professionnelles à l'hôpital. La dernière partie, consacrée aux résultats de discussion et de recherche conclusions, a indiqué des potentialités et les défis à logopédiste flux et des processus à l'hôpital sous évaluation externe accomplis par les organismes visés.

Mots-clés: Hôpital Accreditation, évaluation Hôpital, logopédiste, dysphagie.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Atendimento Fonoaudiológico dos pacientes que passam por avaliação da deglutição.....	46
Figura 2- Arquitetura organizacional do trabalho em equipe multidisciplinar com destaque para Fonoaudiologia.....	48
Figura 3- Fluxo de Procedimentos para Gastrostomia com equipe multidisciplinar.....	49
Figura 4 - Fluxograma de desmame do aporte nutricional por meio da Sonda Naso Enteral (SNE) que foram gerados tres POPs da fonoaudiologia com Nutrição, enfermagem e equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN).....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e percentual de pacientes em acompanhamento pelo departamento de Fonoaudiologia, segundo características de sexo e faixa etária referente aos anos 2013 e 2014.....	54
Tabela 2 – Número e percentual de registros com os diagnósticos atribuídos em cada registro (por ano).....	57
Tabela 3 – Número e percentual de registros, segundo diagnóstico de Disfagia.....	58
Tabela 4 – Número e percentual de registros segundo especialidade que realizou o encaminhamento em relação aos diagnósticos de Disfagia da Fonoaudiologia (2013)	60
Tabela 5 – Número e percentual de registros segundo especialidade que realizou o encaminhamento em relação ao diagnóstico de Disfagia da Fonoaudiologia (2014).....	61
Tabela 6 – Distribuição do número de sessões realizadas segundo tipo de Disfagia.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de registros distribuídos ao longo dos meses, segundo ano.....	53
Gráfico 2 - Sexos Masculino e Feminino distribuídos por numero de pacientes avaliados em 2013 e 2014.....	54
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por faixa etária nos anos de 2013 e 2014, totalizando 1161 registros.....	55
Gráfico 4 – Percentual de encaminhamentos para o departamento de Fonoaudiologia, segundo especialidades medicas.....	56
Gráfico 5: Distribuição dos pacientes segundo diagnóstico de Disfagia em 2013 e 2014.....	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 - AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO HOSPITALARES.....	19
1.1 - Breve histórico da Acreditação Hospitalar na América Latina e no Brasil.....	22
1.2 - Processos de trabalho em saúde e Acreditação Hospitalar.....	27
1.3 - Organizações acreditadoras do Hospital da pesquisa.....	35
1.4 - A Fonoaudiologia nos hospitais.....	37
2 – MÉTODO.....	40
3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
3.1 - Os Fluxos de Trabalho Fonoaudiológico no Hospital.....	45
3.2 - Algumas características da demanda fonoaudiológica no Hospital do estudo.....	52
4 - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXO: Autorização para realização da pesquisa no Hospital.....	77

INTRODUÇÃO

A escolha do assunto e do tema desta tese deve-se ao interesse em analisar a organização do trabalho fonoaudiológico no contexto hospitalar, considerando processos de acreditação (cada vez mais frequentes nesse universo), particularmente do ponto de vista da experiência de atuação fonoaudiológica em um hospital geral privado da cidade de São Paulo.

Na gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial no plano hospitalar, há necessidade de que gestores e profissionais de saúde atuem em variadas frentes, multiprofissionais e/ou interdisciplinares, com vistas ao atendimento das demandas e à qualidade da assistência ao seu público-alvo. Isso pode parecer óbvio, mas, em verdade, configura um enorme desafio diante da cultura ainda predominante nesse componente da atenção à saúde: fragmentada, tecnicizada, às vezes com excessiva hierarquização do trabalho *nos* e *entre* setores e especialidades.

Além das relações diretas entre profissionais e destes com os pacientes, uma série de fatores e dimensões institucionais, técnico-científicas e normativas incide sobre os hospitais, indicando, induzindo ou mesmo determinando formas de gestão e de oferta de cuidados, por exemplo: normativas das políticas do SUS para hospitais; variações de modelos de gestão e de cuidado; variedade de procedimentos e de práticas advindas do avanço das fronteiras do conhecimento e das tecnologias; aspectos financeiros e de mercado no caso dos hospitais privados, além das particularidades e questões corporativas das categorias profissionais que neles trabalham.

Nos hospitais privados, essas e outras variáveis somam-se a perspectivas administrativas e de gestão empresarial no delineamento dos parâmetros e critérios das Agências Acreditoras reconhecidas no Brasil para avaliar e propor ajustes na gestão e nos cuidados ofertados pelos profissionais, incluindo aí, entre outros, aspectos administrativos, técnicos, clínicos, de satisfação dos usuários, de ambiência, de redução de riscos para infecção hospitalar.

As Agências Acreditoras constituem uma estratégia de avaliação externa. Ainda que a adesão dos hospitais a esse tipo de avaliação seja voluntária, sua popularização e seu prestígio (sobretudo mercadológico) fazem com que muitos

hospitais se organizem para conseguir certificação, uma vez que quanto maior a nota ou conceito dado pelas Agências, maior a possibilidade de usá-lo como uma espécie de “moeda” na disputa de mercado e de prestígio no setor.

As creditações, com frequência, operam por meio da chamada Gestão da Qualidade, em sentido próximo às acepções dadas pelo mercado e pelo mundo corporativo às expressões: padronização das ações e rotinas da produção de produtos e/ou serviços; estabelecimento de controles e formas de monitoramento e avaliação das cadeias de produção.

Considerando tal contexto, esta pesquisa descreve uma experiência fonoaudiológica de inserção e de ação em um hospital privado avaliado por três Agências Acreditoras. O estudo tem dois objetivos complementares: sistematizar os fluxos de trabalho e de interação da Fonoaudiologia na equipe multiprofissional de saúde do Hospital da pesquisa; e caracterizar a demanda atendida pela Fonoaudiologia a partir dos referidos fluxos, e as formas pelas quais aquela demanda é encaminhada ao setor de Fonoaudiologia. Nesse duplo objetivo reside o caráter inédito do estudo, uma vez que, na revisão bibliográfica, não foram encontradas publicações que discutam, a partir do olhar fonoaudiológico, processos de trabalho hospitalares que respondam à avaliação externa por Agências Acreditoras.

A mencionada experiência foi protagonizada pela pesquisadora que, por meio da sistematização da reflexão sobre ações e procedimentos de trabalho e de articulação da Fonoaudiologia ao conjunto das dinâmicas hospitalares, coloca em discussão alguns dos aspectos e tendências da organização e da operacionalização do trabalho hospitalar.

Adicionalmente, é importante ressaltar que, ao aguçar o olhar sobre a clínica fonoaudiológica praticada no Hospital da pesquisa, mais nitidamente se destacou a relevância em assumir os pacientes como centros irradiadores dos processos de trabalho multiprofissional e/ou interdisciplinar da equipe de saúde. Porém, nem sempre é possível alcançar essa meta, em razão das dificuldades advindas de tradições hospitalares já mencionadas, e porque as estratégias de organização dos processos de trabalho ainda precisam avançar muito para atingir tal condição.

Atualmente, as boas práticas de saúde, aí incluídas as estratégias de humanização dos hospitais, reconhecem que não basta tratar os fatores estritos dos

agravos à saúde que motivaram a intervenção hospitalar; é fundamental criar condições para entrar em contato com dimensões da vida e do sofrimento dos pacientes e de seus familiares, pois elas respondem pela adesão ao tratamento, pelos laços de confiança e, conseqüentemente, pela resolutividade dos cuidados ofertados aos doentes.

Significa dizer que, também na Fonoaudiologia, é necessária escuta ao sujeito acometido por transtornos fonoaudiológicos; transtornos que, em geral, são secundários aos quadros que levaram à internação hospitalar. Tal escuta sugere abertura ao diálogo multiprofissional e interdisciplinar, bem como disponibilidade às variações na lógica dos processos de trabalho em saúde, que devem ocorrer em função dos casos concretos atendidos nos hospitais.

Em síntese, trata-se sempre de problematizar condutas, fluxos e procedimentos orientados estritamente pela doença e/ou pela organização formal do trabalho, em favor da integralidade do cuidado aos pacientes; o que pede competência técnica, mas também acolhimento, análise e aprimoramento dos processos de trabalho hospitalares e das formas de relação entre gestores, profissionais e usuários do hospital.

Investigar uma experiência fonoaudiológica nesse contexto, como foi dito, é inédito na área, mas sugere ainda outro desafio: o trabalho hospitalar é, geralmente, pensado a partir e em função da atividade médica, como uma espécie de eixo organizador da lógica de todo processo. Se essa tendência é plenamente justificável pela centralidade da atividade médica na atenção hospitalar, a necessidade multiprofissional e interdisciplinar para a oferta de cuidados mais abrangentes e qualificados tem ampliado o campo de diálogo e de interações na conformação dos processos de trabalho hospitalares, permitindo que outras categorias profissionais (Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia...) tomem a palavra e se arrisquem na tarefa de contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Este estudo aí se inclui.

Logo após o término de minha dissertação de mestrado, também realizada na PUC-SP sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, venho investigando processos de avaliação, tratamento e atendimento multiprofissional à disfagia em âmbito hospitalar. Essa trajetória diferenciou-se dos trabalhos com quadros disfágicos mais comumente realizados em contextos hospitalares ao pensar e atuar nos transtornos alimentares também em função das dinâmicas afetivas de

pacientes e familiares e/ou cuidadores. Segundo a equipe de saúde do hospital (o mesmo do atual estudo), isso ajudou a compreender aquelas problemáticas de saúde e levou a aprimoramentos na lógica e na efetuação de processos de trabalho, tanto em termos de planejamento, quanto de execução de condutas e procedimentos.

No doutorado, a questão da disfagia continua angular ao cuidado ofertado pela Fonoaudiologia no hospital, uma vez que esse agravo é numeroso, recorrente e, sobretudo, porque a reabilitação funcional dos transtornos alimentares é feita direta e integralmente durante a internação hospitalar, sendo importante à estabilização clínica dos pacientes. Outros agravos fonoaudiológicos, embora sejam avaliados e, em alguns casos, iniciem atendimento fonoaudiológico no hospital, frequentemente e em razão de suas naturezas, são acompanhados mais efetivamente depois da alta hospitalar. Por isso, o presente estudo se centrou nos processos de trabalho fonoaudiológico, em suas relações multiprofissionais, no âmbito dos fluxos de avaliação e tratamento da disfagia, analisando as formas pelas quais se articulam com os agravos primários à saúde.

Dito isso, a tese está organizada do seguinte modo:

O primeiro capítulo: Processos de Trabalho, Qualidade e Acreditação Hospitalar, é destinado à revisão bibliográfica, sendo dividido em três partes: 1.1- Um breve panorama da busca pela qualificação da atenção hospitalar que, no Brasil, é relativamente recente, impulsionada pela redemocratização do país e pelo SUS. Igualmente, apresentamos a acreditação hospitalar, na qualidade de estratégia assumida pelo próprio SUS para estimular o aprimoramento da instituição hospital e dos processos de cuidado em saúde sob sua responsabilidade. 1.2 - Também no primeiro capítulo, situamos o hospital no qual a pesquisa foi realizada em termos dos processos de acreditação com os quais se compromete, delineando as linhas gerais que orientam a organização e a gestão da instituição e dos cuidados que promove. 1.3 - Por fim, apontamos para a Fonoaudiologia no escopo do hospital e sob os processos de trabalho em equipe e de acreditação. Pontuamos aqui a ausência de publicações fonoaudiológicas relacionadas à acreditação hospitalar; lacuna que a presente pesquisa pretende ajudar a começar a preencher.

O segundo capítulo é destinado ao método da pesquisa, à sua natureza descritiva, desenhada como levantamento, cujas fontes são o sistema de informação do Hospital (Tasy) e os registros do Setor de Fonoaudiologia.

O terceiro capítulo é de apresentação do levantamento realizado, em síntese: fluxos dos processos de trabalho relativos aos cuidados ofertados pela especialidade nas relações com a equipe multiprofissional de saúde; e caracterização estatística da demanda consolidada do Setor de Fonoaudiologia dos anos de 2013 e 2014.

O quarto e último capítulo traz a discussão dos resultados e as conclusões da pesquisa, apontando, a partir da experiência da Fonoaudiologia no Hospital da pesquisa, potencialidades, desafios e limites dos modelos de avaliação externa adotados pelo hospital.

1 - AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO HOSPITALARES

Em primeiro lugar, e por mais que pareça óbvio, é necessário mencionar que o hospital e seus processos de trabalho são complexos, multifacetados e dependem, para funcionar, de uma série de fatores e dimensões: assistenciais, tecnológicos, corporativos, administrativos, financeiros, etc. Cecílio e Merhy (2003) destacam que o trabalho no hospital é, necessariamente, multidisciplinar, congregando um conjunto variado de atividades, realizadas por um grande número de profissionais, com diferentes formações, funções e níveis hierárquicos. Isso possibilita ao hospital funcionar 24 horas por dia, todos os dias, cumprindo com maior ou menor consistência o papel ou a “missão” que lhe é destinada e o legitima socialmente.

Os autores ainda afirmam que a cultura institucional do hospital, embora peculiar, reitera acentuadamente relações de poder, de saber e de dominação frequentes em nossa sociedade. Não é intenção aprofundar esse debate aqui, apenas demarcar o contexto que permeia os processos de trabalho dos fonoaudiólogos no hospital e, no caso específico, em um hospital privado.

Dizer que a pesquisa ocorreu em um hospital privado não é um detalhe; ao contrário, diferentes posições teóricas e metodológicas sobre os processos de trabalho e a avaliação dos hospitais no SUS, a rigor, não foram definidas em função da condição pública ou privada dos hospitais ou de suas gestões, mas razões mercadológicas, cultura institucional, formas de contratualidade, arranjos de trabalho, vínculo empregatício dos trabalhadores etc., possuem muitas diferenças em hospitais públicos e privados.

Significa dizer que posições e modos de pensar a gestão e os cuidados ofertados pelos hospitais impactam as formas de avaliar e de trabalhar para qualificar a assistência à saúde que realizam. Nos últimos anos, após o advento do SUS, um campo de debate e de disputas se desdobra também em relação aos processos de avaliação dos hospitais. Em linhas gerais e de acordo com Cecílio (2011), as posições em disputa também poderiam ser divididas em dois grupos: as que se configuram pela externalidade e as que se definem pela ênfase na internalidade da avaliação hospitalar.

Respectivamente, e como os termos sugerem, há um conjunto de abordagens e práticas avaliativas que operam de fora para dentro dos hospitais

(externalidade), a partir de modelos e dimensões avaliativas pré-estabelecidas, definidas por indicadores, tais como: eficiência dos serviços; segurança e satisfação dos usuários e trabalhadores; economicidade das atividades; incorporação tecnológica; infraestrutura física; etc. Por outro lado, há também pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde que, sem negar a possibilidade de avaliações externas, defendem, principalmente na gestão e nas práticas de cuidado, a construção de processos avaliativos que, a partir de indicadores, princípios e parâmetros do SUS, se realizem em função das dinâmicas e das condições concretas e singulares de cada hospital (internalidade), como construção coletiva e corresponsável dos atores que participam diretamente dos processos de gestão e de cuidado: gestores, trabalhadores e usuários.

As políticas e normativas do SUS, que englobam a avaliação de hospitais, apontam e, de certa forma, admitem perspectivas e elementos externos e internos de avaliação. Em 2001 e 2002, o Ministério da Saúde (2004) criou e aplicou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), caracterizado por pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação.

O PNASH também aplicava um roteiro técnico, sob responsabilidade dos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos considerados prioritários. Seu objetivo principal era avaliar os serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DERAC), optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que possa ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde a partir de 2004/2005, passando a denominá-lo PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PNASS (op. cit., p. 3).

Tanto no PNASS quanto na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP, cuja portaria é de 2013), e em proposições da Política Nacional de Humanização (PNH) para os hospitais, observa-se, nos processos de trabalho e de cuidado à saúde, a valorização da construção ascendente das avaliações; ou seja, norteadas por parâmetros e critérios de qualidade assumidos pelo SUS, a ênfase está

na construção que parte das situações locais e cotidianas, vividas pelos gestores, profissionais e usuários dos hospitais, para atingir a formulação de estratégias avaliativas e de melhoria dos serviços ofertados.

Por sua vez, na maioria dos hospitais privados que, voluntariamente, optam por avaliações sistemáticas e periódicas, são as chamadas Agências de Acreditação que definem os modelos avaliativos e coordenam o trabalho. Tais acreditações são o exemplo mais eloquente de avaliação externa de hospitais. Segundo Schiesari (2014, p. 4233),

[...] a contribuição dos modelos de avaliação externa, sobretudo da acreditação para os hospitais brasileiros é inquestionável. Apesar do número restrito de hospitais envolvidos em processos de melhoria da qualidade desta natureza, hoje boa parte das lideranças dos hospitais brasileiros sabe da existência destes modelos. Os hospitais com reconhecimento externo desenvolvem inúmeras atividades para garantir a manutenção dos padrões alcançados. No entanto, a sensação é de que boa parte dos profissionais da área aproximou-se do jargão e das ideias destes modelos, utiliza palavreado adequado, mas poucos implementaram efetivamente tais padrões, e raros são os que de fato conseguiram induzir mudança concreta em suas realidades no longo prazo.

Nesse sentido, há aplicação acrítica dos padrões externos de avaliação, sem haver necessariamente adaptação para a realidade local e a cultura organizacional.

O contexto da acreditação hospitalar no Brasil é relativamente diversificado, com alguns modelos à escolha dos hospitais que quiserem alcançar um ou vários tipos de certificação. Porém, é frequente uma adoção mecânica ou burocrática dessas estratégias pelos hospitais. Além disso, também segundo Schiesari (2014, p. 4233), o uso desses modelos de acreditação e suas respectivas metodologias:

[...] tem forjado semelhanças crescentes no interior dos serviços, não somente para aspectos que garantam qualidade e segurança para o profissional e para o usuário, mas também para aspectos mais periféricos relacionados à visão de gestão e de processos de cada organização acreditadora. Em outras palavras, a margem para a criatividade e para a singularidade organizacional encontra-se em redução, o que ameaça não somente a motivação dos profissionais, mas sobretudo alguns aspectos positivos das especificidades da realidade organizacional e de sua cultura.

Nesse sentido, a autora indaga: “que tal seguirmos modelos simplificados de avaliação externa da qualidade e darmos espaço para iniciativas com maior grau de

autonomia e liberdade locais?” (Op.cit.).

Talvez esse seja o caminho, mas não parece ser a tendência mais forte atualmente, ao menos não para os hospitais privados que se valem da acreditação como estratégia para atingir metas e objetivos de organização dos serviços, gestão, prestígio no mercado e entre os profissionais do setor. No Hospital onde a presente pesquisa foi realizada, por exemplo, há a avaliação periódica e sistemática por três Agências Acreditoras, o que tem trazido avanços, mas também problemas e desafios, como se verá mais adiante, no capítulo de discussão dos dados da pesquisa.

Antes de passar à experiência objeto desta investigação, pode ser útil conhecer um pouco mais sobre as creditações, os pressupostos que as embasam e a lógica que orientou seu desenvolvimento no cenário latino-americano e brasileiro. Além disso, também é necessário situar as condições dos estudos fonoaudiológicos nesse campo, mostrando a necessidade de adensamento da produção de conhecimento e de debate pela área.

1.1 – Breve histórico da acreditação hospitalar na América Latina e no Brasil

A busca pela qualidade nos serviços de saúde não é recente; trata-se de uma preocupação presente ao longo da história da humanidade, ao menos a partir dos helênicos. Foi Hipócrates quem criou o conceito do *primum non nocere* (primeiro não lesar), fundamental até os dias de hoje (SCHIESARI, 1999).

Na América Latina, um movimento mais intenso para a construção de políticas e sistemas mais amplos e abrangentes de saúde começou em 1961, ano em que ocorreu uma reunião extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social. Nela, foi redigida a carta de Punta Del Este, com a recomendação aos países latino-americanos de que iniciassem a elaboração de planos nacionais de desenvolvimento social e econômico, nos quais a saúde deveria ser elemento fundamental: “Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es por tanto, componente esencial del desarrollo y del nivel de vida” (OPAS\OMS, 1964)¹.

¹- “Uma população sã e ativa é fundamental à economia e ao progresso social. A saúde é portanto, componente essencial do desenvolvimento e do nível de vida” (minha tradução).

Esquemáticamente, é possível dizer que alguns avanços observados na estruturação de sistemas de saúde em certos países latino-americanos não se deram no Brasil na década de 1960, principalmente em função da ditadura militar, que durou até meados dos anos de 1980. Nessa ocasião, foi priorizado o chamado modelo liberal privatista, no qual a saúde não era considerada direito social; ao contrário, configurava bem de mercado ou, quando muito, incumbência de governos e empresas para garantir a produtividade dos trabalhadores formalmente contratados e a assistência previdenciária depois que se aposentassem. Esta constatação e as referências ao Movimento da Reforma Sanitária brasileira, estão fundamentada em Menicucci (2014), que especifica o que se estava dizendo nos seguintes termos:

Nossa política de saúde foi constituída de forma segmentada desde seu nascedouro. A assistência à saúde eclode na previdência social, que foi o marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil. Foi por meio da previdência social que se desenvolveu a sustentação dos direitos sociais pelo Estado. E essa previdência, quando surge, já traz a segmentação de suas clientela. Inicialmente nas Caixas, ligadas às empresas, e depois nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, construídos em torno de categorias profissionais, sendo que cada Instituto prestava também residualmente assistência à saúde – o que, aliás, dá origem à assistência à saúde propriamente dita (...) (op. cit., p. 79)

À população que não estivesse formalmente empregada ou não possuísse recursos próprios restava uma precária e escassa rede de serviços públicos ou filantrópicos de saúde. Somou-se a esse quadro a recessão brasileira dos anos 1980, que resultou na deterioração de certas condições sociais e também da incipiente saúde pública, incluindo seus hospitais.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que atravessou o período de ditadura militar sob o lema “Saúde e Democracia”, conseguiu, durante o processo de redemocratização do país, criar um sistema público e universal de saúde, inscrevendo na Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), como importante conquista social e no qual, entre outras tantas coisas, a saúde passa a ser considerada “um direito do cidadão e um dever do Estado”. Trata-se de uma guinada fundamental nos sentidos e no valor da saúde como política de Estado, a partir da qual será possível iniciar uma verdadeira, embora difícil e processual, reestruturação do campo da saúde no Brasil, o que também abre espaço para a

ampliação e qualificação da rede hospitalar. Obviamente, esse é um processo relativamente recente, que precisa ser aprimorado em muitos aspectos, inclusive naqueles que são foco desta pesquisa.

Nessa mesma época, início dos anos de 1990, em busca de mitigar a situação de precariedade das estruturas hospitalares na América Latina e de realizar um esforço para obtenção de um nível aceitável de qualidade, o processo de qualificação hospitalar tem seu princípio, em nível latino-americano, com iniciativas de vários países, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/*Pan American Health Organization* – PAHO, s/d).

Em decorrência das circunstâncias, nos anos 1990, muitos países latino-americanos começam a implementar, entre outras medidas e perspectivas, os processos de acreditação hospitalar, a partir de uma ação conjunta da OPAS e da Federação Latino Americana de hospitais (FLAH), que estabeleceu, primeiramente, critérios para habilitação e depois para acreditação, por meio do “*Manual de Acreditacion de Hospitales para América Latina e Caribe*”.

Segundo Alves (2008), foram realizados, sob o patrocínio das OPAS, seminários nacionais para todos os países da América do Sul, América Central e Caribe. Além disso, houve reuniões com representantes de países das sub-regiões (países da sub-região andina, por exemplo) e três grandes Conferências Latino-Americanas. Nesse sentido, a acreditação hospitalar passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de incremento à qualidade nos serviços de saúde prestados pelos hospitais. Em junho de 1995, o Ministério da Saúde brasileiro criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS).

Com a criação do PGAQS, fez-se necessária a formação de uma Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, cujo objetivo era, a partir do envolvimento de todos os interessados em um sistema de saúde com maior qualidade, desenvolver diretrizes para o Programa. Iniciou-se, portanto, o levantamento de manuais de acreditação no exterior e em alguns estados brasileiros. Com o levantamento de tais atividades e processos, buscou-se um consenso para a criação, em 1998, do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, com a posterior criação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), constituído por membros representantes de diversos segmentos da saúde.

Nesse manual, elaborado a partir da experiência acumulada de dezenas de hospitais brasileiros, pode-se observar que o principal objetivo é o controle de processos em todos os âmbitos, em busca da chamada excelência no atendimento, ou seja, são padrões pré-estabelecidos aos hospitais para melhoria de seu serviço, além de ser uma iniciativa voluntária e periódica. O manual indica três níveis de análise dos hospitais: Segurança e Estrutura; Organização; Práticas de Gestão e Qualidade.

Hoje, percebe-se que os processos de acreditação estão se desenvolvendo em praticamente todos os países, com ações governamentais e apoio da OMS e, por consequência, OPAS, na América Latina. No Brasil, como não poderia deixar de ser, o processo inclui também a organização e a padronização dos objetivos de controle de qualidade, baseando-se em experiências externas.

No entanto, vale detalhar ainda um pouco mais os passos da acreditação no Brasil em relação à certificação da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, pois apesar de, em 1986, ter sido criada a Comissão de Avaliação Hospitalar pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), é a partir da década de 1990 que, efetivamente, são concretizadas iniciativas relacionadas diretamente à acreditação hospitalar. Em São Paulo, a Associação Paulista de Medicina (APM) desenvolveu estudos, visando a classificação de hospitais segundo critérios de qualidade. Também se põe em marcha o uso de indicadores hospitalares, como forma de avaliar a qualidade da assistência. Posteriormente, a APM e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo desenvolvem o Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar (CQH) (APM, 2010).

Em 1992, a OPAS promove, em Brasília, o primeiro seminário nacional sobre acreditação, com a participação de diversas entidades nacionais das categorias profissionais de médicos e enfermeiros; de prestadores e compradores de serviços; de órgãos reguladores e representantes do governo. Nesse seminário, é apresentado o Manual para Acreditação de Hospitais da América Latina e Caribe, editado pela OPAS (Manual da OPAS, 1992).

Ainda no ano de 1992, o Ministério da Saúde elabora o projeto “Garantia da Qualidade em Saúde”, que se refere ao Desenvolvimento gerencial como atividade contínua de obtenção da qualidade, e de estabelecimento de mecanismos formais e programas de certificação (NOVAIS e PAGANINI, 1994).

No início de 1994, realiza-se o simpósio “Acreditação de hospitais e Melhoria de Qualidade em Saúde”, no Rio de Janeiro, organizado pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, Academia Nacional de Medicina (ANM), CBC, FENASEG (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização) e INC (Instituto Nacional do Câncer) /MS, com apoio da OPAS/OMS. Nesse evento, são definidas três diretrizes: “organização de uma agência não governamental; desenvolvimento de padrões nacionais e procedimentos para a acreditação de serviços de saúde; e a disseminação de métodos e procedimentos para o gerenciamento da qualidade em saúde” (NETO, 2000, p. 26).

Ainda em 1994, diversas instituições ligadas à saúde propõem o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde (PACQS), com o objetivo de implementar uma política de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimentos hospitalares de saúde (BRASIL, 2002).

Em agosto de 1999, é então constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que implanta normas técnicas; realiza o credenciamento de instituições acreditadoras; cria um código de ética para o trabalho hospitalar e investe na qualificação e capacitação de avaliadores (FELDMAN, 2005). Agregam-se à ONA representantes de entidades nacionais compradoras de serviços de saúde; prestadoras de serviços de saúde e entidades da área governamental.

Em setembro daquele mesmo ano, constitui-se a área executiva da ONA e iniciam-se palestras em todo país, para apresentá-la às Secretarias de Saúde dos Estados, com ênfase ao processo a ser desenvolvido pela organização em todo território nacional.

No ano de 2000, ocorre a conclusão do ciclo de palestras em todos os estados da federação, bem como a finalização da estruturação das normas do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA).

A primeira instituição Acreditadora é credenciada pela ONA e a 1ª reunião do CTA-Dirigentes (Centro Técnico de Acreditação) é realizada em São Paulo/SP também em 2000.

Em 2001, ocorre a certificação, com a qualificação de Acreditada, da primeira Organização Prestadora de Serviços Hospitalares (OPS Hospitalares), por meio da metodologia do SBA. Também são publicadas as portarias 531/GN e 1970/GM, nas quais, respectivamente, o Ministério da Saúde reconhece a ONA

como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil, e aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, então em sua 3ª edição. O conselho administrativo da ONA aprova naquele ano o Manual das OPS Hemoterapia. Inicia também o desenvolvimento do Manual Brasileiro de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde (OPS) para os Laboratórios Clínicos.

Ainda em 2001, a agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ONA assinam o convênio ANVISA/ONA no.026/2001, no qual são estabelecidos parâmetros de qualidade para regulação e qualificação de procedimentos hospitalares. No ano de 2002, é publicada a Resolução RE No.921, na qual a ANVISA reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de Organizações de Serviços de Saúde no Brasil.

Para a ONA (2010), ao menos do ponto de vista formal, a organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de Acreditação estará firmando sua responsabilidade e seu compromisso com a segurança aos pacientes e profissionais, com a eficiência dos procedimentos que realiza e com a busca da qualidade do atendimento à população.

1.2 – Processos de Trabalho em Saúde e Acreditação Hospitalar

Donabedian (1988) descreve uma tríade de dimensões para se pensar os processos de trabalho em saúde do ponto de vista médico: estrutura, processo e resultado. A *estrutura* é caracterizada por aspectos estáveis, como instalações, equipamentos, quantidade e especialidades profissionais, bem como por recursos que os profissionais têm ao seu alcance para agir e por locais e modelo(s) de organização do trabalho. O *processo* diz respeito ao conjunto de atividades realizadas pelos profissionais para os doentes, o que inclui decisões em relação ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção. Os *resultados* referem-se tanto aos níveis de saúde alcançados quanto à satisfação dos doentes e de seus familiares.

Estrutura, processo e resultados, naturalmente, também têm a ver com a qualidade nos serviços de saúde, em termos de atendimento das necessidades de

segurança das ações; da estabilidade nos procedimentos; da equidade da oferta aos pacientes e adequação nos custos. Qualidade em saúde é uma noção complexa, cujos componentes, na visão de Donabedian (1990), podem ser agrupados em sete pilares, como atributos básicos: *eficácia*, *efetividade*, *eficiência*, *adequação*, *conformidade*, *legitimidade* e *equidade*.

Vejamos o que esse autor entende por tais noções. Segundo ele, a *eficácia* se relaciona à habilidade da ciência e da arte da assistência em saúde de oferecer melhorias na saúde e no bem estar. Trata-se de um conceito tecnológico dependente, porque se baseia na oferta: quanto mais oferta de serviços melhor, desde que esta contemple as dimensões modernas da assistência, indo ao limite da fronteira tecnológica e da excelência médica.

Efetividade é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o potencialmente esperado, representado esquematicamente pelos estudos epidemiológicos e clínicos, que oferecem informações e resultados que permitem averiguar, ao menos em parte, a resultante dessa relação.

Eficiência é a relação entre benefício oferecido pelo sistema de saúde ou pela assistência médica e seu custo econômico. Trata-se de uma relação econômica, portanto.

Adequação, por sua vez, é o estabelecimento do equilíbrio relativo entre benefício e custo, buscando-se elevar o benefício ao máximo em relação ao custo, até que se atinja um ponto de equilíbrio.

A *conformidade* é a adaptação dos cuidados médicos e da atenção a saúde às expectativas, aos desejos e valores dos pacientes e de suas famílias, sendo composta por: acessibilidade aos serviços oferecidos; relação médico/paciente; preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência; preferências do paciente quanto aos custos da assistência.

A *legitimidade* é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo; implica conformidade individual à satisfação e ao bem estar da coletividade. Pode estar baseada na experiência de indivíduos formadores de opiniões, com seus juízos de valor sobre a assistência recebida.

Segundo Donabedian (1990), a *equidade* é determinada pela distribuição dos serviços em benefícios de maneira equânime a toda comunidade, conforme a necessidade de cada usuário. É caracterizada pelo que os indivíduos, a sociedade

ou o coletivo consideram justo, em função da distribuição da assistência, da qualidade das ações e das consequências dos processos de cuidado em saúde.

De acordo com Raupp (2006), o processo de trabalho em saúde se define por duas dimensões complementares: *finalidade* e *interação*. A *dimensão finalística* operacionaliza-se no conjunto de ações e atividades realizadas pelas equipes para responder às necessidades das populações e/ou de grupos populacionais específicos dos territórios/áreas de abrangência das Unidades de Saúde. A *dimensão interativa* está relacionada ao fato de que, para que as finalidades se realizem adequadamente, é necessária uma interação qualificada entre todos os sujeitos interessados (equipe de saúde, gestores e população local). Isso pressupõe processos de planejamento e de gestão com dimensões estratégicas e também comunicativas.

Para Devenport (1994), processo seria uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com começo, meio e fim claramente identificados, uma estrutura capaz de orientar a ação.

No campo da saúde, de acordo com Murphy (1997), processo é o próprio ato do cuidado, resultado do trabalho coletivo realizado por profissionais de saúde, sendo por isso e ao mesmo tempo, o próprio trabalho em ato.

Em 2000, de acordo com a norma NBR ISO 9000-2000, processo em saúde foi definido como um conjunto de atividades inter-relacionadas que transforma insumos (entradas) em produtos (saídas). Segundo Pires (2000), a saúde é um serviço essencial, no sentido de que serve à vida humana, faz parte de um trabalho de produção imaterial e se completa na própria realização. Nas palavras do autor:

[...] não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (op. cit., pp. 251 - 252).

Se é assim, as especificidades da atenção à saúde se ligam ao fato de que ela é um serviço cuja direcionalidade técnica tem uma natureza coletiva, pois um conjunto de categorias e de indivíduos deve agir colaborativamente e de maneira coerente, compartilhando conhecimentos, decisões e ações. Além disso, segundo Oliveira (2009), o processo em saúde agrega ainda a ideia de “simultaneidade” do

trabalho, uma vez que a produção e o consumo do serviço acontecem ao mesmo tempo.

Certamente, tal simultaneidade deveria implicar o trabalho dos gestores e profissionais, assim como a participação dos usuários na efetuação do processo, muito embora tal perspectiva ainda configure uma aspiração no SUS. Aspiração indicada e buscada, por exemplo, por ações da Política Nacional de Humanização (PNH) para os hospitais, visando à construção da gestão do trabalho de forma participativa, e do processo de trabalho em saúde na condição de produção, necessariamente, coletiva e compartilhada. Esses objetivos, porém, não podem ser alcançados, por si só, por meio de processos caracterizados pela externalidade da avaliação e da busca de qualidade nos serviços hospitalares.

Por sua vez, a ONA pensa o processo de trabalho em saúde como conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas, que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Os insumos para um processo podem ser produtos de outro processo. A ONA atém-se, fundamentalmente, à realização do cuidado e ao fazer técnico dos profissionais da saúde na condução dos cuidados. Enfim, para essa organização, a avaliação dos serviços precisa responder perguntas que informem sobre o alcance dos objetivos e metas propostas, que mostrem como se oferta o serviço e como se modifica uma situação problema.

Para Battista e colaboradores (1989), avaliar os serviços de saúde significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa).

De acordo com Aguillar e Ander-Egg (1994, p. 4), a avaliação deve, necessariamente, incluir características que indiquem se tratar de um processo sistemático de valoração e julgamento e, principalmente, ter caráter científico. Segundo esses autores,

avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destina-se a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou realizar-

se-ão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; busca comprovar a extensão e o grau em que se deram as conquistas obtidas, de forma tal que sirva de base ou guia para tomada de decisão racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a comparação dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados.

Segundo Caride (1999), avaliação é um processo de reflexão e valoração crítica, contínua e sistemática. Refere-se a momentos e fatores que intervêm no desenvolvimento de um programa, objetivando determinar quais podem ser, estão sendo ou têm sido seus efeitos, resultados ou conquistas.

É possível dizer que a avaliação busca sempre responder perguntas, que se tornam os próprios objetivos do sistema de avaliação: conjunto de elementos com finalidade comum, que se relacionam entre si, formando um todo dinâmico (Fundação Nacional de Qualidade, 2006).

Quando realizada de forma sistemática, estabelece o grau de pertinência, idoneidade, efetividade, eficácia e eficiência de um programa, projeto ou serviço (DONABEDIAN, 1990; FRENK, PEÑA, 1988; VUORI, 1988); também ajuda a determinar as razões dos êxitos e fracassos, estabelecendo até que ponto ocorreram consequências ou efeitos imprevistos, o que facilita o processo de tomada de decisões, para melhorar e/ou modificar o programa ou projeto, inclusive pela revisão crítica dos pressupostos teóricos e/ou técnicos que o sustentam.

Portanto, a utilidade e a viabilidade da avaliação da qualidade em saúde estão intimamente relacionadas ao comprometimento dos responsáveis técnicos, administrativos e políticos pelos serviços e programas, no sentido de incluir a avaliação nas rotinas de trabalho e de difundi-la como cultura institucional nos processos de trabalho. Os membros da instituição devem, para isso, estar de acordo sobre os propósitos da avaliação, quanto à aplicação, aos custos, ao tempo e às necessidades do processo de trabalho (AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994).

Como mencionado, há posições em disputa na implementação das políticas de saúde, sendo que os autores citados neste subitem expressam posições relativamente favoráveis aos modelos normativos de avaliação, tal como os utilizados na avaliação externa dos hospitais. No Brasil, nos últimos quinze anos, se difundiram os processos de acreditação hospitalar, na condição de iniciativas que buscam padronizar parâmetros para avaliar e incrementar a qualidade dos serviços

oferecidos pelos diversos hospitais que aderem aos procedimentos de acreditação (MANZO, 2009).

Dentre os mais frequentes sistemas de acreditação nacionais e internacionais que atuam no país estão: “Organização Nacional de Acreditação” (ONA); Modelo “Compromisso com a Qualidade Hospitalar” (CQH); *Joint Comission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) e *Canadian Council on Health Service Accreditation* (CCHSA).

Em linhas bastante gerais, pode-se dizer que a ONA se centra numa política estratégica para os hospitais com focos no paciente, no mercado, na gestão de pessoas e em processos estratégicos. No Modelo CQH, prioriza-se a política de qualidade: foco em processos hospitalares relacionados à satisfação dos usuários. A JCAH direciona sua atuação pela ênfase na assistência clínica, por meio do monitoramento de indicadores de desempenho institucional e da educação profissional com acompanhamento. No sistema canadense, CCHSA, a ênfase está, principalmente, na busca por uma política de segurança do paciente, com critérios de avaliação adaptados às diversidades culturais de cada país, a partir dos objetivos estratégicos dos hospitais acompanhados (CCHSA, s/d).

Especificamente, os manuais de avaliação dessas acreditadoras, que avaliam o hospital no qual esta pesquisa foi realizada, enunciam o seguinte sobre as perspectivas e ênfases de seus modelos de avaliação:

Na *Joint Comission on Accreditation of Hospitals*, os requisitos são centrados no paciente e na instituição, destacando as categorias:

- Metas internacionais de segurança do paciente;
- Acesso ao cuidado e continuidade do cuidado;
- Direitos dos pacientes e familiares;
- Cuidado dos pacientes;
- Anestesia e cirurgia;
- Gerenciamento e uso de medicamentos;
- Educação de pacientes e familiares;
- Melhoria de qualidade e segurança do paciente;
- Prevenção e controle de infecções;
- Governo, liderança e direção;

- Gerenciamento e segurança das instalações;
- Educação e qualidade dos profissionais;
- Gerenciamento da comunicação e informação.

No modelo *Canadian Council on Health Service Accreditation*, o foco é no aperfeiçoamento da gestão; contenção de desperdícios; e evidências de resultados da prática clínica. A gestão da qualidade prioriza as seguintes dimensões:

- Definição por processos;
- Classificação de processos;
- Cadeia de processos;
- Definição de produtos;
- Alinhamento de metas ao planejamento estratégico, por meio da padronização dos protocolos;
- Interação entre processos;
- Identificação dos riscos dos processos;
- Sistema de medicação;
- Manutenção da gestão da qualidade (produto é resultado do processo).

No modelo da ONA, as ênfases recaem na estrutura (segurança), no processo (organização), e nos resultados (o que chamam de excelência na gestão). Os princípios orientadores específicos de nível 1 são relativos à segurança; no nível 2 articula-se segurança e organização; no nível 3 articula-se segurança, organização e práticas de gestão de qualidade. Sua lógica é avaliar os níveis e a interação entre eles, por meio do que chamam de sessões, no sentido de que a organização de saúde seja avaliada com consistência sistêmica. As sessões avaliadas são:

- Sessão 1: liderança e administração;
- Sessão 2: organização profissional;
- Sessão 3: atenção ao paciente/cliente;
- Sessão 4: diagnóstico;
- Sessão 5: apoio técnico;
- Sessão 6: abastecimento e apoio logístico;

Sessão 7: infraestrutura;

Sessão 8: ensino e pesquisa.

De qualquer forma, é necessário ter sempre em conta que os “produtos” ofertados pela saúde não se confundem com os produtos e bens comerciais; eles dependem, dentre outros aspectos, da confiança entre profissionais e usuários e do acolhimento das necessidades e do sofrimento dos pacientes. Nessa medida, também não se pode descartar o fato de que os cuidados à saúde incluem riscos, por vezes elevados e com causas variadas, entre os quais se inserem os erros ou falhas dos profissionais.

Relacionada à falibilidade dos cuidados está a condição vulnerável dos doentes, o que os impede de suportar tomadas de decisão equivocadas ou demoradas por parte da equipe de saúde do hospital. Além disso, no mundo real, ou seja, a despeito de qualquer modelo avaliativo, existem tensões e conflitos cotidianos, às vezes e por muitas razões, não alcançados e dimensionados pelas metodologias de avaliação externa, por exemplo: tensões entre qualidade e custo; entre a visão dos profissionais e a dos cidadãos, cada vez mais informados e certamente mais exigentes na defesa de seus direitos, a ponto de problematizarem a arraigada autoridade médica.

Esses são alguns aspectos que tornam as questões da qualidade em saúde difíceis e complexas de abordar. Porém, já é possível, citando Feuerwerker (2005), perceber que existe compreensão da necessidade de reorganização nas instituições hospitalares, porque há consciência de que os hospitais convivem com problemas de organização, de gestão, de eficiência e de qualidade. A questão, como já mencionamos, citando Schiesari (2014), é qual ou quais caminhos permitiriam enfrentar tais problemas de maneira mais adequada.

Por fim, mas não menos importante, vale destacar, em acordo com Porter e Teisberg (2007), que o conceito de qualidade em saúde passou a ser também um diferencial competitivo, sobretudo nas instituições privadas, e um fator importante para o equilíbrio e sucesso financeiro dos hospitais.

1.3 – Organizações Acreditoras do Hospital da Pesquisa

O Hospital onde foi realizada a pesquisa, como organização que busca implantar processos de profissionalização de suas equipes e satisfação de seus pacientes, percorre, desde o ano de 2000, caminhos estabelecidos por acreditadoras nacionais e internacionais. A seguir, apresentamos um brevíssimo relato sobre as condições gerais das acreditadoras do Hospital onde a pesquisa foi realizada, bem como em relação às razões e aos momentos em que a instituição aderiu a esses processos.

A ONA (Organização Nacional de Acreditação) é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, constituída juridicamente em abril/maio de 1999; como foi dito tem como principais objetivos a implantação e implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando, portanto, todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade.

Em 2001, houve o reconhecimento inicial do Ministério da Saúde ao programa da ONA, por meio da portaria 6M/MS nº 538; e em 2002, da ANVISA, pela RE nº 921, que também a reconheceu como instituição competente a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil.

A título de informação, vale dizer que, na certificação nacional do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e ONA (Organização Brasileira de Acreditação), as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) são definidas como entidades jurídicas, legalmente constituídas e devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), prestando serviços de assistência médica, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins econômicos, sob a direção de um mesmo responsável.

São elegíveis à metodologia do SBA/ONA as OPSS que cumprirem os seguintes pré-requisitos: enquadrar-se no conceito de Organização de Saúde, conforme determina a norma para o Processo de Avaliação específica; estar legalmente constituída há pelo menos um ano; possuir alvará de funcionamento da OPSS; possuir Licença Sanitária; possuir registro do responsável técnico no CRM, ou compatível, conforme o perfil da OPSS.

Entendendo tratar-se de importante ferramenta para a melhoria da qualidade e segurança assistencial, o Hospital de nossa pesquisa aderiu a esse programa de certificação, buscando benefícios como, por exemplo: integração interdepartamental; segurança nos processos; aprimoramento da comunicação entre os profissionais e destes com os usuários; difusão do uso de indicadores; introdução da mentalidade de melhoria contínua.

Em 2001, o referido Hospital obteve a certificação nível 1, sendo o primeiro hospital certificado pela ONA no estado de São Paulo. Em 2003, foi re-certificado, mantendo o nível 1. A re-certificação efetuada em 2005 elevou o nível para 2 (certificado pleno) e durou até 2007. Em 2008, recebeu a certificação de nível máximo: 3 (certificado com excelência), a qual é mantida até os dias de hoje.

No final de 2008, por decisão institucional, o Hospital buscou agregar uma nova metodologia, com vistas a diferenciais competitivos e de qualidade, definindo a adesão ao Programa de Certificação Canadense - CCHSA (*Canadian Council on Health Services Accreditation*). Trata-se de uma metodologia criada em 1958, portanto com mais de 50 anos de experiência em acreditação e história de seriedade comprovada na implantação de programas de qualidade em saúde no Canadá e internacionalmente. O CCHSA internacional já transferiu seu programa para mais de doze países.

Para integrar o Programa Canadense, o Hospital submeteu-se a uma avaliação prévia a fim de preencher critérios de elegibilidade exigidos para ser inscrito no programa, o qual, sob certos limites, admitiu adaptações, considerando aspectos culturais e funcionais peculiares ao nosso país.

A metodologia de acreditação da CCHSA baseia-se na estruturação de times de trabalho. Os componentes dos diversos times são colaboradores de todas as áreas da atividade hospitalar, sendo estimulados a contribuírem, trabalhando as interfaces existentes entre os processos, numa visão sistêmica dos aspectos que envolvem qualidade e segurança das atividades hospitalares.

Com a necessidade da adaptação de seu sistema de acreditação à realidade brasileira, a CCHSA criou sete times de trabalho, sendo alguns obrigatoriamente definidos pela metodologia canadense e outros pelo perfil assistencial do Hospital da pesquisa. São eles: Liderança; Gestão de Informação/Comunicação; Gestão do Ambiente; Recursos Humanos; Cuidados Críticos; Cuidados Cirúrgicos; e Cuidados Ontológicos.

Amparado por este novo programa, o Hospital busca integrar seus processos numa visão ampla, em busca de continuidade assistencial tranquila, sem eventos adversos, com foco na qualidade, segurança e satisfação daqueles que buscam a recuperação da saúde.

Fundada em 1951, a acreditadora *Joint Comission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO) procura melhorias em cuidados de saúde para o público, avaliando as organizações, segundo ela, estimulando-as a proporcionar serviços com qualidade e valor. A *Joint Commission* faz a acreditação de mais de vinte mil instituições de saúde nos Estados Unidos da América. Para que uma organização de saúde seja credenciada e mantenha o selo de garantia da *Joint Commission*, precisa ser submetida, a cada três anos, a uma espécie de auditoria, sendo que os acreditados recebem então assistência de profissionais em padronização de qualidade.

Em linhas bastante gerais, esse é o quadro das razões que levaram o Hospital da pesquisa a se vincular a tais processos de avaliação e certificação. E a Fonoaudiologia, como tem participado desse contexto e processo?

1.4-A Fonoaudiologia nos Hospitais

A Fonoaudiologia conta com escassa bibliografia sobre sua participação em processos de acreditação hospitalar. Nossa busca na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) da BIREME não encontrou nenhum estudo para expressões e combinações variadas entre termos, tais como: Acreditação em Saúde e Fonoaudiologia; Acreditação hospitalar e Fonoaudiologia; Agências de Acreditação em Saúde e Fonoaudiologia.

No contexto da acreditação de organizações de saúde, a Fonoaudiologia tem-se inserido aos poucos e bastante recentemente. É indiscutível a necessidade de ter a profissão incluída nesses processos, uma vez que se trata de área cuja pertinência aos processos de trabalho dos hospitais é inegável, e cada vez mais reconhecida pelas demais categorias profissionais, pela gestão dos hospitais e pelos usuários.

Significa dizer que o trabalho fonoaudiológico em hospitais é prática comum e relativamente difundida na área. As publicações no campo da – informalmente

chamada – Fonoaudiologia Hospitalar, embora também não sejam muito numerosas, voltam-se, sobretudo, ao delineamento dos objetivos e das práticas fonoaudiológicas nesse componente da atenção em saúde; às técnicas de reabilitação funcional de quadros clínicos que levam à hospitalização, bem como às especificidades e aos cuidados, por parte dos fonoaudiólogos, necessários aos procedimentos hospitalares (LUZ, 1999; CARRARA-DE ANGELIS, 1999; FURKIN, 1999; CRFa, 2000).

A atuação do fonoaudiólogo no hospital, de acordo com as necessidades, pode se dar de maneira precoce e/ou preventiva, evitando agravos à saúde ou atenuando distúrbios da comunicação e quadros disfágicos; atua também de forma intensiva, buscando o máximo de reabilitação funcional durante o período de internação, sobretudo no pós-cirúrgico, mas também em situações pré-cirúrgicas.

A inserção dos fonoaudiólogos nos hospitais, embora ainda seja menor do que poderia, se dá em quase todos os tipos de hospitais, bem como na maioria dos setores e equipes hospitalares, das enfermarias e ambulatórios aos CTIs. A atuação fonoaudiológica nesses equipamentos de saúde comporta variações em função de diversos fatores como, por exemplo, a cultura de cada unidade hospitalar; os tipos de contratação do trabalho do fonoaudiólogo e o grau de acolhimento e reconhecimento da Fonoaudiologia pelas equipes de saúde e pela gestão hospitalar.

Esta tese diz respeito, justamente, à descrição e análise de uma experiência de construção e implementação de processos de trabalho em um hospital privado, avaliado por agências de acreditação, buscando contribuir com o conhecimento e o debate fonoaudiológico sobre essa problemática.

Ao assumir o processo de organização e a avaliação do trabalho no hospital como caminho que, de algum modo, contribuiu na qualificação da ação fonoaudiológica nas equipes de saúde, assim como em suas atuações diagnósticas e terapêuticas, esta pesquisa não está alheia ao fato de que há vários aspectos a serem problematizados. Em outras palavras, se os processos de acreditação trazem contribuições e avanços, não devem ser entendidos como panaceia em face da complexidade da gestão e dos cuidados hospitalares; ao contrário, a questão talvez seja, em última análise, discernir as potencialidades e os limites desse tipo de estratégia.

Embora de modo circunscrito e modesto, buscando pensar uma experiência de inserção da Fonoaudiologia nesse intrincado contexto, este estudo aponta efeitos

produtivos dos processos de acreditação dos quais participa, mas também usa suas práticas concretas para contribuir com o debate sobre os caminhos para qualificar o trabalho hospitalar, por meio de interfaces com outros setores, outros profissionais e em função de necessidades concretas dos pacientes.

Com essas ponderações, é possível agora passar à apresentação do método da pesquisa, seguido pelos dados relativos às formas de estruturar e conduzir os processos de trabalho a partir do olhar e do trabalho fonoaudiológico.

2- MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral privado, localizado na cidade de São Paulo. O Hospital participa de programas nacionais e internacionais de acreditação hospitalar, voltados à gestão da qualidade e da segurança dos cuidados ofertados aos pacientes. A partir daí, dá ensejo e apoia pesquisas como esta. As Agências Acreditoras do hospital, conforme mencionado, são: ONA (Organização Nacional de Acreditação); CCHSA (*Canadian Concil on Health Services Accreditation*); IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) e a *Joint Commision International Accreditation for Hospitals (JCAHO)*.

Trata-se de pesquisa descritiva, desenhada como um levantamento para apresentar, caracterizar e analisar a participação fonoaudiológica em equipe hospitalar, e em relação à demanda de pacientes que atendeu nos últimos dois anos (2013 e 2014). O estudo se dá no bojo dos processos de trabalho do hospital, nas formas de relação, de comunicação e de padronização de procedimentos e rotinas que aí se estabelecem. São destacados os processos de trabalho desenvolvidos, como anteriormente referido, em função das creditações pelas referidas Agências Acreditoras.

A coleta de dados do estudo foi realizada por meio de dois procedimentos complementares:

- Apresentação dos fluxos estruturados de trabalho em equipe multiprofissional para o atendimento da demanda de 2013 e 2014: encaminhamentos e discussão dos casos na equipe; seguimento dos atendimentos e, a partir da lógica e dos parâmetros propostos pelas Agências Acreditoras, construção dos procedimentos ou protocolos operacionais padrão (POPs) pelos profissionais e equipe. Lembrando que os POPs são ferramentas de organização e padronização de procedimentos e rotinas, bem como alimentam a comunicação entre os profissionais sobre os casos em atendimento, uma vez que passam a orientar o registro nos prontuários dos pacientes, as evoluções de cada especialidade e aquelas resultantes da interlocução e dos encaminhamentos entre os profissionais da equipe. Tais protocolos são validados pela gestão do hospital e pelas Agências Acreditoras.

- Levantamento e caracterização de dois anos (2013 e 2014) da demanda atendida pela Fonoaudiologia no Hospital, com detalhamento apenas dos casos em que o processo de reabilitação se fez integralmente durante a internação hospitalar. Isso porque há uma parcela dos casos avaliados pela Fonoaudiologia que, embora possa iniciar a reabilitação no hospital, é encaminhada à terapia após alta hospitalar, uma vez que o período de internação, felizmente, costuma ser curto para o tempo necessário ao tratamento, por exemplo, de problemas de linguagem e audição. Por outro lado, os transtornos alimentares funcionais, sobretudo a disfagia, são, em geral, integralmente reabilitados durante a internação. Além disso, os cuidados hospitalares e a recuperação dos pacientes (em todos os níveis) dependem do encaminhamento dos necessários aportes nutricionais e dos aspectos psíquicos envolvidos na dimensão alimentar. Por isso, a reabilitação das disfagias é uma das perspectivas centrais da atuação fonoaudiológica nas equipes multiprofissionais de saúde dos hospitais; o que também é verdadeiro no Hospital onde a pesquisa foi realizada. Significa dizer que, para apresentar as várias faces da atuação da Fonoaudiologia no escopo do processo de trabalho em equipe do Hospital da pesquisa, o cenário da avaliação, do diagnóstico e da reabilitação da disfagia é emblemático e, por isso, configura o cerne do levantamento aqui realizado.

A caracterização da demanda de 2013 e 2014 foi realizada por meio de estatística descritiva dos dados, com a utilização de frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Para a comparação entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste de associação Qui-quadrado. Na comparação entre grupos segundo variáveis quantitativas, primeiramente, realizou-se o teste de Komolgorov-Smirnov, a fim de verificar a aderência à curva normal. Como os dados mostraram-se não paramétricos, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, para diferenciação entre dois grupos, e Kruskal-Wallis, para três ou mais. Neste último, quando o resultado foi significativo, aplicou-se, adicionalmente, o teste *post hoc* de Dunn para aferir a consistência das variações encontradas.

Assumiu-se um nível descritivo de 5% para significância estatística ($p < 0,05$). Os dados foram digitados em Excel e analisados no programa SPSS 22.0 para

Windows. Os dados que compõem os resultados estão apresentados por registros, dado que, a cada internação de paciente, este é contabilizado como um novo caso, com exceção da descrição das variáveis sexo e idade.

3- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Em primeiro lugar, é necessário situar os modos como são apresentados os dados resultantes do levantamento sobre a demanda e as características dos pacientes atendidos pelo setor de Fonoaudiologia durante dois anos de trabalho, destacando, por um lado:

- Os casos avaliados e, deste total, aqueles que seguiram para reabilitação;
- A origem dos encaminhamentos à avaliação da Fonoaudiologia, em geral advindos das especialidades médicas, que são aquelas que recepcionam e fazem os diagnósticos das doenças de base e dos quadros clínicos que definem a internação;
- O diagnóstico fonoaudiológico dos pacientes avaliados;
- As características dos atendimentos em termos de resolutividade e destinos dos pacientes (alta, com ou sem outros encaminhamentos, e óbito);
- As características etárias e de gênero dos pacientes atendidos pela Fonoaudiologia;
- O número de atendimentos fonoaudiológicos durante os dois anos levantados, lembrando que o levantamento foi feito via Sistema de Informação do Hospital (Tasy) e incidiu sobre os anos de 2013 e 2014.

Além disso, é relevante referir que tal demanda da Fonoaudiologia no Hospital da pesquisa está sob a responsabilidade de duas fonoaudiólogas, que contam com outras profissionais da área credenciadas ao Setor de Fonoaudiologia do Hospital para receber os encaminhamentos referentes à atenção domiciliar ou ao atendimento em hospitais de retaguarda. Hospital de retaguarda é uma opção de atendimento pós alta hospitalar, que visa dar continuidade ao tratamento iniciado no hospital de origem. Além de liberar vagas de internação no Hospital de origem, essa medida ajuda, por exemplo, a diminuir o alto risco de infecção a que o paciente fica submetido em uma internação hospitalar prolongada.

Por outro lado, a partir da Fonoaudiologia, a pesquisa construiu o fluxo geral do processo de trabalho fonoaudiológico no Hospital e os fluxos com outras

especialidades, sobretudo com aquelas do campo da reabilitação e, a título de exemplo das relações com as várias especialidades médicas, com a Clínica Médica, que é a especialidade médica que mais encaminhou para os atendimentos na reabilitação nos dois anos estudados.

A apresentação dos fluxos de trabalho procura mostrar a rede de relações e ações institucionais de cuidado estabelecida pela Fonoaudiologia e pela Equipe Multiprofissional (discussão de casos; proposição e avaliação de procedimentos e rotinas; ajustes, acréscimos e/ou revisões em POPs e no Prontuário Clínico, etc.), bem como as relações entre a Fonoaudiologia e as especialidades ou grupos de especialidades (avaliação e/ou consulta conjunta; monitoramento compartilhado de casos; orientações recíprocas sobre procedimentos e rotinas; etc.). Após os fluxos de trabalho virá a descrição da demanda fonoaudiológica atendida em 2013 e 2014 nos aspectos destacados no início deste capítulo. Estes dados dão a ver a quantidade e as características dos pacientes atendidos; os setores e especialidades que encaminham ao cuidado fonoaudiológico; o tempo de atendimento aos pacientes no setor de Fonoaudiologia; e os resultados alcançados em termos de alta, encaminhamentos e óbitos advindos da gravidade dos quadros clínicos que motivaram a internação, ou mesmo do caráter terminal de alguns casos atendidos.

As dimensões apontadas (fluxos dos processos de trabalho e demanda atendida nos últimos dois anos), ainda que parcialmente, permitiram realizar, no capítulo de discussão e conclusão, uma leitura sobre o que é produtivo nesse arranjo induzido pela lógica dos processos de acreditação do hospital, como também apontar desafios e problemas a serem enfrentados.

Naturalmente, não é pretensão esgotar a discussão sobre tal problemática; a intenção foi produzir uma argumentação sobre a percepção desenvolvida pelo Setor de Fonoaudiologia a partir de sua participação efetiva e concreta, há vários anos, na realização das acreditações no Hospital. Se é assim, é hora de passar aos dados.

3.1-Os Fluxos de Trabalho Fonoaudiológico no Hospital

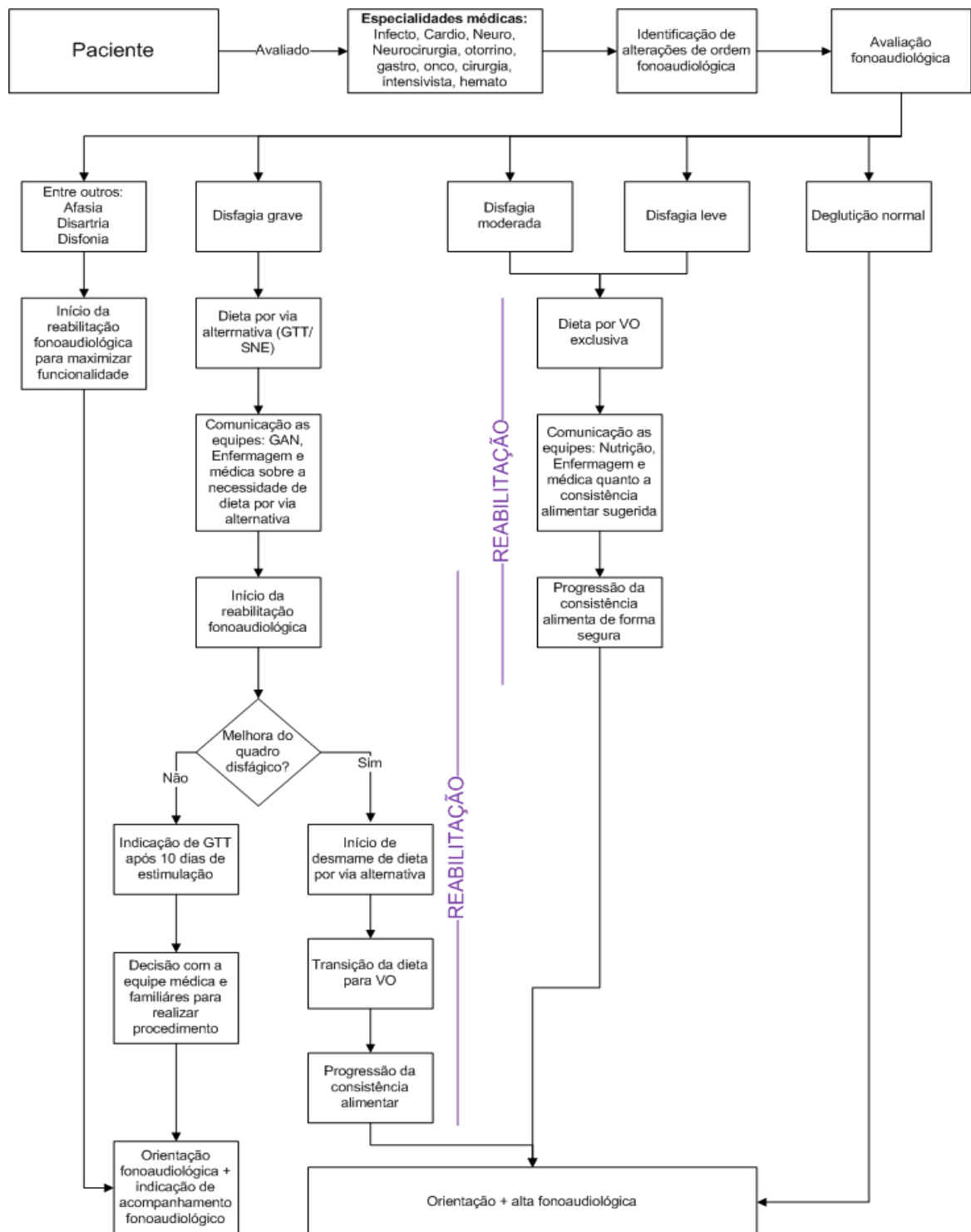
São vários os fluxos de trabalho fonoaudiológico na rotina hospitalar; eles estão ligados à avaliação, à reabilitação e/ou ao encaminhamento dos casos fonoaudiológicos e às relações desse trabalho com outros aspectos e dimensões dos cuidados ofertados aos pacientes pela equipe multiprofissional de saúde, para o tratamento das doenças de base e dos transtornos associados ou decorrentes delas. De saída, apresentamos dois fluxos sínteses, um mais geral, que aponta a lógica organizacional do trabalho da Fonoaudiologia no Hospital; e outro que resume (com alguns exemplos de ações de rotina) as relações estruturadas com outras especialidades².

No fluxo mais geral, temos o “caminho” do paciente desde sua entrada no hospital, chegando à Fonoaudiologia e, na sequência, passando pelos possíveis destinos em termos das ofertas terapêuticas estruturadas (avaliação e tratamento, com ou sem encaminhamentos para reabilitação pós-internação).

Para simplificar a compreensão do primeiro fluxograma, as Disfagias foram classificados por graus de comprometimento. Vamos a ele.

² - Optamos por apresentar esse “fluxo síntese” com as articulações e interlocuções mais frequentes e mais diretamente ligadas à reabilitação na equipe de saúde, uma vez que o desenho das relações com as especialidades médicas, no geral, responde à mesma lógica. Por isso, representando as especialidades médicas, incluímos a Clínica Médica, que, como se viu, é a que mais encaminhou pacientes para avaliação e intervenção fonoaudiológica em 2013 e 2014.

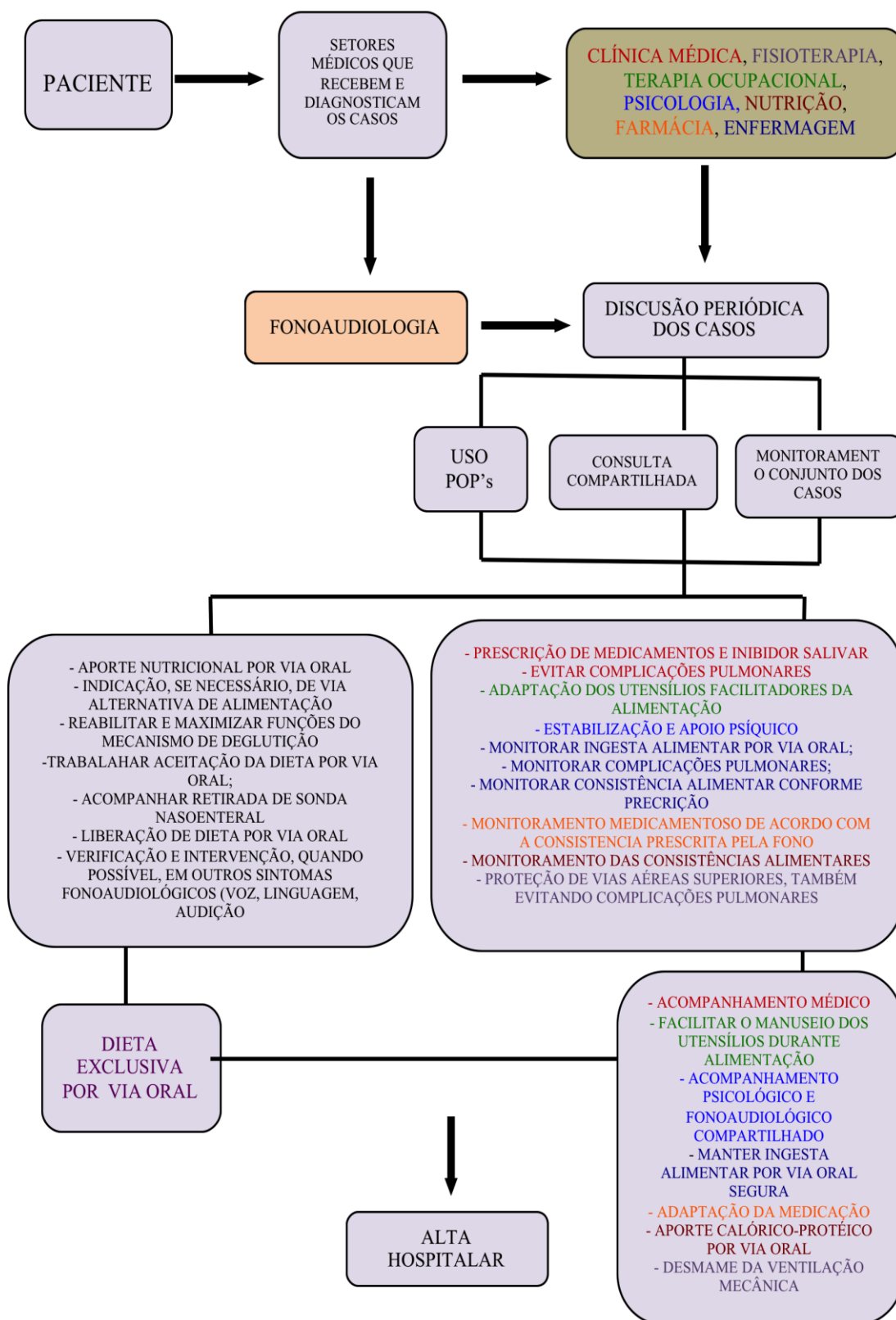
Figura 1- Atendimento Fonoaudiológico dos pacientes que passam por avaliação da deglutição.



Para que o fluxo, apresentado antes, mantenha sua sistemática, são necessárias reuniões regulares (geralmente semanais) da equipe multiprofissional de saúde; formulação e utilização de procedimentos operacionais padrão (POPs), que têm abrangência multidisciplinar e por meio dos quais é possível organizar e articular ações, bem como manter uma comunicação estruturada entre as especialidades envolvidas com cada um dos pacientes atendidos. Não por acaso, e como já foi dito antes, os POPs são ferramentas do processo de trabalho hospitalar exigidas pelas Agências Acreditoras que avaliam o Hospital.

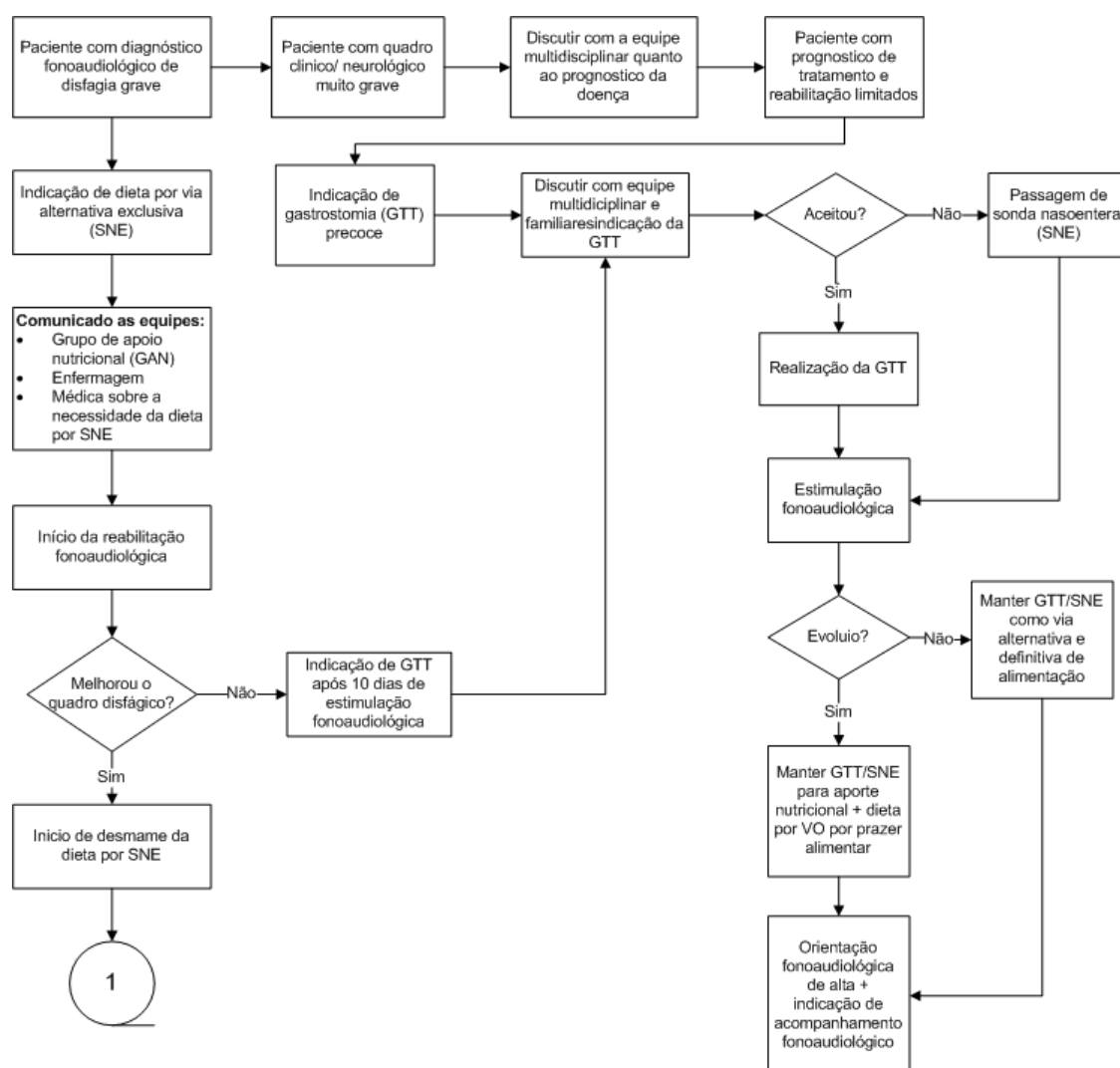
Esse primeiro fluxograma (apresentado acima) traça o quadro mais geral do trabalho fonoaudiológico e permite desdobrar, ainda que de forma resumida e parcial, os fluxos das ações conjuntas que a Fonoaudiologia realiza com as demais especialidades da equipe na rotina hospitalar. Embora funcione aqui a título de exemplo, o fluxograma a seguir traz a lógica da arquitetura organizacional do trabalho em equipe, com destaque para Fonoaudiologia.

Figura 2- Arquitetura organizacional do trabalho em equipe multidisciplinar com destaque para Fonoaudiologia.



No sentido de mostrar ainda um pouco mais detalhadamente a lógica que expressa os dois fluxogramas acima, trazemos dois exemplos de fluxos procedimentais para casos mais graves; fluxos especificamente desenhados pela Fonoaudiologia, em conjunto com a equipe multiprofissional, e validados pelas acreditadoras do Hospital. São eles, respectivamente, os fluxos para procedimento de gastrostomia e de desmame da sonda nasoenteral.

Figura 3- Fluxo de Procedimentos para Gastrostomia com equipe multidisciplinar hospital.



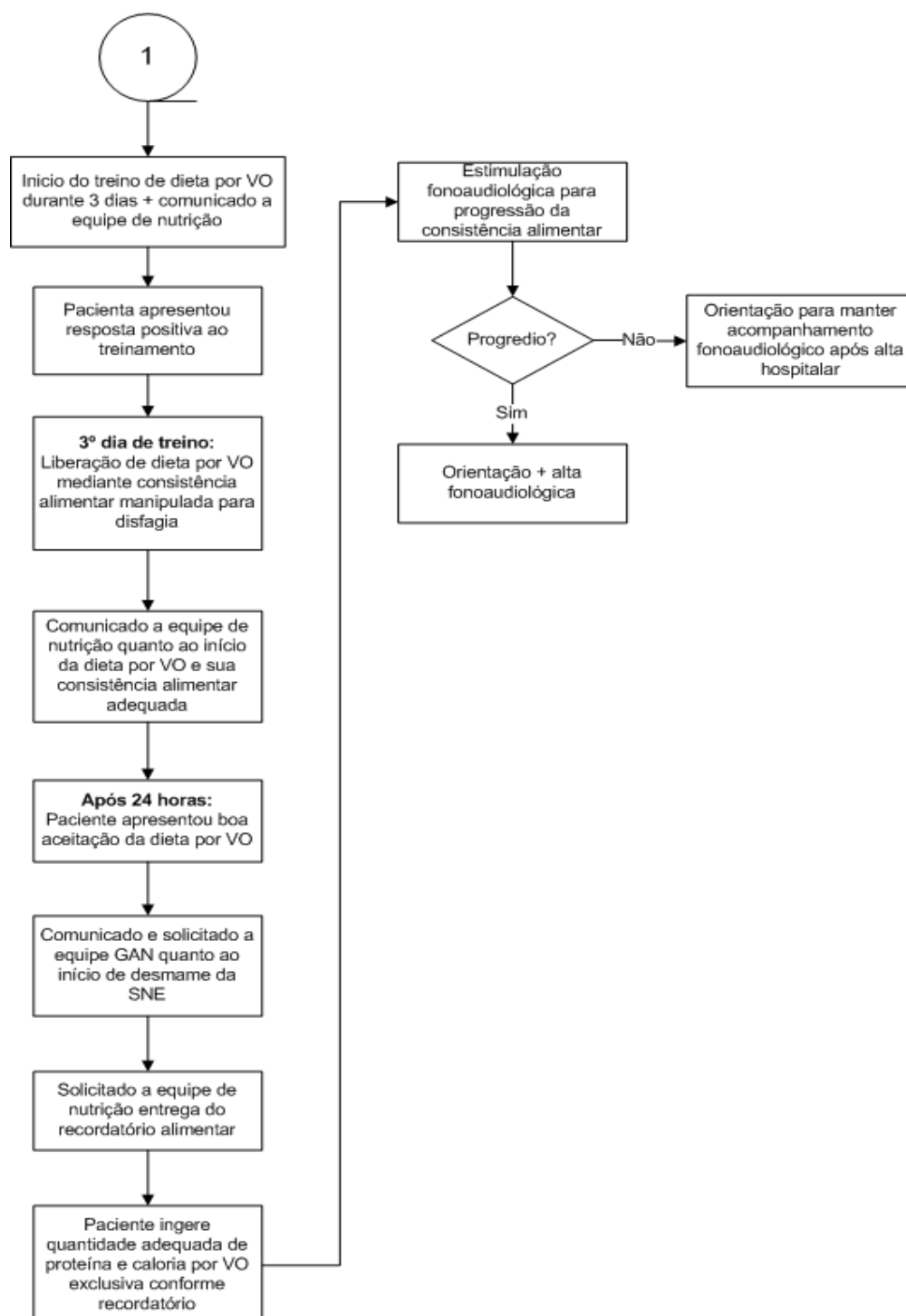
Os fluxos procedimentais implicam ou exigem POPs para que possam ser operacionalizados, o que, naturalmente, também aconteceu com os procedimentos

para indicação e implementação de gastrostomia, inclusive com o objetivo de evitar este procedimento em pacientes disfágicos com potencial de melhoria na deglutição.

Antes da indicação da gastrostomia, o paciente disfágico passa por tratamento intensivo de Fonoaudiologia (em média dez sessões), pois, em vários casos, há melhoras na deglutição e redução de episódios aspirativos, o que evita o recurso à gastrostomia. Nos casos em que, após intervenção fonoaudiológica, não há evolução nos padrões da deglutição ou se mantém a ocorrência de aspiração (evidenciada em exame objetivo de nasofibroscopia da deglutição), sugere-se gastrostomia. Importante ressaltar que, em geral, os quadros disfágicos que podem não melhorar com terapia fonoaudiológica estão associados a doenças de base irreversíveis.

A seguir é apresentado o fluxograma do desmame da sonda nasoenteral:

Figura 4- Fluxograma de desmame do aporte nutricional por meio da Sonda Naso Enteral (SNE) que foram gerados tres POPs da fonoaudiologia com Nutrição, enfermagem e equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN).



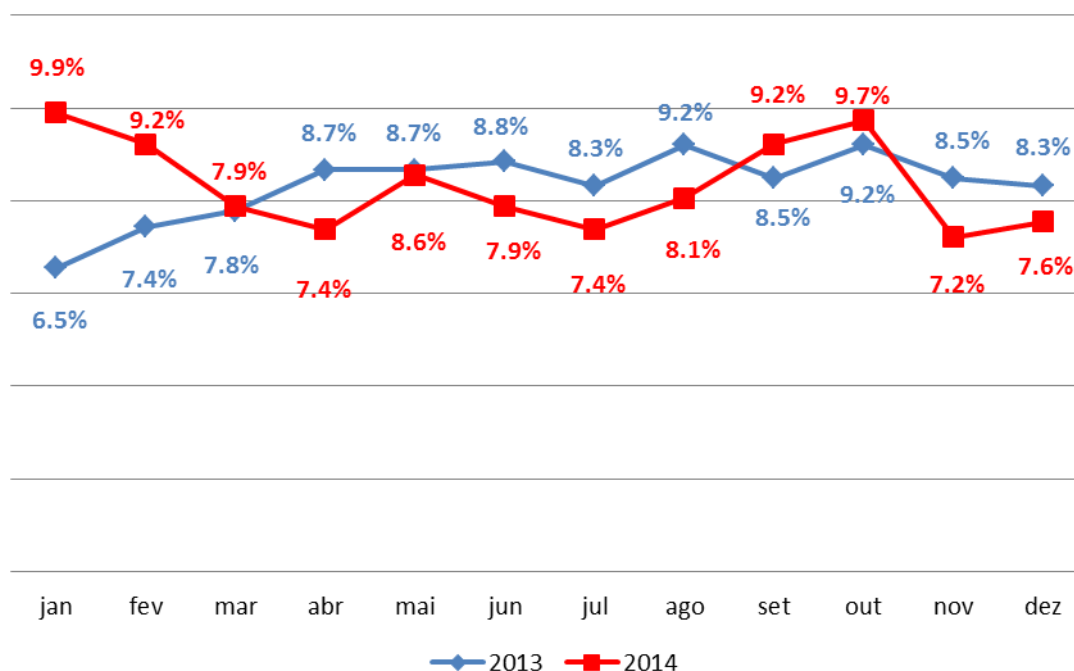
No caso do desmame da SNE, foram gerados três POPs, da Fonoaudiologia com Nutrição, Enfermagem e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN). Esses POPs pactuaram a decisão sobre as dietas entre a Nutrição e a Fonoaudiologia, as formas de oferta e acompanhamento pela Enfermagem e a as estratégias de desmame da SNE com a EMTN. A abrangência da aplicação desses POPs, para garantia de uma via oral segura na alimentação, é de todas as unidades: UTIA, UTIB, UCO, NEURO E ANDARES (ambulatórios).

Após esse panorama sobre os fluxos dos processos de trabalho que envolvem a Fonoaudiologia no Hospital da pesquisa, ver-se-á, na sequência, as características da demanda fonoaudiológica atendida nessa lógica.

3.2- Caracterização da Demanda Atendida (2013 e 2014)

Os dados analisados correspondem aos anos de 2013 e 2014, totalizando 1.256 registros, respectivamente, 634 (50,5%) e 622 (49,9%). Destes, para o ano de 2013, 10,9% (n=69) foram excluídos após a avaliação da Fonoaudiologia, pois não necessitavam de acompanhamento do setor. Quanto ao ano de 2014, foram dispensados 4,2% (n=26). Assim, os resultados correspondem a 565 (48,7%) registros para o ano de 2013 e 596 (51,3%) registros para 2014, totalizando 1.161.

No Gráfico 1, a seguir, é apresentada a distribuição dos registros por mês, segundo os anos. Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa no volume de registros de entrada de pacientes ao longo dos meses ($p=0,119$ $X^2_{\text{tendência linear}}$). Os dados estão apresentados por ano e pelo seu valor total.

Gráfico 1 – Percentual de registros distribuídos ao longo dos meses, segundo ano.

Na Tabela 1 (a seguir), última coluna, tem-se a distribuição total de pacientes. Quanto às características sexo e idade, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os anos para o sexo. Os pacientes do sexo masculino apresentaram maior proporção de acompanhamento no ano de 2014 em relação ao ano de 2013 (53% versus 47%; $p=0,001$). Quanto à idade, não foi verificada associação estatisticamente significativa entre os anos estudados. Entretanto, notar-se-á que o índice de acompanhamento fonoaudiológico é visivelmente maior nas faixas etárias de 76 a 85 e maiores de 86 anos, conforme gráficos subsequentes.

Tabela 1 – Número e percentual de pacientes em acompanhamento pelo departamento de Fonoaudiologia, segundo características de sexo e faixa etária referente aos anos 2013 e 2014

Variável	ANO				p (χ^2)	Total		
	2013		2014			N	(%)	
	N	(%)	N	(%)				
Sexo								
Masculino	243	(43)	373	(63)	0,001	616	(53)	
Feminino	322	(57)	223	(37)		545	(47)	
Idade (anos)								
Até 45	24	(4)	34	(6)	0,053	58	(5)	
46 a 75	54	(10)	65	(11)		119	(10)	
76 a 85	135	(24)	144	(24)		279	(24)	
> 86	352	(62)	353	(59)		705	(61)	
Total	565	(100,0)	596	(100,0)		1.161	(100,0)	

Gráfico 2 - Sexos Masculino e Feminino distribuídos por numero de pacientes avaliados em 2013 e 2014

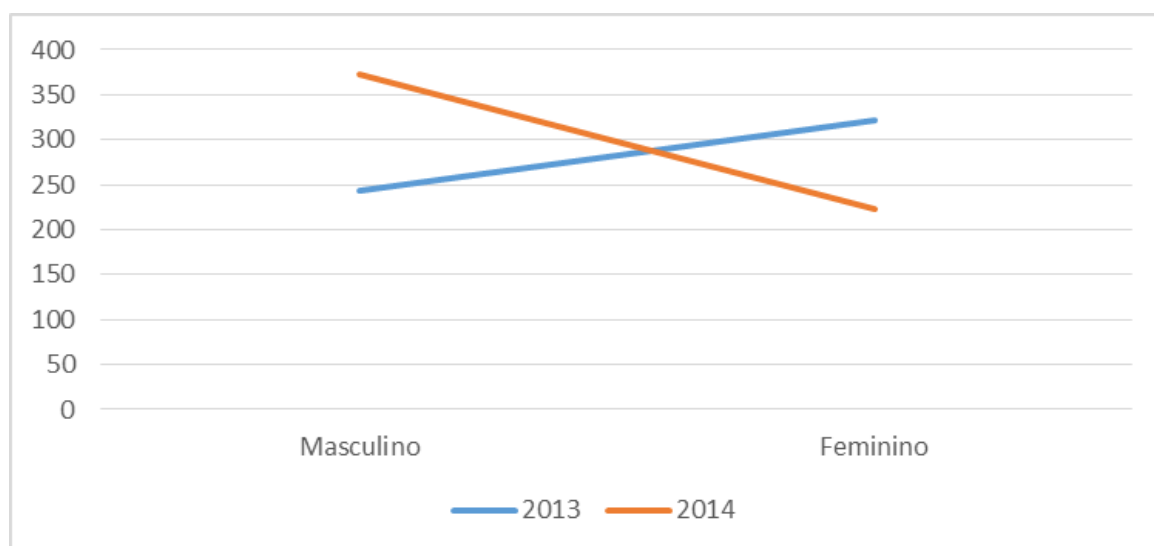
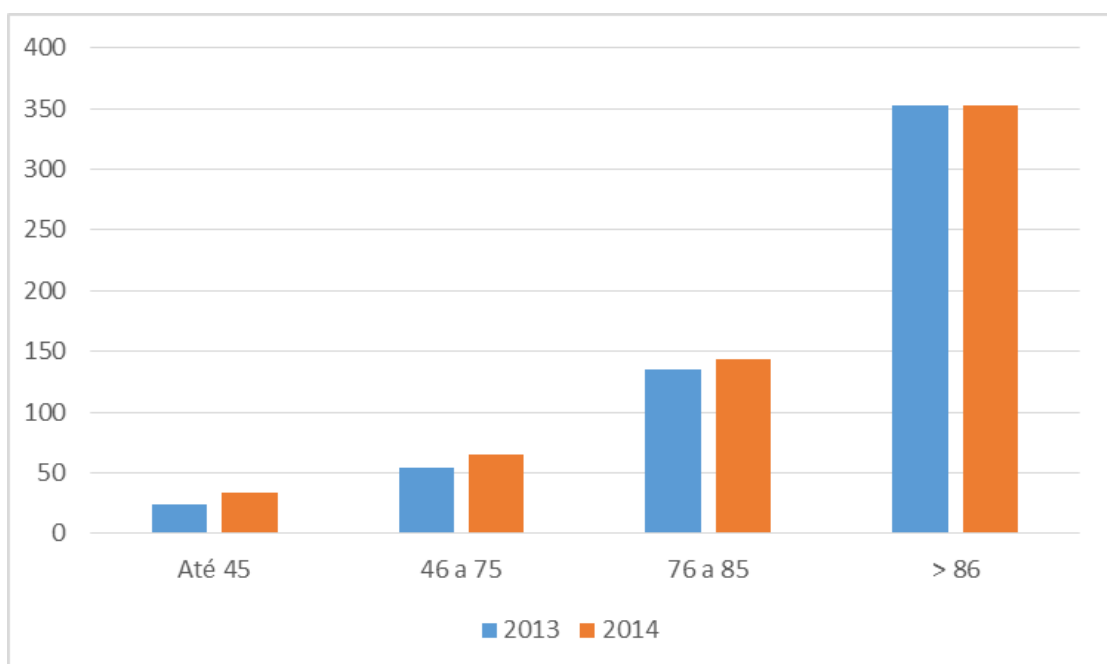


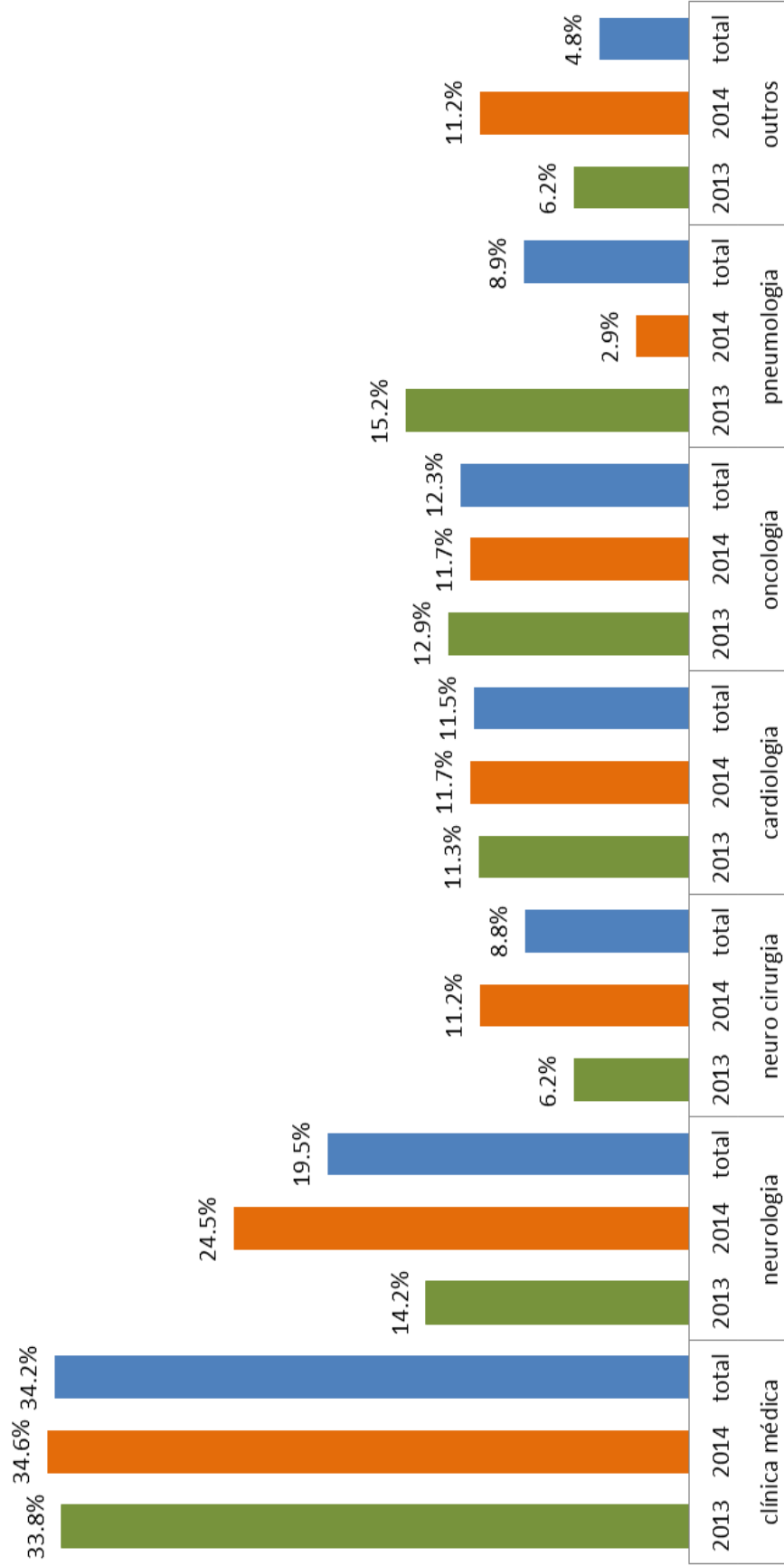
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por faixa etária nos anos de 2013 e 2014, totalizando 1161 registros



Na análise por registro (Gráfico 4), verifica-se que houve maior proporção de encaminhamentos à Fonoaudiologia pela equipe de Clínica Médica (34,2%), seguida pela Neurologia (19,5%). Na comparação entre os anos, destaca-se que os departamentos de Neurologia e Neurocirurgia apresentaram maior proporção de encaminhamentos à Fonoaudiologia em 2014 comparado a 2013. Por outro lado, a Pneumologia encaminhou à Fonoaudiologia mais em 2013 (15,2%) do que em 2014 (2,9%) ($p < 0,001$). Destaca-se que o número de registros atribuídos à Pneumologia foi inferior no ano de 2014: dos 103 encaminhamentos, somente 16,5% foram no ano de 2014 (Tabela 2).

A Tabela 2 (apresentada após o Gráfico 4) apresenta a relação entre o encaminhamento pelas especialidades e o diagnóstico registrado. Na base de dados para o lançamento desta informação, é frequente existir mais de um diagnóstico para cada registro, ou seja parte dos pacientes tem mais de uma doença.

Gráfico 4 – Percentual de encaminhamentos para o departamento de Fonoaudiologia, segundo especialidades medicas



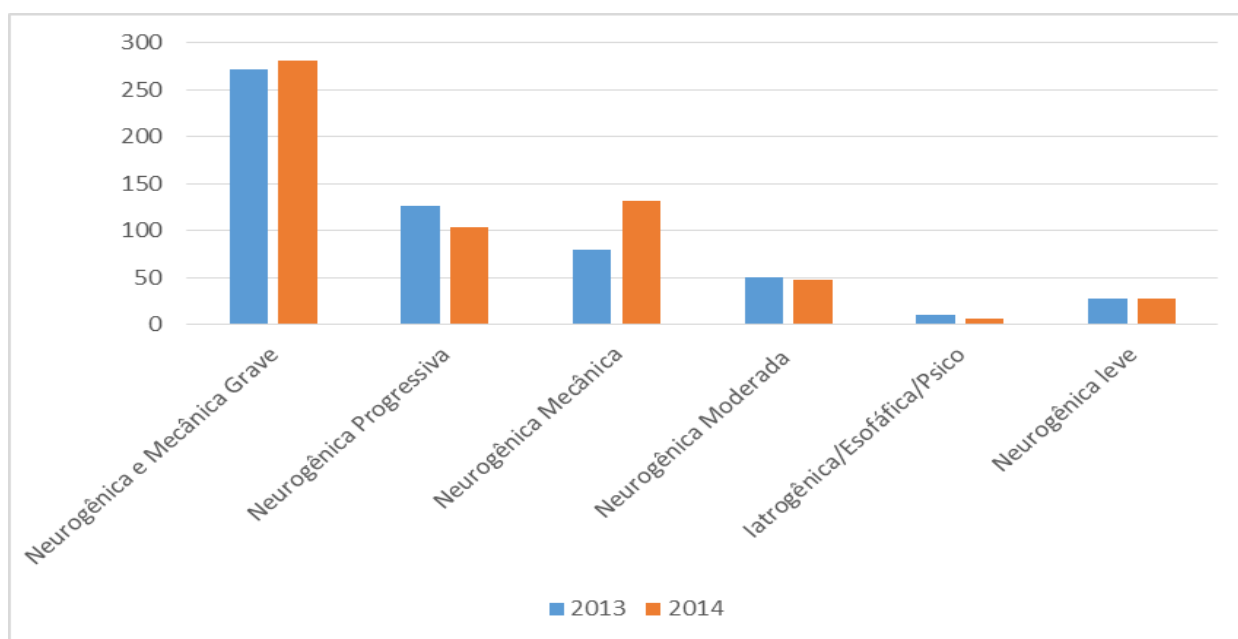
***p<0,001**

Na Tabela 3 e no Gráfico 5 (a seguir), relativo ao diagnóstico de disfagia, a comparação entre os anos indica uma proporção maior de diagnósticos para Disfagia Neurogênica Mecânica em 2014 quando comparada ao ano de 2013 (22,0% versus 14,0%; $p=0,007$).

Tabela 3 – Número e percentual de registros, segundo diagnóstico de Disfagia

Variável Disfagia Orofaríngea	ANO				p (χ^2)	Total	
	2013		2014				
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Neurogênica e Mecânica Grave	271	(48)	281	(47)	0,007	552	(48)
Neurogênica Progressiva	126	(22)	103	(17)		229	(20)
Neurogênica Mecânica	79	(14)	131	(22)		210	(18)
Neurogênica Moderada	50	(9)	47	(8)		97	(8)
Iatrogênica/Esofágica/Psi	11	(2)	6	(1)		17	(1)
Neurogênica leve	28	(5)	28	(5)		56	(5)
Total	565	(100,0)	596	(100,0)		1161	(100,0)

Gráfico 5: Distribuição dos pacientes segundo diagnóstico de Disfagia em 2013 e 2014



Para verificar a associação entre o diagnóstico médico e o diagnóstico fonoaudiológico, utilizou-se a variável “especialidade que fez o encaminhamento”, como se verá nas Tabelas 4 e 5 (a seguir); o que foi necessário devido aos vários diagnósticos pregressos lançados no banco de dados, como citado anteriormente. Em função das diferenças estatísticas observadas nos dados do Gráfico 2 e Tabela 3; os dados na Tabela 4 são para o ano de 2013, os de 2014 estão na Tabela 5.

Vale mencionar que os diagnósticos de Disfagia Neurogênica e Mecânica estão associados aos encaminhamentos oriundos da Neurologia Clínica e da Neurologia Cirúrgica ($p < 0,001$). Por sua vez, para Disfagia Orofaríngea Neurogênica Progressiva (termo utilizado nesta pesquisa para os casos em que os diagnósticos médicos referem-se a doenças degenerativas, como ELA, Alzheimer e Parkinson), na comparação entre os anos, houve uma proporção maior de diagnósticos para Disfagia Neurogênica Progressiva em 2014 (22,0% versus 14,0% em 2013; $p = 0,007$).

Tabela 4 – Número e percentual de registros segundo especialidade que realizou o encaminhamento em relação aos diagnósticos de Disfagia da Fonoaudiologia (2013)

Diagnóstico Disfagia Orofaríngea	Clínica Médica		Neurologia		Neuro Cirurgia		Cardiologia		Oncologia		Pneumologia		Outros	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Neurogênica e Mecânica Grave	93	(48,7)	57	(71,3)	26	(74,3)	13	(20,3)	30	(41,1)	37	(43,0)	15	(41,7)
Neurogênica Progressiva	35	(18,3)	3	(3,8)	5	(14,3)	28	(43,8)	19	(26,0)	23	(26,7)	13	(36,1)
Neurogênica Mecânica	46	(24,1)	1	(1,3)	0	(0,0)	8	(12,5)	5	(6,8)	18	(20,9)	1	(2,8)
Neurogênica Moderada	12	(6,3)	5	(6,3)	0	(0,0)	8	(12,5)	11	(15,1)	7	(8,1)	7	(19,4)
latrogênica/Esofágica/Psicogênica	1	(0,5)	1	(1,3)	1	(2,9)	3	(4,7)	4	(5,5)	1	(1,2)	0	(0,0)
Neurogênica leve	4	(2,1)	13	(16,3)	3	(8,6)	4	(6,3)	4	(5,5)	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	191	(100,0)	80	(100,0)	35	(100,0)	64	(100,0)	73	(100,0)	86	(100,0)	36	(100,0)

$p (X^2) < 0,001$

Tabela 5 – Número e percentual de registros segundo especialidade que realizou o encaminhamento em relação ao diagnóstico de**Disfagia da Fonoaudiologia (2014)**

Diagnóstico	Clínica Médica		Neurologia		Neuro Cirurgia		Cardiologia		Oncologia		Pneumologia		Outros	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Neurogênica e Mecânica Grave	62	(30,1)	105	(71,9)	59	(88,1)	20	(28,6)	24	(34,3)	4	(23,5)	7	(35,0)
Neurogênica Progressiva	30	(14,6)	3	(2,1)	2	(3,0)	26	(37,1)	25	(35,7)	7	(41,2)	10	(50,0)
Neurogênica Mecânica	89	(43,2)	11	(7,5)	2	(3,0)	10	(14,3)	15	(21,4)	3	(17,6)	1	(5,0)
Neurogênica Moderada	22	(10,7)	4	(2,7)	2	(3,0)	14	(20,0)	2	(2,9)	3	(17,6)	0	(0,0)
latrogênica/Esofágica/Psico	2	(1,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	4	(5,7)	0	(0,0)	0	(0,0)
Neurogênica leve	1	(0,5)	23	(15,8)	2	(3,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(10,0)
Total	206	(100,0)	146	(100,0)	67	(100,0)	70	(100,0)	70	(100,0)	17	(100,0)	20	(100,0)

 $p (X^2) < 0,001$

Quanto ao número de sessões realizadas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os anos ($p=0,244$ – *Teste de Mann-Whitney*). Para 2013 a média de sessões foi de 8,45 ($dp=6,0$); mediana de 7 sessões; mínimo de 01 e máxima de 36. No ano de 2014, a média de sessões foi 9,24 ($dp=7,0$); mediana de 08 sessões, variando igualmente entre 01 e 36.

As sessões também foram analisadas por tipo de Disfagia (análise por registro). Verifica-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) entre o número de sessões realizadas para os diferentes tipos de Disfagia (Tabela 6). Pelo teste *post hoc* de Dunn, observa-se que as diferenças entre o número de sessões foram para os registros que tiveram Disfagia Neurogênica e Mecânica grave *versus* Disfagia Neurogênica leve; também entre Disfagia Mecânica *versus* Disfagia Neurogênica leve ($p<0,001$).

Na Tabela 6, abaixo, nota-se a distribuição do número de sessões segundo diagnóstico da Fonoaudiologia em Disfagia Orofaríngea Neurogênica e Mecânica Grave; Disfagia Orofaríngea Neurogênica Progressiva (doenças degenerativas); Disfagia Orofaríngea Neurogênica Mecânica (oncológicos); Disfagia Iatrogênica, Esofágica e Psicogênica; e Disfagia Orofaríngea Neurogênica Leve.

Tabela 6 – Distribuição do número de sessões realizadas segundo tipo de Disfagia

Disfagia Orofaríngea	N	Média	(dp)	Mediana	mim- máx	P
Neurogênica e Mecânica Grave	550	9,6	(7,0)	8,0	1 – 36	0,001
Neurogênica Progressiva	229	8,5	(5,7)	7,0	1 – 25	
Neurogênica Mecânica	209	8,0	(6,0)	6,0	1 – 36	
Neurogênica Moderada	97	10,0	(6,4)	9,0	1 – 25	
Iatrogênica/Esofágica/Psico	17	7,9	(6,6)	6,0	1 – 22	
Neurogênica leve	55	3,9	(4,0)	3,0	1 – 16	
Total	1161					

* dois registros com valores para número de sessões ignorado.

Por fim, foram analisados os desfechos registrados pela Fonoaudiologia por ano. Destaca-se que, no ano de 2014, os pacientes apresentaram um percentual maior de alta hospitalar, com maior necessidade de

acompanhamento fonoaudiológico domiciliar quando comparado a 2013 (89 *versus* 30 $p=0,001$); o que se explica pelo menor tempo decorrido para um certo número de altas hospitalares (fator variável de ano para ano), fazendo com que a Fonoaudiologia realize a sequência dos atendimentos dos casos em atenção domiciliar.

Pois bem, esse panorama de dados sobre fluxos de trabalho e características da demanda encaminhada à Fonoaudiologia, dão uma mostra do tipo de pacientes atendidos e das relações da Fonoaudiologia com a equipe multiprofissional e os setores do Hospital. Embora não exaustivos, os dados delineiam certos contornos do trabalho, abrindo à discussão e às conclusões que virão agora.

4- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Há alguns anos atrás, no início dos processos de acreditação no Hospital da pesquisa, ouvia-se todo tipo de comentários, positivos e negativos, por parte dos trabalhadores: dificuldades para compreender o “como” o trabalho tinha que ser efetivamente estruturado para ser bem avaliado, denotando dificuldade para apreender a lógica da avaliação e as formas de elaboração e aplicação de procedimentos e POPs; reclamações sobre o acréscimo de trabalho; constatação de que era mais fácil preencher os formulários e planilhas do que realizá-los de fato; percepção de que, se tudo corresse bem, seria possível organizar melhor o trabalho e a comunicação entre profissionais, setores, equipes; etc.

Palestras, reuniões, orientações, leituras de textos, manuais de referência e dinâmicas de grupo acompanham, na condição de preparação, os processos de implantação da avaliação pelas Agências Acreditoras e, aos poucos, nesses mais de 06 anos passando por uma, depois duas e três avaliações externas sistemáticas, aprende-se um tanto, adapta-se outro tanto e vive-se os avanços e as dificuldades implicadas nesse tipo de estratégia de avaliação.

Naturalmente, diferentes olhares ou focos de análise identificariam outras tantas questões. Como já foi dito, não há pretensão de uma análise exaustiva sobre a avaliação externa de hospitais, longe disso, apenas descreveu-se e, agora, serão discutidos aspectos relevantes de uma experiência singular e circunscrita da Fonoaudiologia nesse universo.

Do ponto de vista da Fonoaudiologia, alguns dos principais benefícios, bem como questões e desafios derivados ou intensificados pelos processos de avaliação externa do Hospital podem ser sintetizados ponto por ponto, e assim relacionados aos resultados apresentados anteriormente. Ou seja, na perspectiva do trabalho fonoaudiológico, os avanços são claramente demarcáveis. Do mesmo modo, alguns desafios e problemas também são imediatamente perceptíveis e localizáveis, como se verá a seguir.

Primeiramente, os processos de avaliação externa tiraram a Fonoaudiologia de uma condição relativamente apendicular no Hospital em questão, dando a ela

maior presença em termos de pertença e de participação na estrutura e dinâmica de cuidados. Isso se explica por vários fatores, entre os quais se destacam:

- não é incomum que a Fonoaudiologia seja uma prestadora de serviço pontual, apenas para alguns poucos setores dos hospitais. No Hospital da pesquisa esta condição já estava parcialmente mitigada antes das creditações, porém a possibilidade das especialidades avaliarem e discutirem necessidades (com a equipe multiprofissional e com os avaliadores das Agências), assim como de indicarem e justificarem o conjunto de ações e processos nos quais deveriam tomar parte, abriu espaço para que a Fonoaudiologia fosse mais (re)conhecida e ampliasse bastante a abrangência de sua ação;

- O levantamento de *expertises* necessárias e a maior difusão, entre os profissionais e gestores, sobre a competência da Fonoaudiologia também nos cuidados relativos aos transtornos alimentares, que acometem uma parcela bastante significativa dos pacientes, favoreceu a construção, validação e formalização de procedimentos, protocolos e fluxos específicos, dando ensejo a uma interlocução sistemática com muitos setores (médicos e não/médicos), conforme é possível observar claramente nos fluxos apresentados e nos dados estatísticos sobre os vários setores que encaminham pacientes rotineiramente à Fonoaudiologia.

Realizar interlocução sistemática com outros setores favorece a formação de vínculos interprofissionais, ajuda a explicitar a interdependência entre saberes e competências diferentes, colaborando com o início de uma cultura não apenas multiprofissional, mas também interdisciplinar. Obviamente, outros fatores, tais como: hierarquias de poder nos hospitais, com prevalência do saber médico; tipo de formação dos profissionais, geralmente uni disciplinar e com baixo grau de interação e de sinergia com outras áreas e perspectivas das políticas públicas de saúde; e formas de organização fragmentadas e excessivamente burocráticas, que ainda são arraigadas nos hospitais, jogam contra a possibilidade de uma cultura interdisciplinar consistente.

No entanto e apesar de dificuldades como as citadas, a adoção e a formalização das referidas interlocuções são passos necessários (não suficiente) para o desenvolvimento de relações mais permeáveis e vaso-comunicantes entre as

especialidades e setores dos hospitais. Obviamente, não é só a Fonoaudiologia que obteve tal benefício mas, certamente, para ela a legitimação e a valorização dessas relações foi muito importante, inclusive para ser possível problematizar atividades de reabilitação antes realizadas de forma isolada, com pouca interação com outros setores de reabilitação e também com as especialidades médicas.

Os avanços ou benefícios apontados acima indicam um outro, muito importante para o trabalho da Fonoaudiologia no Hospital: a qualificação dos cuidados ofertados pela Fonoaudiologia aos pacientes, em um sentido bem específico, que envolve o que se poderia chamar de linhas de cuidado internas ao Hospital, intra-hospitalares, o que também ajuda a enfrentar as práticas isolacionistas e circunscritas à dimensão uni disciplinar – como discutido há pouco –, além de colaborar na qualificação do cuidado oferecidos aos pacientes.

Por linha de cuidado intra-hospitalar entenda-se o itinerário dos cuidados que os internos receberão no hospital conforme suas necessidades; itinerário que responde ao arranjo organizado para fazer convergir e articular os recursos, setores e profissionais necessários para promover uma assistência segura e adequada, no sentido de atender efetivamente às questões de saúde dos pacientes.

Os fluxos estruturados, apresentados no capítulo de resultados, atestam que sua construção, apresentação e validação junto à Equipe Multiprofissional, às Agências e à Gestão do Hospital, foi central para delimitar o “como” o atendimento da demanda fonoaudiológica estaria entrelaçada a outros setores, de forma associada ao uso das ferramentas de operacionalização das ações e rotinas, e de comunicação entre profissionais: os POPs. Estruturar os fluxos e alinhar os processos de trabalho dependeu da elaboração e validação dos protocolos e procedimentos que desenham a organização das ações de rotina no Hospital.

Fluxos, protocolos e procedimentos são criados, inicialmente e a partir dos modelos de acreditação utilizados, sob a ótica de cada especialidade e, posteriormente, pactuados com os outros profissionais da equipe. Essa atividade é revista com certa periodicidade, para contemplar aperfeiçoamentos e ajustes quando necessários. São também os elementos básicos e essenciais à possível construção de linhas de cuidado internas ao Hospital.

Por isso mesmo, a organização das ações de rotina são ponto de partida para confecção e ajustamento dos fluxos e processos de trabalho, que configuram

espécies de mapas para ação, reorientáveis no tempo e em função das necessidades dos pacientes. Vale lembrar, nesse ponto, que esse conjunto formado por procedimentos articulados, protocolos operacionais e fluxos do trabalho permite que as avaliações externas analisem as conformidades e as não/conformidades em relação aos indicadores avaliados e aos objetivos definidos, bem como que proponham correções e/ou ajustes nos aspectos ou dimensões que não forem bem avaliados.

Os resultados anteriormente expostos ajudam a materializar e exemplificar o que se acabou de argumentar. Os fluxos de trabalho da Fonoaudiologia que, em seu conjunto, participam do itinerário dos pacientes que precisam dos cuidados fonoaudiológicos (associados a vários outros), configuram construções advindas ou aceleradas pelas avaliações externas do Hospital. Os dados mostram, por exemplo, que a maior demanda para Fonoaudiologia vem da Clínica Médica, o que de certa forma surpreende, uma vez que há alguns anos este setor era um dos que menos encaminhava à reabilitação fonoaudiológica da disfagia, embora pneumonias recorrentes fossem frequentes em seus pacientes. Mesmo tratados com medicação de largo espectro, reinternações eram fatos corriqueiros.

As interlocuções com a Clínica Médica e com a Pneumologia, conforme apontam os fluxos de trabalho e os dados sobre os pacientes encaminhados à Fonoaudiologia, permitiu um melhor entendimento sobre as formas mais adequadas para tratar as pneumonias aspirativas; as aspirações silentes; os refluxos gastroesofágico; e também para considerar outros aspectos do sistema estomatognático no diagnóstico e tratamento desses pacientes; aspectos que participam dos processos de respiração, proteção das vias aéreas superiores, fala e deglutição.

Também relevante para Fonoaudiologia no Hospital da pesquisa, no diagnóstico e na terapêutica das disfagias, foi a concretização da avaliação funcional e mecânica da deglutição com o protocolo de exame de Nasofibrolaringoscopia da deglutição, usado para consolidar, juntamente com a avaliação clínica, os riscos de broncoaspiração. Hoje, o Hospital usa este exame como procedimento, inclusive, para promover qualidade de vida de pacientes com esse tipo de intercorrência. Claro que procedimentos como esse não dependeriam das avaliações para serem produzidos, todavia a necessidade de trabalho conjunto, multiprofissional, na

elaboração e pactuação de procedimentos e protocolos acelerou e facilitou que isso ocorresse.

Pacientes encaminhados pela Oncologia e Pneumologia à Fonoaudiologia, em face do sofrimento de pacientes na tentativa de uma alimentação por dieta via oral, e para evitar grande gasto energético e desgaste psicológico, que advém do uso de sonda nasoenteral (SNE), ou pior, da gastrostomia, acabaram por dar ensejo à construção de uma proposta da Nutrição, Enfermagem, Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) e Fonoaudiologia para facilitar o aporte nutricional por via oral de modo seguro, mesmo que por tempo limitado e/ou para alimentação por prazer, dependendo da gravidade do caso.

Essa proposta se materializou em três POPs, da Fonoaudiologia com Nutrição, Enfermagem e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN). Esses POPs orientam as dietas (Nutrição e Fonoaudiologia); as formas de oferta e acompanhamento (Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição); e a as estratégias de desmame da SNE (EMTN e Fonoaudiologia). A abrangência da aplicação desses POPs, para garantia de uma via oral segura na alimentação, é de todas as unidades: UTIA, UTIB, UCO, NEURO E ANDARES (ambulatórios).

Os dados relativos aos óbitos ocorridos em 2013 e 2014, sobretudo de pacientes encaminhados pelo departamento de Oncologia e Pneumologia, sugerem que estes casos, na grande maioria das vezes, chegam em estágios avançados da(s) doença(s) de base, o que limita a atuação fonoaudiológica. Porém, verifica-se que, em 2013, 50% dos pacientes conseguiram manter uma dieta VO por prazer, associada a outra via de alimentação. Em 2014, todos os pacientes mantiveram esta via de prazer, o que significa qualidade de vida em cuidados paliativos. Ou seja, mesmo em casos muito graves ou terminais, interações produtivas entre profissionais e setores, bem como o uso de abordagens diversas, como os cuidados paliativos, podem fazer diferença em termos de acolhimento, conforto e qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado e ao mesmo tempo em que há uma série de benefícios e avanços derivados ou facilitados pelas avaliações externas do Hospital, existem desafios e problemas que tais processos não alcançam ou complexificam. Falava-se há pouco sobre procedimentos, protocolos e práticas clínicas que avançaram no Hospital nos últimos anos, porém há necessidade, por exemplo, de um olhar mais

crítico e reflexivo para construção de alternativas nos casos de doenças degenerativas, que acometem a maioria das indicações vindas da Neurologia.

A maioria dos pacientes vindos da Neurologia apresentam degeneração da deglutição como um dos principais sintomas da evolução de doenças como Esclerose Múltipla Amiotrófica (ELA). Na Doença de Alzheimer e Parkinson, os pacientes em estágios avançados perdem a capacidade de deglutição, e estágios progressivos da doença são bastante comprometedores, uma vez que se trata de processo degenerativo da deglutição. Porém, os sintomas podem ser mitigados pelo acompanhamento sistemático da Fonoaudiologia.

Usar o exemplo da degeneração da deglutição é evidenciar que o conteúdo técnico-científico, mas sobretudo humano dos cuidados escapa à lógica e ao escopo das avaliações externas dos hospitais, depende de outro tipo de processo relacional e reflexivo por parte dos profissionais e gestores do cuidado à saúde, bem como da construção de saberes e estratégias de cuidado que sejam capazes de, entre outras coisas, compreender mais profundamente os pacientes, sua história de vida, seus modos de adoecer, de curar ou lidar com os agravos à saúde, e de (juntamente com seus familiares) protagonizar seus processos de cuidado.

Aliás, os dados também mostram que a maioria da demanda encaminhada à Fonoaudiologia é de idosos, mas não há previsão, nas propostas dos modelos de Acreditação, para analisar e implementar cuidados em função desse tipo de variável e das necessidades concretas de saúde que implica. Tais iniciativas dependem dos profissionais e não há garantia de que serão consideradas pelas Agências de Acreditação.

Como já foi dito, citando Schiesari (2014), as avaliações externas dos hospitais tendem a homogeneizar os cuidados e a gestão do trabalho, o que pode limitar ou mesmo impedir uma escuta qualificada à singularidade dos pacientes e às suas necessidades de saúde, por decorrência, restringindo as possibilidades de realizar um acolhimento adequado e de produzir corresponsabilidade dos gestores, profissionais, pacientes e seus familiares pelos processos de cuidado.

Tais dimensões são absolutamente fundamentais para qualidade dos serviços hospitalares e, de certa forma, transcendem a planificação das avaliações externas, na qual a qualidade é pensada, prioritariamente, como racionalização e

controle de variáveis, por meio das aferições de indicadores, metas e objetivos quantificáveis e universalizáveis.

Em outras palavras, embora as dimensões prioritariamente acompanhadas pelas avaliações externas sejam necessárias para compor a qualidade do cuidado, não são suficientes para dar conta da complexidade do processo saúde/doença, tampouco dos aspectos intersubjetivos e do caráter singular e, muitas vezes, imprevisível das relações de cuidado e das dinâmicas de adoecimento e cura.

Além disso, o trabalho para cumprir as solicitações e exigências de padronização das avaliações externas consome bastante a carga horária dos trabalhadores do Hospital, o que diminui a disponibilidade de tempo para as relações conversacionais, analíticas e reflexivas entre os profissionais e destes com seus pacientes. No hospital da pesquisa, são três os modelos de acreditação adotados, o que complica ainda mais a disponibilidade de tempo por parte dos profissionais, também por isso gera dúvidas sobre a eficácia de várias acreditações simultâneas.

Aqui vale uma consideração pessoal. Durante meu mestrado, também realizado no Hospital da atual pesquisa e antes de minha participação nos processos de avaliação externa, o foco era o cuidado dos casos em sua singularidade, digamos assim, subjetiva, social e de saúde.

Vejo que o espaço para esse tipo de abordagem, embora continue existindo, encolheu em favor da planificação da demanda, para que possa ser possível pensar por meio de conjuntos de pacientes com diagnósticos e níveis de severidade semelhantes, de modo a permitir a criação de procedimentos mais gerais, bem como de protocolos e fluxos aplicáveis a grupos mais amplos.

Como conciliar a singularidade e a centralidade dos pacientes com a universalidade de procedimentos, protocolos e fluxos de trabalho? Pessoalmente, não sei como responder à indagação, a não ser pela tentativa que, com vários outros companheiros de trabalho e de modo tateante, fazemos para compatibilizar essas duas pontas da corda na qual nos equilibramos. Na literatura sobre tal problemática, percebe-se que a maior ênfase, ou o posicionamento em um dos lados, configura um campo de disputas, mais ou menos polarizada, entre os autores, suas perspectivas e convicções.

Quanto a mim, a sugestão de Schiesari (2014, p. 4233), já citada antes, é o horizonte que vale a pena perseguir: “que tal seguirmos modelos simplificados de

avaliação externa da qualidade e darmos espaço para iniciativas com maior grau de autonomia e liberdade locais?” Até porque, se há ganhos não negligenciáveis com os processos de avaliação externa por Agências de Acreditação, por exemplo, no plano organizacional, na agilidade procedimental e na interação estruturada entre profissionais. Ao mesmo tempo, é necessário não reduzir a reflexão e a prática clínica à estrutura formal das regras de gestão, dos procedimentos e das padronizações, sob o risco de perder qualidade clínica, em termos de escuta e compreensão do sofrimento, dos agravos e dos modos singulares pelos quais os pacientes e seus familiares enfrentam a internação, as relações com os profissionais de saúde e as muitas intervenções as quais se submetem no Hospital.

Por fim, para Fonoaudiologia, quais são as conclusões que se pode tirar da experiência descrita e das reflexões até aqui realizadas? Sem prejuízo de outras, algumas se destacam. Há muitos fonoaudiólogos trabalhando em hospitais, mas o tamanho da demanda e as diversas possibilidades de contribuição da área permitiriam que esse número fosse muito maior. Nos dados da presente pesquisa, em um único hospital e voltados mais especificamente à disfagia, o número de pacientes atendidos em dois anos e as diversas questões que implicam os fonoaudiólogos no trabalho hospitalar, confirmam tal potencialidade.

No entanto e de saída, para que isso possa, de fato, ocorrer não basta constatar potencialidades, será necessário que a área, para além da formação e da atuação centrada no campo da investigação e da reabilitação dos transtornos de alimentação, linguagem, audição, voz e motricidade orofacial, adentre o território complexo desse componente da atenção à saúde, o que não se faz sem uma série de inflexões. Vejamos algumas, cuja necessidade sinto na pele e que ficaram ainda mais evidentes, ainda como lacunas em minhas competências, durante a elaboração desta pesquisa:

- Entender-se como profissional de saúde, da equipe de saúde, mais do que como especialista enredado em suas questões específicas, sob o risco de ficar isolado, com baixo grau de interações produtivas num ambiente tão complexo e desafiador quanto o hospitalar. Mais do que isso, talvez o principal risco seja o de perder os benefícios do trabalho interdisciplinar, da composição e criação de saberes que facilitam o equacionamento dos problemas e a evolução satisfatória dos

pacientes. Naturalmente, isso tudo exige, de saída, que cada fonoaudiólogo e a área melhorem muito a formação (na graduação e depois dela) em termos de vaso-comunicação com as outras áreas de saber, bem como na compreensão do SUS, suas políticas de saúde e, nelas, aquelas destinadas à atenção hospitalar e às suas relações com os demais componentes da atenção à saúde (básica e especializada).

- Perceber que as questões organizacionais e de gestão impactam diretamente os processos de cuidado e que, por isso, não é suficiente ser um bom especialista para fazer um trabalho qualificado, é fundamental compreender as articulações (ou falta delas) de seu trabalho com o dos outros trabalhadores do hospital: gestores, especialistas, técnicos, administrativos e, no caso em questão, também avaliadores. Dizendo de outro modo, é preciso aprender um pouco (não parece necessário se especializar nisso) sobre as questões e dinâmicas organizacionais, institucionais e de gestão (administrativa e, principalmente, do cuidado), pois isso localiza e dá sentido ou permite vislumbrar os entraves do trabalho, abrindo espaço para solucionar problemas e encontrar alternativas adequadas e mais potentes para qualificar a atuação individual e em equipe.

- No caso dos processos de avaliação externa, o(s) modelo(s) adotado(s) pelo hospital faz(em) sentido, mesmo com críticas, quando se consegue pensá-lo(s) e executá-lo(s) em linha com as potencialidades e limites da instituição, e não a partir de si e da própria especialidade. Como foi mencionado, várias dificuldades para implementar os referidos modelos vêm da arraigada cultura de fragmentação e atomização técnica e corporativa dos setores e especialidades do hospital.

Enfim, participar cotidianamente e pesquisar o trabalho fonoaudiológico tendo como pano de fundo os processos de avaliação externa é também um enorme desafio pessoal, que mostra o quanto, embora com vários anos de experiência, os movimentos são tateantes, ainda mais sem poder contar com o subsídio de outras experiências fonoaudiológicas publicadas sobre a temática. Espero que, mesmo tateante, esse trabalho contribua com o desenvolvimento da área no campo hospitalar, e com os fonoaudiólogos que trabalham em hospitais e passam por situações correlatas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILLAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.

ALVES, D. M. **Qualidade de atendimento em saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização]. Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós Graduação em Aplicações Complementares as Ciências Militares, Rio de Janeiro. 2008.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Limeira. Disponível em: <<http://apmlimeira.org.br/>>. Acesso em: 14 de nov. 2010.

BATTISTA, R; CONTANDRIOPOULOS, A; CHAMPAGNE, F; WILLIAMS, J. L; PINEALT, R; BOYLE, P. **Health related research: a conceptual Framework**. Journal of clinical Epidemiology, v. 42, n. 12, p. 1155-1160, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARIDE, J. A. **La educacion ambiental: concepto, historia y perspectivas**. In: CARIDE, J. A. et al. (Orgs.). Educación ambiental: realidades e perspectivas. Santiago de Compostela: Torculo, 1999. p.7-86.

CARRARA-DE ANGELIS, E. **Fonoaudiologia Hospitalar: uma nova especialidade?** Jornal do CFFa, 2, 5,1999.

CECILIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. Botucatu, Interface, Comunicação, Saúde, Educação v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.

COT, F.; DESHARNAIS, G. **La dysphagie chez L'adult**. evaluation et traitement. Canadá: Edsem, 1985.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. O trabalho do fonoaudiólogo em hospitais: tema de reflexão e amadurecimento. Informativo do CRFa, 34, 16, 2000.

DEVENPORT, T. H. **Reengenharia de Processos**: Como inovar na empresa através da tecnologia da informação. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1994.

DONABEDIAN, A. **Quality assesment an assurance**: unity of purpose, diversity of means. Inquiry, v. 25, n. 1, p. 173-192, 1988.

DONABEDIAN, A. **The seven pillarrs of quality**. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. The Milbank Quarterly, v.83, n.4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <<http://www.milbank.org/quarterly/830416.donabedian.pdf>>.

DUARTE, M. J. F. **Prática fonoaudiológica com pacientes disfágicos em contexto hospitalar**: aspectos biopsíquicos. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia]. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

DUARTE, R. L. **Procedimento Operacional Padrão**: A Importância de se padronizar tarefas nas BPLC. Curso de BPLC - ANVISA, 2005. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/reblas/cursos/qualidade19/MP%20_apostila_%205%20-%20final.pdf>. Acesso em: 02 de ago. 2012.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**. Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2005.

FNQ. **Critérios de excelência**. Fundação Nacional de Qualidade (FNQ), 2006.

FRENK, J; PEÑA, J. **Bases para evalución de la tecnologia y la calidad de la atencion a la**. Salud Publica de México, v. 30, n. 3, p. 405-415, 1988.

FURKIN, A. M.; SILVA, R. G. **Programa de reabilitação em disfagia neurogênica**. São Paulo: Frontis Editorial, 1999.

IQG e CCHSA internacional. **Manual de acreditação internacional**. Programa de acreditação canadense – CCAP, s/d.

JACOBY, J. S.; LEVY, D. S.; SILVA, L. M. C. **Disfagia avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Editora Revinter LTDA, 2004.

LOGEMANN, J. A. **Evaluation and treatment of swallowing disorders**. Texas: PRO-ED, 1983.

LUZ, E. **A Fonoaudiologia Hospitalar em questão.** Jornal do CFFa, v. 2, n. 4, 1999.

MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. – Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006. MS, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/sps/acred.htm>>. Acesso em: 12 de mar. 2013.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde.** Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem UFMG, Programa de Pós-Graduação, Belo Horizonte. 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde:** mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MURPHY, P. **Reducing hospital in patient lengths of stay.** J. Nurrs. Care Qual, M. 40, p. 54, ed. especial. 1997.

NETO, Q. A. **Processo de acreditação:** a busca da qualidade nas organizações de saúde. 1ª. Ed. Porto Alegre: Ed. Dacasa, 2000, p. 26-30.

NOVAES, H. M.; J. M. PAGANINI. **Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil).** Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/HSS/1994.

PIRES, A. K. et al. **Gestão por competências em organizações de governo.** Brasília: ENAP, 2005. 100 p.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. 2, p. 251-63, abril-jun, 2000.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, EDIÇÃO 2004-2005. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 de dezembro. 2014.

SCHIESARI, L. M. C. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil:** evolução histórica e referências externas. Dissertação [Mestrado em Administração Hospitalar]. Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo. 1999.

SCHIESARI, L. M. C. **Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil:** podemos fazer diferente? Ciência & Saúde Coletiva, 19(10): 4229-4234, 2014.

TONETTO, A. M. e GOMES, W. B. **A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar.** Estudos da Psicologia Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, jan-mar, 2007.

VUORI, H. V. **El control de calidad en los servicios sanitarios** – Conceptos y Metodología. Barcelona: Ed. Masson, 1988.

ANEXO



Carta de Consentimento para utilização de Prontuário

São Paulo, 10 de fevereiro de 2013.

À
Comissão de Ética do PEPG de Fonoaudiologia da PUC-SP

Eu, George Schahin,
RG 3.583.091, CPF 077.470.988-04,
responsável pelo Hospital Santa Paula, com lougradouro: Avenida Santo Amaro, 2468 –
São Paulo - SP, autorizo a pesquisadora: Maria José de Freitas Duarte a realizar a
pesquisa intitulada: Organização de Processos de Trabalho e Acreditação em Saúde no
Contexto Hospitalar: Um Olhar a Partir da Fonoaudiologia utilizando dados dos
prontuários, afins desta instituição.


Assinatura do responsável
Hospital Santa Paula

Dr. George Schahin
Diretor Presidente

e-mail: posfono@pucsp.br