

CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO E PRÁTICAS EM GESTÃO EM SAÚDE



CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO E PRÁTICAS EM GESTÃO EM SAÚDE

CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO E PRÁTICAS EM GESTÃO EM SAÚDE



Cora Franklina do Carmo Furtado
Maria Salete Bessa Jorge
Damião Maroto Gomes Junior
Thereza Maria Magalhaes Moreira



2022 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: João Carlos Trajano

Revisão: Os autores

Gestão de qualidade em saúde: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-107-2

DOI: 10.51859/ampla.gqs072.1122-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2022

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2022 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: João Carlos Trajano

Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Gestão de qualidade em saúde [livro eletrônico]: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde / organização Cora Franklina do Carmo Furtado...[et al]. -- Campina Grande : Editora Ampla, 2022.

163 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5381-107-2

1. Gestão em saúde. 2. Gestão de qualidade em saúde.

I. Furtado, Cora Franklina do Carmo. II. Título.

CDD-610

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213

(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde : Gestã de qualidade 610

Editora Ampla

Campina Grande - PB - Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2022

PRÉFACIO

O Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) nos traz mais um livro, agora intitulado. **GESTÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE: CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO E PRÁTICAS EM GESTÃO EM SAÚDE**. Trata-se de uma excelente complementação ao último livro produzido pelo MEPGES, intitulado Planejamento Estratégico, Ferramentas de Gestão, Aplicativos de Tecnologias de Informação e as Implicações na Saúde de Pessoas em Situação de Cuidado e as Tomadas de Decisões. Desta feita, o foco principal está nas ferramentas da qualidade.

O livro está estruturado em doze capítulos, distribuídos em duas partes principais: Segurança em crianças recém-nascidas, instrumentos e atenção básica e aplicabilidade das ferramentas da qualidade da gestão: abordagens e métodos.

Na primeira parte são enfocados os setores de psicologia, alta hospitalar, farmácia e atenção básica, na perspectiva da melhora da qualidade de atendimento e da segurança. Na segunda parte o foco é a abordagem multiprofissional em diferentes níveis assistenciais, a odontologia e os serviços de saúde, sempre com o foco na melhora da qualidade.

O olhar diferenciado para diferentes setores ligados ao atendimento da população e a preocupação com a qualidade em saúde e formas de implementá-la torna o livro uma contribuição ímpar no campo da gestão. Isto mostra mais uma vez a preocupação do MEPGES em avançar extramuros acadêmicos e levar o conteúdo ensinado para a prática.

Embora esta produção não tenha vínculo formal com a criação de organizações letradas em saúde, ela instrumentaliza todos que buscam uma gestão amiga do letramento em saúde, pois a busca da qualidade é um ponto importante para o desenvolvimento de tais organizações.

Trata-se, portanto, de mais um livro de cabeceira produzido pelo MEPGES, a exemplo de outros por ele publicados. Almejamos que o leitor possa explorar seu conteúdo e derivar significados para uma prática de gestão comprometida com a qualidade.

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Profa Dra Emérita. UECE. Docente do MEPGES

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - FERRAMENTAS DA QUALIDADE APLICADAS À MELHORIA DO ATENDIMENTO DE UMA CLÍNICA DE PSICOLOGIA E ACOLHIMENTO AOS PACIENTES COM PROBLEMAS DE DEPRESSÃO NO PERÍODO DA COVID-19.....	11
CAPÍTULO II - SEGURANÇA NA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO: ATENÇÃO À ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO - DNV.....	17
CAPÍTULO III - INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE E APLICABILIDADE NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	27
CAPÍTULO IV - QUALIDADE E ATENÇÃO BÁSICA - PROMOVENDO A MELHORIA CONTÍNUA NA SAÚDE PRIMÁRIA	35
CAPÍTULO V - APLICABILIDADE DE FERRAMENTAS DA QUALIDADE EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM DIFERENTES NÍVEIS ASSISTENCIAIS.....	44
CAPÍTULO VI - APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	58
CAPÍTULO VII - APLICAÇÃO DOS MÉTODOS DE GESTÃO DE QUALIDADE	71
CAPÍTULO VIII - CONSTRUÇÃO DE SABERES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	89
CAPÍTULO IX- FERRAMENTAS DA QUALIDADE: COMO APLICÁ-LAS NA SAÚDE?	104
CAPÍTULO X - GESTÃO DA QUALIDADE NA CÉLULA DE ODONTOLOGIA QUE INTEGRA O DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO CEARÁ.....	115
CAPÍTULO XI - GESTÃO DA QUALIDADE SOB A ÓTICA DE DISCENTES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIAS	127
CAPÍTULO XII - EXPERIÊNCIAS NA BUSCA DE MELHORIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM APLICAÇÃO DE CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE	140
POSFÁCIO.....	149
SOBRE OS ORGANIZADORES	150
SOBRE OS AUTORES.....	151

INTRODUÇÃO

Cora Franklina Do Carmo Furtado
Maria Salete Bessa Jorge
Damião Maroto Gomes Junior
Thereza Maria Magalhaes Moreira

Na segunda metade do século XX, especialmente a partir dos anos 70, os mercados mundiais passaram a ser regidos pela oferta. Ao objetivo de quantidade com menores custos, juntou-se o objetivo da qualidade. Desde então, as empresas têm buscado uma maior capacidade de adaptar-se rapidamente a novos produtos, atendendo a demandas cada vez mais exigentes.

O setor de saúde tem apresentado dinamismo crescente e, com o avanço tecnológico, novidades surgem a todo momento, sendo capazes de alterar o paradigma vigente num curto espaço de tempo. Nesse contexto, a gestão e o controle da qualidade despontam como um diferencial nos serviços, tanto no âmbito público quanto no privado.

Qualidade é um conceito espontâneo e intrínseco a qualquer situação de uso de algo tangível. Pode se referir a relacionamentos envolvidos na prestação de um serviço ou a percepções associadas a produtos de natureza intelectual, por exemplo. Para Marshall Júnior et al (2012), estamos frequentemente avaliando e sendo avaliados no ato de gerarmos ou recebermos os elementos que compõem a interação e os atos de consumo presentes em nossa vida. Está relacionada com todas as etapas do processo, e não apenas com o produto.

A concepção de qualidade é bastante antiga, tendo passado por evolução ao longo do tempo. Se antes era vista sob a ótica da inspeção, quando tentava-se alcançar a uniformidade do produto, nas últimas décadas passou a vigorar uma conotação voltada ao gerenciamento estratégico, no qual a preocupação maior está em satisfazer as necessidades do cliente e do mercado (MACHADO, 2012).

O entendimento de qualidade aplicada à gerência teve seu início no Japão pós Segunda Guerra Mundial, no esforço de reconstrução do país que envolveu diversas mentes, como Edwards Deming, Joseph Juran e Kaoru Ishikawa, difundindo-se pelos Estados Unidos e outros países após a década de 1950. A indústria de serviços de saúde só incorporaria os novos métodos entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, com grande contribuição das iniciativas pioneiras do pediatra armeno-americano Avedis Donabedian, o primeiro a se dedicar de maneira sistemática a estudar e publicar sobre o tema (BURMESTER, 2013).

Gestão da qualidade é o exercício de supervisionar as atividades, tarefas e processos utilizados na criação de um produto ou serviço, para que possam ser mantidos em um padrão alto



e consistente. Atualmente é considerada um fator de mercado e vem sendo cada vez mais desejada entre os clientes (LOBO, 2020). Sua importância vai além de sua existência como disciplina, tendo em vista o papel decisivo que tem assumido em face do processo de abertura dos mercados e da consequente ampliação da competição entre organizações, na busca de competitividade.

Uma gestão da qualidade eficiente conta com estratégias baseadas nos objetivos que se deseja alcançar. As ferramentas da qualidade são um conjunto de metodologias utilizado para definir, medir, analisar e resolver problemas que impactam nos resultados das organizações. Elas permitem a avaliação do processo, a identificação de gargalos, a análise de dados e busca pela causa-raiz do problema, o planejamento e implementação de ações corretivas e a análise dos resultados obtidos. Um dos usos mais comuns ocorre durante a aplicação de metodologias de análise e solução de problemas.

Kaoru Ishikawa (1915-1989), engenheiro japonês considerado um dos gurus da gestão da qualidade, reuniu as sete metodologias básicas que, em seu entendimento, poderiam solucionar até 95% dos problemas das organizações. São elas: o histograma, o diagrama de Pareto, o diagrama de causa-efeito, as cartas de controle, o fluxograma de processos, o diagrama de dispersão e as folhas de verificação.

Estas ferramentas colaboram para que os problemas sejam solucionados de forma assertiva, direcionando corretamente os esforços. Assim, possuem significativa importância para os gestores, uma vez que possibilitam uma melhor organização dos processos. Com sua aplicação objetiva-se alcançar a qualidade, com melhoria contínua e foco nas necessidades dos clientes.

Considerando que a aplicação das ferramentas da qualidade não obedece a uma sequência nem uma aplicação específica, mesmo que algumas delas sejam claramente mais adequadas para determinadas funções, cada gestor deverá avaliar as ferramentas que melhor se aplicam à sua área e que serão capazes de indicar o caminho mais adequado para implantação de melhorias. Em outras palavras, os melhores profissionais utilizam as melhores ferramentas. Com qualidade definida de acordo com as exigências e as necessidades de quem consome, haja visto que estas estão em permanente mudança, as especificações da qualidade também sofrem alteração frequentemente.



REFERÊNCIAS

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

LOBO, R. N. **Gestão da qualidade**. 2ª edição. São Paulo: Érica, 2020.

MACHADO, S. S. **Gestão da qualidade**. Inhumas: IFG, 2012.

MARSHALL JÚNIOR, I. et al. **Gestão da qualidade**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.



CAPÍTULO I

FERRAMENTAS DA QUALIDADE APLICADAS À MELHORIA DO ATENDIMENTO DE UMA CLÍNICA DE PSICOLOGIA E ACOLHIMENTO AOS PACIENTES COM PROBLEMAS DE DEPRESSÃO NO PERÍODO DA COVID-19

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-1

Núbia dias Costa Caetano
Ana Elizângela do Monte Almeida
Aurelina Cedraz de Carvalho
Elaine Gomes Bôto
Eveline Lima Maia
Cora Franklina do Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

“A pandemia do novo Coronavírus Sars-Cov-2 e suas consequências continuam impactando na sociedade e na economia, ultrapassando as fronteiras entre os países” (MATHEUS, 2021, p.4) . Desde o início da pandemia já “expôs as contradições e desigualdades de nossa sociedade bem como as fragilidades do sistema capitalista no que diz respeito a proteção da vida humana” (STAVIZKI JÚNIOR, 2020, p. 5).

“Em todo o mundo, quase um bilhão de pessoas são afetadas por transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias (MNS)” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022, p. 65). As consequências dessa pandemia foram “além das milhares de mortes causadas pela doença, que ultrapassaram a marca de 500 mil nos primeiros seis meses de pandemia e dos mais de 10 milhões de casos confirmados no mundo todo” (JHU, 2020 apud STAVIZKI JÚNIOR, 2020, p. 5). Em consequência disso, ocorreu uma crise social que evidenciou os problemas já existentes na nossa sociedade.

O aumento no número de doenças como depressão, ansiedade, síndrome do pânico e suicídios, o que favoreceu um acréscimo significativo na procura de atendimento psicológico tendo como consequência um aumento na quantidade de clínicas especializadas em atendimento psicológico voltadas para todas as idades. “No primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%, de acordo com um resumo científico divulgado nesta quarta-feira (2) pela Organização Mundial da Saúde (OMS)” (OPAS, 2022, on line).



... as angústias, ansiedades, preocupações, temor, pânico, consequentemente as mudanças na qualidade do sono, que já não é mais reparador como antes, o cansaço, o tédio e os conflitos que as famílias precisam enfrentar, as incertezas sobre o dia de amanhã, todos esses fatores são sem dúvidas redutores da qualidade de vida e bem-estar, colocando em causa a saúde física mental das pessoas (ZWIELEWSKI, 2020, p. 49).

“Ao mesmo tempo, a prestação desses serviços sofreu. Em uma pesquisa realizada em 130 países de julho a agosto de 2020, 93% dos países relataram interrupções em um ou mais de seus serviços MNS” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022, p. 65). Diante da emergência da prestação do serviço de atendimento psicológico e a necessidade de uma acolhida com qualidade aos pacientes que demandam o serviço para melhoria do bem-estar, observou-se a necessidade de aplicação de algumas ferramentas da qualidade para sugestão de melhoria contínua ao atendimento e as entregas aos pacientes que procuram por ajuda psicológica.

O estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura e teve como proposta o uso de ferramentas da qualidade para uma clínica de psicologia na perspectiva de melhoria contínua da qualidade do atendimento ao paciente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. QUALIDADE NA SAÚDE APLICADA À PSICOLOGIA

“Como tal, a definição de qualidade pode ser quase qualquer coisa que alguém deseje, embora seja, normalmente, um reflexo dos valores e objetivos atuais no sistema de assistência médica e na sociedade maior da qual faz parte” (DONABEDIAN, 1966, p.3). Esse entendimento traz uma coerência com as necessidades de melhoria da qualidade de vida de pacientes que a psicologia busca cuidar para evitar situações de depressão ou até mesmo proporcionar tratamento às pessoas em situação de depressão ou ansiedade.

O cenário atual da Saúde Pública que impõe a necessidade de utilização adequada de recursos, visando alocação responsável em busca de produção, produtividade e resolutividade, faz com que todos os gestores da área da saúde, inclusive da Psicologia Hospitalar, tenham que se ater a esta demanda, uma vez que a busca da qualidade dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se imperativo técnico e social (FERRARI, 2013, p 61).

A qualidade do atendimento na saúde é relacionada a “alcançar as melhorias desejadas na saúde e no bem-estar em circunstâncias agradáveis aos beneficiários e socialmente aprovadas. Portanto, a qualidade compreende, pelo menos, quatro componentes: ...” (DONABEDIAN, 1986, p. 6).



Quadro 1: Componentes da qualidade

Gerenciamento técnico	o gerenciamento técnico da saúde e da doença
Gerenciamento do relacionamento	o gerenciamento do relacionamento interpessoal entre os prestadores de cuidados e seus pacientes
Acolhimento do atendimento	as comodidades do atendimento
Princípios éticos na conduta da assistência	os princípios éticos que regem a conduta em geral e a empresa de assistência médica em particular

Fonte: DONABEDIAN (1986, p. 6).

A qualidade de vida e bem-estar envolvem aspectos de saúde mental das pessoas. “A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo. Estima-se que 5% da população tem depressão” (CARDOSO, 2011, p. 479). Para tanto, há algum tempo a Organização Mundial de Saúde - OMS preocupa-se com a saúde das pessoas.

Organização Mundial da Saúde, propondo uma natureza multifatorial da qualidade de vida, refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente (SOUSA; CARVALHO, 2003, p. 516)

Além da OMS, a Organização das Nações Unidas sugeriu um objetivo para o desenvolvimento sustentável que é o “Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2022, *on line*). Ampliou o objetivo 3 em uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS a “3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”. A orientação indica a demanda por mais serviços psicológicos que são proporcionados aos pacientes em ambientes físicos de clínicas.

Nesse contexto é importante pensar em um ambiente acolhedor e que proporcione bem-estar aos pacientes que comparecem para seus tratamentos e para isso é importante propor ferramentas de qualidade que cooperam com a gestão de clínicas de psicologia para a melhoria contínua do serviço prestado.

2.2. FERRAMENTAS DE QUALIDADE QUE PODEM SER APLICADAS EM CLÍNICAS DE PSICOLOGIA

A utilização de ferramentas da qualidade é essencial para melhorar a qualidade de projetos, produtos, sistemas e processos; e são usadas para avaliar e melhorar o desempenho das instituições (públicas ou privadas), bem como de todos os processos envolvidos e seu uso busca atingir uma excelência nos produtos e serviços visto que influencia diretamente na satisfação do usuário do serviço.

As ferramentas de gerenciamento e mapeamento poderão proporcionar apoio a uma clínica de psicologia. Uma ferramenta de padronização que poderá trazer contribuições é 5W2H



que tem por finalidade mapear os processos. No quadro 2 foram disponibilizadas perguntas que podem ser aplicadas ao processo de mapeamento dos processos em uma clínica.

Quadro 2: 5W2H

PERGUNTAS	PALAVRAS-CHAVE
O que?	Etapas
Por que?	Justificativa
Quando?	Tempo
Onde?	Local
Quem?	Responsabilidade
Como?	Método
Quanto custa?	Custo

Fonte: adaptado de Marshall Junior (2003, p. 113)

O conhecimento e reconhecimento das respostas destas perguntas simples são consideradas essenciais para o desenvolvimento da execução de uma ação objetivada dentro de uma organização, com possibilidades de constituir um roteiro, organizado e adaptado conforme necessidade.

Além da ferramenta 5W2H também pode ser utilizada o modelo SERVQUAL que trata das dimensões elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014, 37).

... as cinco dimensões da SERVQUAL, por serem derivadas da análise sistemática de avaliações de clientes, obtidas em centenas de entrevistas em vários setores de serviços, constituem uma representação concisa dos critérios básicos que os clientes utilizam para avaliar a qualidade de " (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014, p.36).

As dimensões da qualidade envolvem aspectos específicos no setor de serviços que podem ser avaliados e monitorados pelas cinco dimensões da SERVQUAL descritas no quadro 3.

Quadro 3: Elementos da SERVQUAL

Elementos tangíveis	Aparência e evidência das instalações físicas.
Confiabilidade	Capacidade de entrega do serviço em conformidade com o que foi prometido.
Responsividade	Atender o cliente prontamente e capacidade de rapidez nas respostas.
Segurança	Confiabilidade e confidencialidade.
Empatia	Demonstrar interesse e atenção personalizada aos usuários de um serviço.

Fonte: Adaptado de Zeithaml, Parasuraman, Berry (2014)

E tomando por base a literatura foi proposta a aplicação desta metodologia em uma clínica de psicologia no sentido de praticar a efetiva gestão em saúde. Para efeitos de aplicação também foi sugerido um instrumento de verificação da SERVQUAL como sugestão conforme quadro 4.



Quadro 4: Instrumento de verificação da SERQUAL para uma clínica de psicologia

Elementos tangíveis Aparência e evidência das instalações físicas.	As instalações da clínica são atraentes? O consultório traz mobiliário adequado ao atendimento e conforto do(a) paciente? As instalações estão limpas e higienizadas?
Confiabilidade Capacidade de entrega do serviço em conformidade com o que foi prometido.	O paciente percebe a entrega do serviço como esperado? O paciente sente que o tratamento é confiável? O paciente melhora sua condição após o tratamento?
Responsividade Atender o cliente prontamente e capacidade de rapidez nas respostas.	Quando o paciente tem um problema emergencial qual a ação da clínica para resolver rapidamente? O psicólogo é solícito sempre que possível? Os pagamentos dos serviços são justos para o paciente e para o profissional da psicologia?
Segurança Confiabilidade e confidencialidade.	É assegurada a confiabilidade do tratamento de forma muito segura?
Empatia Demonstrar interesse e atenção personalizada aos usuários de um serviço.	Os atendentes e as psicólogas têm postura acolhedora? Os pacientes têm registros do acompanhamento administrativo e do tratamento psicológico para viabilizar tratamento digno e personalizado?

Fonte: Adaptado de Zeithaml, Parasuraman, Berry (2014)

O instrumento de verificação da SERQUAL poderá ser utilizado em clínicas de psicologia com as adaptações necessárias. Dessa forma o gestor poderá ter o apoio de uma ferramenta de qualidade para atuar na proposta de melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

- BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie A. A excelência em serviços. **São Paulo: Saraiva**, 2014.
- BRASSARD, M. Qualidade: Ferramentas para uma melhoria contínua. Rio de Janeiro. Quality-mark, 1996.
- DE SOUZA, Rafaela Assis; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <http://search.ebscohost-com.ez76.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16279964&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- JHU – John Hopkins University. Center for Systems Science and Engineering. “COVID-19 Dashboard”. John Hopkins University Website [27/10/2021]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>; Acesso em: 27/10/2021
- LIMA MEP, CORTEZ EA, ALMEIDA VLA, XAVIER SCM, FERNANDES FC. The act of caring in mental health: aspects aligned to patient safety culture. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 2021 abr.-jun.;17(2):92-103. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.168515>



- MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. **Gestão da Qualidade**. Ver. E atual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.
- MEIRA, R. C. **As ferramentas para a melhoria da qualidade**. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.
- MOEN, Ronald; NORMAN, Clifford. **Evolution of the PDCA cycle**. 2006.
- POLACINSKI, Edio, et al. **Implantação dos 5Ss e proposição de um SGQ para uma indústria de erva-mate**. Gestão Estratégica: Empreendedorismo e Sustentabilidade - Congresso Internacional de Administração, 2012.
- PORTAL CITISYSTEMS. FMEA – **Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos**. Disponível em: < <https://www.citisystems.com.br/fmea-processo-analise-modos-falhas-efeitos/> > Acesso em 27 nov. 2021
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Brasil, 2022. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em 26 de jun. 2022.
- SILVA, Briany Campos do Carmo; TROMBINI, Jéssica de Castro; CORREA, Rafaela Saraiva. APLICAÇÃO DAS FERRAMENTAS DIAGRAMA DE ISHIKAWA E 5W2H: um estudo de caso em uma microempresa de móveis no Sul de Minas, 2019.
- STAVIZKI JUNIOR, Carlos. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no Estado do Rio Grande do Sul–Brasil. **Ágora (St. Cruz Sul, Online)**, v. 22, n. 2, p. 02-21, 2020. Disponível em <https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/15422>. Acesso em 23 jun. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. World Health Organization, 2022. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em 09 de jun. 2022.
- ZWIELEWSKI, Grazielle et al. Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. **Debates em psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 30-37, 2020.



CAPÍTULO II

SEGURANÇA NA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO: ATENÇÃO À ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO – DNV

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-2

Eveline Lima Maia
Núbia dias Costa Caetano;
Ana Elizângela do Monte Almeida;
Aurelina Cedraz de Carvalho;
Elaine Gomes Bôto
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard
Adriano Rodrigues de Souza
Helena Alves de Carvalho
Raquel Sampaio Florêncio
Cora Franklina do Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

Para uma boa gestão em serviços de saúde, aprimoramento e primazia na qualidade nos serviços ofertados, muitas unidades de saúde buscam gerir suas atividades de maneira proativa, ou seja, buscam através de ferramentas de gestão trabalhar antecipadamente a prevenção de algumas problemáticas que poderão impactar negativamente nos processos de qualidade e de segurança. A exemplo dessas podemos destacar a 5W2H, conhecida e validada enquanto uma ferramenta administrativa utilizada principalmente em empresas e tem como principal finalidade auxiliar na elaboração de planos de ação, similar a um *check-list* que proporciona uma maior clareza nas suas atividades.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. 5W2H

Historicamente a 5W2H tem sua origem no Japão, idealizada por profissionais da indústria automobilística, o cenário que a evidenciou foi um estudo de qualidade total, similar ao planejamento do ciclo PDCA. Polacinski (2012) descreve que a ferramenta 5W2H consiste num plano de ação para atividades pré-estabelecidas que precisem ser desenvolvidas com a maior clareza possível, além de funcionar como um mapeamento dessas atividades, onde o objetivo central da ferramenta é responder a sete questões e organizá-las. Como podemos identificar no quadro 1:



Quadro 1 - Método dos 5W2H

5W	What?	O que?	Que ação será executada?
	Who?	Quem?	Quem irá executar a ação?/ Quem irá participar da ação?
	Where?	Onde?	Onde será executada a ação?
	When?	Quando?	Quando será executada a ação?
	Why?	Por que?	Por que a ação será executada?
2H	How?	Como?	Como será executada?
	How much?	Quanto custa?	Quanto custa para executar a ação?

Fonte: Meira (2003)

É importante destacar cada etapa das perguntas-chave para a metodologia da 5W2H, e o que ela significa. Ao analisar a planilha e principalmente durante o seu preenchimento podemos destacar que todas as questões estão interligadas e ao final, temos um plano de ação com detalhes e de fácil compreensão. De acordo com Moreira (2003) a ferramenta 5W2H é considerada importante dentro de um processo estratégico, já que permite, de uma forma simples e objetiva, garantir que as informações básicas e mais fundamentais sejam claramente definidas e as ações propostas sejam minuciosas simplificadas. Ainda reforça que para se estabelecer um ambiente propício para a melhoria da qualidade, é indispensável o uso de ferramentas que permitam organizar os fatos e dados, transformando-os em informações disponíveis.

3. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

O diagrama de Ishikawa, ou diagrama de causa e efeito, ou ainda diagrama de espinha de peixe é uma ferramenta que analisa os efeitos de uma saída seja do produto ou serviço. “O diagrama de Ishikawa, ... é usado para explorar entradas (os quatro Ms: mão de obra, materiais, métodos e máquinas) que poderiam explicar a saída (variação ou resultado)” (NEUHAUSER, 2007 p.150). A ideia é ampliar a compreensão dos processos e identificar seus problemas. O diagrama de Ishikawa também pode ser instrumento de análise com 6M.

Quadro 2 Os 6Ms do diagrama de Ishikawa

Pessoas	Qualquer pessoa envolvida com o processo.
Métodos	Como o processo é executado e os requisitos específicos para realizá-lo, como políticas, procedimentos, normas, regulamentos e leis.
Máquinas	Quaisquer equipamentos, computadores, ferramentas e equipamentos inerentes a atividade analisada necessários para realizar o trabalho.
Materiais	Matérias-primas, peças, canetas, papéis e insumos necessários à atividade analisada utilizados para produzir o produto ou serviço final.
Medições	Dados gerados a partir do processo que são utilizados para avaliar sua qualidade.
Ambiente	As condições, como local, tempo, temperatura e cultura em que o processo opera.

Fonte: Liliana, 2016, p. 2



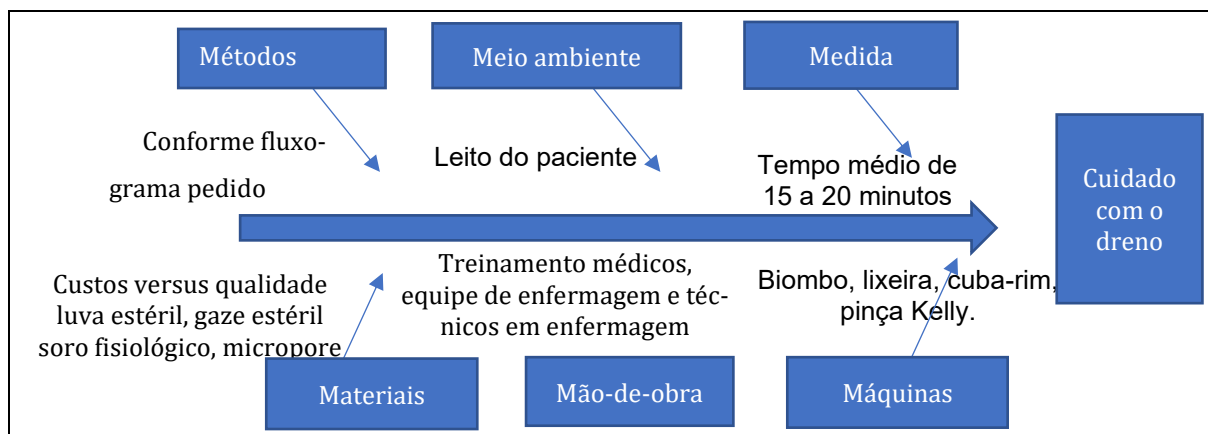
No caso em questão, da segurança na alta hospitalar do recém-nascido e a atenção à entrega da declaração de nascido vivo – DNV, o diagrama de Ishikawa poderá ser uma ferramenta importante no mapeamento de problemas ocorridos para analisar as causas e efeitos no sentido de impedir erros futuros.

Segundo Malik (1998), o diagrama de causa e efeito, é conhecido também como Diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe, mostrando a relação entre uma característica de qualidade (efeito) e os fatores que a influenciam (causas), conceituado por Kaoru Ishikawa e utilizado como ferramenta nos círculos da qualidade. Esse diagrama serve para identificar, explorar, ressaltar e mapear fatores que afetam um problema, identificando as várias causas de um mesmo efeito.

Segundo Malik (1998), é necessário seguir alguns passos para o alcance dos objetivos propostos: todos os envolvidos no problema devem participar da elaboração do diagrama, a fim de garantir que todas as causas sejam consideradas; nomear um coordenador de grupo; não criticar nenhuma ideia; estimular o intercâmbio de ideias; garantir a visibilidade, usando quadros e figuras grandes; não sobrecarregar o diagrama – quando necessário, fazer mais de um; construir um diagrama para cada problema específico. Jamais se deve analisar dois problemas em um mesmo diagrama; não deixar dúvidas sobre nenhuma das causas. Com base nesse diagrama, é possível determinar as ações a serem tomadas, considerando os recursos que devem ser utilizados e o tempo disponível.

O diagrama de Ishikawa foi adotado por meio do exemplo do cuidado com o dreno para de solução de possíveis problemas conforme a figura 1. O uso do processo poderá sinalizar possíveis problemas e evitá-los antes que ocorra.

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa



Fonte: Adaptado de Ishikawa pelas autoras



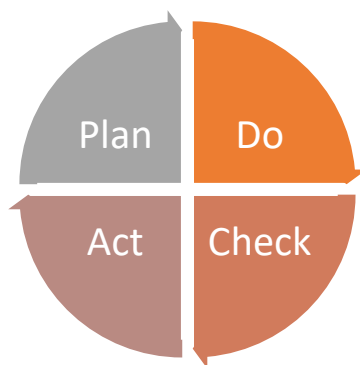
4. CICLO PDCA

Conhecido como Ciclo PDCA que são as iniciais das palavras em inglês *Plan, Do, Check e Action* é também chamado como o Ciclo de Deming ou ciclo de Shewhart. Foi concebido como plano de ação para colocar em prática os 14 princípios propostos por Deming para a administração da qualidade.

Segundo Bohomol (2006), é uma ferramenta que visa à melhoria contínua dos processos dentro da instituição e é incentivado nas instituições que trabalham com programas de qualidade como ISO, Acreditação ou Certificação de Qualidade.

Um Ciclo PDCA pode ser rodado quantas vezes forem necessárias para assegurar a melhoria do processo estudado. Segundo Brassard (1996), no ciclo PDCA, ilustrado na Figura 5, *planejar* significa definir as metas e os métodos que permitirão atingi-las, identificando os problemas a elas relacionados e as dificuldades existentes para cumpri-las. *Fazer* corresponde a execução do plano de ação. Preparação de pessoas para realização das novas tarefas, ou alterar as que já eram feitas. *Necessário treinamento*. *Avaliar* é analisar os resultados com o planejado, verificando se o plano de ação eliminou o problema, possibilitando o avanço para a próxima etapa. *Consolidar* significa criar um mecanismo para que a resolução do problema seja permanente, criando-se um padrão de trabalho a ser seguido e sempre que possível revê-los.

Figura 2 – Ciclo PDCA



Fonte: IMAI 1988 apud MOEN, Ronald; NORMAN, Clifford. Evolution of the PDCA cycle. 2006

Segundo Bohomol (2006) *brainstorming*, gráfico de Pareto, 5W2H, matriz de Urgência, Gravidade e Tendência – GUT, diagrama de Isiwakawa, fluxograma são ferramentas de qualidade podem ser usadas pelos gestores para o alcance de um trabalho rápido e eficiente. No quadro 3 as ações específicas e as sugestões de ferramentas que podem ser aplicadas ao PDCA (BOHOMOL, 2006).



Quadro 3: Ferramentas de Qualidade no Ciclo PDCA

CICLO	AÇÃO	FERRAMENTAS
P	Identificar o Problema	<i>Brainstorming</i> ; gráficos; fotografias; 5W2H
	Observar	Pareto; GUT
	Analisar	<i>Brainstorming</i> ; Diagrama de Ishikawa
	Planejar a Ação	<i>Brainstorming</i> ; 5W2H; Fluxograma
D	Agir	Treinamento; reuniões; divulgação; cronograma
C	Verificar	Pareto; gráficos, relatórios. A causa foi bloqueada?
A	Consolidar	5W2H. Treinamentos, Manuais, fluxograma, reflexão.

Fonte: Bohomol (2006, p. 54)

A ferramenta PDCA foi utilizada para análise da solução dos problemas de alta hospitalar com a identificação das oito etapas.

Quadro 4: PDCA na solução de problemas

PDCA	FLUXO	ETAPA	OBJETIVO
P	1	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	PUÉRPERAS EM PREPARAÇÃO De ALTA OU DE ALTA SEM A DNV – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO do seu RN – recém-nascido. *A DNV é um documento de identificação provisória até que a criança seja registrada em cartório, é válido em todo o território brasileiro.
	2	OBSERVAÇÃO	Diante de algumas situações adversas vivenciadas pelos profissionais da assistência e neste caso em especial o enfermeiro a DNV não foi emitida na sequência do parto como deveria ter ocorrido. E erroneamente a puerpera deixa a unidade hospitalar após alta sem ter em mãos a DNV.
	3	ANÁLISE	Durante o período pandêmico e diante da internação e agravamento de algumas gestantes com Covid-19 que foram submetidas a cesárias de emergência identificamos que diante deste contexto de urgência e emergência a DNV não foi produzida, mesmo depois da assistência concluída.
	4	PLANO DE AÇÃO	Para erradicar o problema será implementado um <i>check list</i> de alta, todos os profissionais deverão checar junto ao prontuário e/ou paciente as possíveis pendências, caso existam, deverão ser solucionadas com maior brevidade para garantir a alta segura do paciente.
D	5	EXECUÇÃO	Será realizado treinamentos com profissionais acerca do <i>check list</i> de alta e criação de um fluxo de notificação diante da repetição do erro entre os profissionais.
C	6	VERIFICAÇÃO	Através de reuniões multiprofissionais realizadas mensalmente será monitorado a produtividade x assertividade deste fluxo para alta segura.
A	7	PADRONIZAÇÃO	O fluxo para alta segura será mantido nos setores obstétricos contemplando os partos normais ou cesarianos.
	8	CONCLUSÃO	O <i>check list</i> de alta tem como principal objetivo promover a alta segura do paciente. Garantir que erros não se repitam como a não emissão e entrega da DNV para a paciente, não sendo necessário posterior a alta articulação com a rede intersetorial na busca de localizar a família para retorno ao hospital, para então ter acesso ao documento.



Após a aplicação do PDCA é possível tratar a alta segura da paciente sem a necessidade de revisão do processo e até o constrangimento de solicitar que a paciente retorne ao hospital.

5. ANÁLISE DO MODOS DE FALHA E EFEITOS - FMEA E ANÁLISE DO MODOS DE FALHA E EFEITOS NA SAÚDE - HFMEA

O HFMEA foi desenvolvido por um grupo de veteranos do *National Center for Patient Safety* (NCPS) e representou uma contribuição advinda da análise de modos de falhas da indústria para o setor de saúde. Na indústria o modelo era conhecido pelo acrônimo FMEA. Para aplicação na saúde alguns aspectos foram observados como aprofundados como por exemplo o uso da análise de perigos e pontos críticos de controle além de ferramentas e definições que avaliassem o processo de análise da causa raiz (RCA).

HFMEA™, desenvolvido pelo VA National Center for Patient Safety (NCPS) com assistência do Tenet HealthSystem (Dallas), é um modelo de análise prospectiva híbrido que combina conceitos encontrados em FMEA e Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC) com ferramentas e definições do processo de análise de causa raiz (RCA) do VA. (DEROSIER; STALHANDSKE; BAGIAN, 2002 p. 249)

“O NCPS revisou o sistema FMEA que tem sido usado com sucesso na indústria por muitas décadas. Ao avaliar produtos ou equipamentos de saúde, a realização de um FMEA tradicional é o método de avaliação de risco proativo recomendado” (DEROSIER; STALHANDSKE; BAGIAN, 2002 p. 249).

O método conhecido como FMEA, originalmente desenvolvido na área da engenharia, foi ajustado para ser utilizado proativamente no processo de cuidado de saúde, utilizando uma equipe multidisciplinar experiente e envolvida no processo denominada como Grupo Avaliador (GA) (DEROSIER; STALHANDSKE; BAGIAN; NUDELL, apud MORAES, RABIN; VIÉGAS, 2018, p. 1165)

“A Análise do Modos de Falha e Efeitos na Saúde (*Healthcare Failure Mode Effect Analysis* - HFMEA) origina-se do FMEA, que é uma técnica utilizada para prevenir falhas e analisar os riscos de processos e produtos” (COSENZA et al, 2021, p.6). A relevância da utilização dessa ferramenta na saúde é que aplica uma ação proativa na identificação prévia para evitar que as falhas aconteçam e gera uma segurança ao paciente nas áreas onde são aplicadas. “A *Healthcare Failure Mode Effect Analysis* (HFMEA) que se refere Análise do Modo de Falha e Efeitos na Saúde, emana do método FMEA, em cuja tradução é Análise de Modos e Efeitos de Falha” (SILVA et al., 2022, p. 46494).

Os procedimentos de aplicação do *Healthcare Failure Mode Effect Analysis* -HFMEA são importantes porque adota um embasamento de conhecimentos múltiplos por meio da equipe multidisciplinar.



O HFMEA usa uma equipe interdisciplinar, diagramação de fluxo de processo e subprocesso, identificação de causa de modo de falha e modo de falha, uma matriz de pontuação de perigo e um algoritmo de árvore de decisão para identificar vulnerabilidades do sistema. Como parte do processo, ações e medidas de resultados são desenvolvidas, e a administração deve concordar (DEROSIER; STALHANDSKE; BAGIAN, 2002 p. 249).

Do ponto de vista dos funcionários que trabalham na empresa, como a FMEA é uma ferramenta que estimula o trabalho em equipe, ela possibilita ganhos motivacionais obtidos a partir da colaboração e o comprometimento das pessoas, que, juntas podem desenvolver uma atividade em prol do futuro da organização e de si mesmas. No caso da aplicação do HFMEA ainda há lacuna neste estudo que possa confirmar o envolvimento e comprometimento com o uso da ferramenta. De qualquer maneira é possível tomar por base para uma aplicação prática as orientações dadas no quadro 5.

Quadro 5: Passos para aplicação da HFMEA

Passo 1	Pré-reunião: Identificar o tema
Passo 2	Selecionar a equipe e notificar a equipe (HFMEA™ Etapa 2). (Observação: dentro do VA, esse trabalho é concluído pelo consultor da equipe. No VA, o consultor é o gerente de segurança do paciente da instalação.)
Passo 3	1ª reunião de equipe: Diagramar o processo; identificar subprocessos; verifique o escopo do trabalho com o orientador
Passo 4	2ª reunião da equipe: Visita ao(s) canteiro(s) de trabalho para observação do processo; verifique se todas as etapas do processo e do subprocesso estão corretas
Passo 5	3ª reunião de equipe: <i>Brainstorm</i> de modos de falha; atribuir aos membros individuais da equipe para consultar os usuários do processo
Passo 6	4ª reunião de equipe: Refinar os modos de falha com base na entrada do usuário; identificar as causas dos modos de falha; designar membros individuais da equipe para consultar os usuários do processo e obter informações adicionais
Passo 7	5ª reunião de equipe: Refinar as causas do modo de falha no base de entrada do usuário; modos de falha de transferência e falha causas de modo para a Planilha HFMEA
Passo 8	Comece o processo de análise de perigos avaliando cada modo de falha e causa do modo de falha
Passo 9	Identificar ações corretivas e atribuir responsabilidades de acompanhamento
Passo 10	6ª, 7ª, 8ª, ...nª reuniões de equipe: Continue com a análise de perigos e identificação de ações corretivas
Passo 11	enésima reunião da equipe (<i>plus 1</i>): designar membros da equipe para acompanhar os indivíduos encarregados de tomar as medidas corretivas. (Observação: é altamente recomendável buscar a adesão dos indivíduos afetados pelas mudanças propostas.)
Passo 12	enésima reunião da equipe (<i>plus 2</i>): Refinar as ações corretivas com base no <i>feed-back</i> .
Passo 13	enésima reunião da equipe (<i>plus 3</i>): testar as mudanças propostas. enésima reunião da equipe mais 4: Reúna-se com a alta direção para obter a aprovação de todas as ações.
Passo 14	Reuniões pós-equipe: O orientador ou seu representante acompanha os responsáveis até que todas as ações estão concluídas.

Fonte: Adaptado de HFMEA, Health Care Failure Mode and Effect Analysis; VA, Departamento de Assuntos de Veteranos apud Derosier, Stalhandske e Bagian (2002 p. 251)

A FMEA E HFMEA analisam os riscos por meio do critério de pontuação dada à Ocorrência, Gravidade e Detecção que determinado risco possa comprometer as condições verificadas. Por meio desse coeficiente calculado, o *Risk Priority Number -RPN*, o profissional ou a instituição



pode priorizar o de maior pontuação. Os valores dados à Ocorrência, Gravidade e Detecção podem variar de 1 a 10 (COSENZA, 2021, p. 8).

No caso da segurança na alta hospitalar do recém-nascido foi proposta uma aplicação com base nos moldes da FMEA para descrever e orientar as fases do processo no quadro 6 no qual foram descritas 4 etapas.

Quadro 6 – Aplicação da FMEA na segurança da alta hospitalar do RN em etapas do Processo

ETA-PAS DO PRO-CESO	MODO DE FALHA	CAUSAS DA FALHA	EFEITOS DA FALHA	OCORRÊNCIA (1 A 10)	DE-TECÇÃO	ETA-PAS DO PRO-CESO	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA DE FALHAS
1	Falha de entrega do DNV após a alta hospitalar ou após óbito	Aumento no fluxo de gestantes na emergência comum devido a casos de COVID-19	Quebra no fluxo normal de atendimento gerando falhas no processo.	10	4	10	400	Criação de um fluxo de atendimento específico para gestantes com COVID-19 que dão entrada pela emergência comum com implantação de dupla checagem.
2	Falta de preenchimento do documento de DNV	Aumento da demanda de pacientes com COVID-19 não gestantes nas emergências gerando sobrecarga da enfermagem	Sobrecarga da equipe de enfermagem gerando o não preenchimento do DNV	8	4	10	320	Realizar treinamento com educação continuada com os enfermeiros esclarecendo sobre como preencher DNV, a importância da entrega desse documento para a responsável pelo RN e as consequências da sua não entrega.
3	Ausência de acompanhantes para gestantes com COVID-19	Medida sanitária obrigatória devido pandemia	Vulnerabilidade das gestantes	10	10	10	1000	Devido quadro pandêmico e normas ANS não há como elaborar ações para este caso.
4	Redução do quadro administrativo	Serviço administrativo do hospital trabalhando em home care	Redução do quadro de pessoal responsável pela entrega da DNV	8	7	10	560	Introdução de outras categorias que possam também ficar responsáveis pela entrega do DNV aos responsáveis pelo RN na alta hospitalar.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Dessa forma a aplicação da FMEA ilustrada no quadro 5 contribui para identificar as falhas de forma proativa para evitar problemas e promover a segurança na alta hospitalar do recém-nascido. Sugere-se que para aplicações futuras possam ser observadas as orientações dos 14 passos da HFMEA propostas no quadro 5.

No quadro 6 foram apontadas as questões mais urgentes com destaque para redução do quadro administrativo com RPN=560, seguido de falta de preenchimento do documento de DNV com RPN=320.



6. CONCLUSÕES

Este trabalho mostrou ferramentas da Gestão de Qualidade que podem ser utilizadas para segurança na alta hospitalar do RN. Diante dos conceitos apresentados, são evidenciados os benefícios da implantação dessas ferramentas e exemplificadas por meio de uma delas que é a FMEA.

REFERÊNCIAS

- BRASSARD, M. Qualidade: Ferramentas para uma melhoria contínua. Rio de Janeiro. Quality-mark, 1996
- CANDELORO, Raúl. **Não Tenha Dúvidas: Método 5W2H**. Disponível em <<http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/nao-tenha-duvidas-metodo-5w2h/26583/>> 2008.
- COSENZA et al. Revista Lean na UPAS. HFMEA. Uma alternativa para a gestão de risco/Universidade Federal Fluminense. LabDGE (Laboratório de Design Thinking, Gestão e Engenharia Industrial). V.2, n.5 (abr. 2021). Rio das Ostras, RJ: Universidade Federal Fluminense, 2021.
- Disponível em <https://ferramentasdaqualidade.org/fluxograma/Fluxograma-Grupo-Forlogic>
- JHU – John Hopkins University. Center for Systems Science and Engineering. “COVID-19 Dashboard”. John Hopkins University Website [27/10/2021]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>; Acesso em: 27/10/2021
- LILIANA, Luca. A new model of Ishikawa diagram for quality assessment. In: **IOP Conference Series: Materials Science and Engineering**. IOP Publishing, 2016. p. 012099.
- LIMA MEP, CORTEZ EA, ALMEIDA VLA, XAVIER SCM, FERNANDES FC. The act of caring in mental health: aspects aligned to patient safety culture. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2021 abr.-jun.;17(2):92-103. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.168515>
- MEIRA, R. C. **As ferramentas para a melhoria da qualidade**. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.
- MOEN, Ronald; NORMAN, Clifford. Evolution of the PDCA cycle. 2006.
- MORAES, Clayton dos Santos; RABIN, Eliane Goldberg; VIÉGAS, Karin. Avaliação do processo de cuidado com órteses, próteses e materiais especiais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1099-1105, 2018.
- POLACINSKI, Edio, et al. **Implantação dos 5Ss e proposição de um SGQ para uma indústria de erva-mate**. Gestão Estratégica: Empreendedorismo e Sustentabilidade - Congresso Internacional de Administração, 2012.
- SILVA, Briany Campos do Carmo; TROMBINI, Jéssica de Castro; CORREA, Rafaela Saraiva. APLICAÇÃO DAS FERRAMENTAS DIAGRAMA DE ISHIKAWA E 5W2H: um estudo de caso em uma microempresa de móveis no Sul de Minas. -, 2019.



- STAVIZKI JUNIOR, Carlos. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no Estado do Rio Grande do Sul–Brasil. **Ágora (St. Cruz Sul, Online)**, v. 22, n. 2, p. 02-21, 2020. Disponível em <https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/15422>. Acesso em 23 jun. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. World Health Organization, 2022. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em 09 de jun. 2022.
- ZWIELEWSKI, Grazielle et al. Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. **Debates em psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 30-37, 2020.



CAPÍTULO III

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE E APLICABILIDADE NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-3

Fernanda França Cabral
Francisco Geornes Peixoto Saldanha
Francisco Luciano Cavalcante
Sinara Alves Tomás
Indara Cavalcante Bezerra
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard
Maria Salete Bessa Jorge

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) “compreende um conjunto de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de saúde, executados pelos entes federativos, diretamente ou mediante a participação complementar da iniciativa privada, constituindo uma rede regionalizada e hierarquizada”. O SUS foi instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo regulamentado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que garante a “assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica” (BRASIL, 1990, 2011b).

Um dos principais marcos regulatórios foi a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS nº 3.916/1998, que tem como base os princípios e diretrizes do SUS e propósito precípuo o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Dentre as suas principais diretrizes, a reorientação da Assistência Farmacêutica destaca-se como prioritária para que o modelo de Assistência Farmacêutica seja reorientado de modo a que “não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos” (BRASIL, 1998).

A Assistência Farmacêutica foi definida como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais e conceituada sendo como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).



Um novo olhar para a Assistência Farmacêutica se faz necessário, tendo em vista que deve estar integrada de forma singular ao processo de cuidado em saúde, a fim de dar resposta à atual e futura situação epidemiológica do Estado, do Brasil e do mundo, em que diversos fatores, a exemplo o envelhecimento da população, a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) - , as violências, os desastres ambientais, a emergência de doenças infecciosas, bem como o aumento da cobertura dos serviços, a utilização de alta tecnologia, a maior exigência do usuário, entre outros, fazem com que as demandas e gastos com saúde e, conseqüentemente, com medicamentos, cresçam a níveis difíceis de serem suportados pelos sistemas de saúde (PEREIRA, 2007; CORRER *et al*, 2011)

Salienta-se, então, que o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos tornam-se, assim, uma premente necessidade para assegurar uma maior resolutividade das ações e minimizar os efeitos negativos do orçamento da saúde (CFF, 2015).

Nas décadas de 80 e 90, o conceito de “Qualidade” passou a circular nos meios de comunicação, levando as empresas a transformarem-se, com vistas ao futuro; pela necessidade de sustentabilidade. O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso (BONATO, 2011).

Definir qualidade para um ambiente específico envolve o desenvolvimento de expectativas ou padrões de qualidade, como a melhor forma de desenhar o sistema para produzir cuidado com qualidade. Medir qualidade consiste em documentar o nível atual de desempenho ou comparar com padrões esperados, incluindo a satisfação do paciente. Melhorar qualidade consiste na aplicação de métodos de melhoria da qualidade e de ferramentas que permitam preencher os espaços entre o nível de qualidade atual e o esperado, compreendendo e direcionando as deficiências do sistema e ordenando para a melhora do processo de cuidado em saúde (AVEDIS DONABEDIAN, 2018).

Os riscos com medicamentos e suas conseqüências negativas, constituem um grave problema de saúde pública, cuja prevenção precisa da participação e do esforço de todos para que favoreça a criação de uma cultura de segurança necessária para melhorar a qualidade assistencial (MAHMUD *et al*, 2006).



A qualidade dos medicamentos é uma conceituação complexa, que inclui desde o binômio eficácia/segurança, aferida no momento do registro e a partir de novas evidências durante sua utilização, até a qualidade laboratorial do produto comercializado (SILVA ACP, 2000).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da aplicação de diversos instrumentos de gestão da qualidade para monitoramento e aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica realizado durante a disciplina de Gestão da Qualidade em Saúde do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde- MEPGES, da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Os espaços de troca e aprendizado para aplicação das atividades ocorreram durante as aulas da disciplina em um grupo formado por quatro mestrandos, sendo uma farmacêutica, uma dentista, um economista e um fisioterapeuta.

Foi realizada uma pesquisa no banco de dados utilizando a estratégia de busca da extração, conversão, combinação, construção e uso - ECCCCU (ARAÚJO, 2020).

Quadro 1: Etapas para elaboração da estratégia de busca

Extração	Extração dos termos mais importantes que compõem os objetivos e problema da pesquisa
Conversão	Conversão/adequação dos termos extraídos utilizando o vocabulário controlado
Combinação	Combinação dos descritores com termos em linguagem natural, sinônimos, variantes semânticas e de grafia, etc.
Construção	Montagem da <i>string</i> de busca utilizando operadores booleanos e caracteres curinga.
Uso	Escolha, teste e uso em uma base de dados

Fonte: Araújo (2020, p. 10)

Como estratégia para pesquisa de literatura sobre o tema, utilizou-se o acrônimo PCC, foi formulada a questão da pesquisa, em que o P (população) é representado pelo termo assistência farmacêutica; o C (conceito) pelo termo gestão da qualidade; e o C (contexto) pelos termos metodologia e soluções (ARAÚJO, 2020). Com isso, estabeleceu-se a seguinte pergunta problema: a assistência farmacêutica utiliza que tipo de ferramenta ou metodologia de qualidade como solução de gestão?

Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos resumos dos artigos selecionados, e discutidos a aplicabilidade dos instrumentos encontrados nos estudos no contexto da assistência farmacêutica.

Em seguida foram desenvolvidos pelo grupo exemplos de aplicações de alguns instrumentos de gestão de qualidade no contexto da assistência farmacêutica.



Quadro 1: Equação de busca no banco de dados

BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCAS
BVS	("assistência farmacêutica" or "pharmaceutical services" or "servicios farmacéuticos" or "atenção farmacêutica" or "cuidados farmacêuticos" or "serviços de assistência farmacêutica") and ("gestão da qualidade" or "quality management" or "gestión de la calidad" or "gestão da qualidade em saúde" or "qualidade") and (metodologia or methodology or metodología) and (soluções or solutions or soluciones)

Fonte: autores

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 37 estudos foram inicialmente encontrados no banco de dados BVS. Após a remoção dos artigos duplicados, que somaram um total de 2 estudos, os títulos e os resumos dos artigos foram analisados, e 4 foram considerados potencialmente relevantes para leitura e avaliação. Um dos estudos, conduzidos pelos autores Khorasani, Sasan, Keshtzari, Maryam, Islam, Saiful, Feizi e Ramyar, apresentou o modelo de cross-docking como solução para a administração, para diminuição do resíduo e do desperdício de medicamentos. Um outro estudo conduzido pelos autores Salamano, Palchik, Botta, Colautti, Bianchi e Traverso, demonstrou que sem uma gestão de qualidade única e efetiva a prescrição dos medicamentos pode sofrer duplicidade, e falhas em sua administração. Um terceiro estudo, conduzido pelos autores Castle, Lon Franzblau, Isaac, Ellen Paulsen e Jim demonstrou que ao utilizar a metodologia six sigma ocorreram melhorias significativas nos processos de prescrição, dispensação e administração de medicamentos. Um quarto estudo, conduzido pelos autores Sanborn, Braman e Herriott demonstrou que a utilização dos princípios TQM (qualidade total) é uma ferramenta valiosa tanto para documentar o impacto do atendimento ao paciente, quanto para justificar novos serviços de farmácia clínica, e concluiu que a utilização dos princípios do TQM para melhorar a documentação gerou muitos benefícios de longo prazo.

As ferramentas de gestão e qualidade, são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Inúmeras são as ferramentas que podem ser empregadas na implantação e consolidação do processo de gestão de qualidade e produtividade de uma instituição, tais como: Metodologia do Programa 5S, Método PDCA, Diagrama de Pareto, Fluxograma, Gráficos de dispersão, Diagrama de controle, Folha de verificação, Diagrama de causa e efeito, Histograma e Brainstorming (PERTENCE; MELLEIRO, 2010)

Durante a disciplina foram aplicados 4 instrumentos de gestão da qualidade, descritos a seguir:



3.1. APLICAÇÃO FMEA

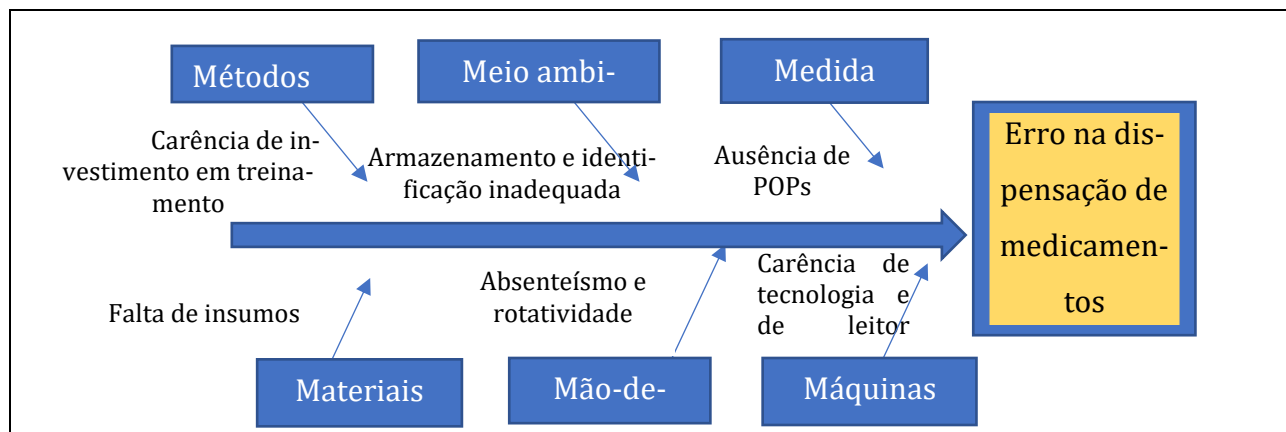
Quadro 1: Assistência farmacêutica e segurança do paciente

ETAPAS DOPRO-CESSO	MODO DE FALHA	CAUSAS DA FALHA	EFEITOS DA FALHA	OCOR-RÊNCIA (1 A 10)	DETEC-ÇÃO (1 A 10)	GRAVI-DADE (1 A 10)	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA DE FALHAS
1	Troca de Medica-mento	Inexistência de dupla checagem; Rótulos parecidos.	Agravamento da con-dição clínica; Morte; Aumento de custo as-sistencial.	3	2	10	60	Revisão dos POPs; Treinamento com as equipes de farmácia e enfermagem; Realizar queixas técnicas junto à indústria fabricante quanto à embalagem do pro-duto.
2	Quebra do frasco do medica-mento	Transporte inade-quado; Armazenamento ina-dequado; Manipulação inade-quada.	Perda do medica-mento; Atraso no tratamento do paciente; Custo.	3	10	5	150	Revisão POPs de transporte, armazena-mento e dispensação; Treinamento com as equipes de farmácia e enfermagem; Melhores condições de estrutura seguindo as Boas Práticas de Armazenamento.
3	Dispensar medica-mento ven-cido	Baixa acurácia no Controle de estoque; Falhas no recebi-mento; Sistema de controle de estoque deficiente; Ausência de Inventá-rios periódicos.	Comprometimento na Eficácia do trata-mento; Agravamento no es-tado clínico do paci-ente; Descrédibilidade junto ao público.	3	5	5	75	Recebimento eficiente obedecendo as cláusulas descritas no edital ou contrato de compra; Realização de Inventários rotativos e pe-riódicos; Implantação de sistemas de estoque mo-dernos e inteligente com rastreabilidade de lotes e validade.
4	Falta de es-toque de medica-mento	Planejamento inefici-ente; Dificuldades no pro-cesso de compra; Falta do IFA.	Agravamento no es-tado clínico da popula-ção; Aumento da morbi-dade/mortalidade; Aumento dos custos hospitalares.	4	10	8	320	Promover capacitações permanentes de aperfeiçoamento do planejamento da compra; Buscar novas alternativas de fornecedo-res; Elaborar e atualizar relação de medica-mentos prioritários, de acordo com a criti-cidade.

Fonte: autores

3.2. APLICAÇÃO DO GRÁFICO DE ISHIKAWA (ESPINHA DE PEIXE)

Figura 1 - Assistência farmacêutica e segurança do paciente



Fonte: Adaptado de Ishikawa pelos autores

3.3. APLICAÇÃO MATRIZ 5W2H

Quadro 2: Assistência farmacêutica e segurança do paciente

O QUÊ? (WHAT)	ONDE? (WHERE)	QUEM? (WHO)	QUANDO? (WHEN)	POR QUE? (WHY)	QUANTO CUSTA? (HOW MUCH)	COMO? (HOW)
Manter regular o estoque de medicamentos padronizados	Na rede SESA	Farmacêuticos Equipe de Aquisição e Logística	Data Início: agosto/2021 Data Fim: dezembro/2022	- Garantir o tratamento dos pacientes - Melhor alocação dos recursos públicos; - Capacidade de atender a demanda. - Melhoria da satisfação do usuário.	Investimento em recursos humanos e tecnológicos (a ser calculado)	Centralização da logística Construção da Curva XYZ Análise das aquisições dos itens da Curva Z – maior criticidade Construção da Curva ABC.

Fonte: autores

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário pensar em qualidade como um processo de gestão, com perspectivas em várias dimensões, ainda segundo este autor pode-se definir a qualidade como um produto ou um serviço que entrega as expectativas das necessidades de um cliente ou paciente, portanto os instrumentos e ferramentas acima discutidos são fortes aliados da gestão da qualidade, pois eles contribuem para que as entregas da assistência farmacêutica sejam em plenitude de acordo com as necessidades e expectativas daqueles que necessitam do serviço.



Contudo ainda é grande o desafio de utilização e aplicação frequente desses instrumentos de qualidade na prática da gestão dos serviços de saúde, especialmente os da assistência farmacêutica, porém é necessário construir um ambiente capaz de implementar esses instrumentos, pois são fundamentais para o alcance do propósito da assistência.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Wánderon Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação; v. 3 n. 2 (2020): Conci, Convergências em Ciência da Informação; 100-134**, v. 24, n. 2, p. 134-100.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52. 2004.
- CASTLE, L.; FRANZBLAU-ISAAC, E.; PAULSEN, J. Using Six Sigma to reduce medication errors in a home-delivery pharmacy service. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, v. 31, n. 6, p. 319–324, 2005.
- CEARÁ. Portaria GAB/SESA Nº 2.108/2019, de 3 de dezembro de 2019. Dispõe sobre aspectos organizativos-operacionais das Regiões de Saúde, nos termos da Lei Estadual nº 17.006, de 30 de setembro de 2019. **Diário Oficial do Estado**, Poder executivo, Fortaleza, CE, 03 dez. 2019b.
- CORRER, Cassyano Januário; OTUKY, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, vol.2, n.3, p.41-49, 2011.
- KHORAKHORASANI, S. T. ET AL. INTRAVENOUS FLUID DELIVERY TIME IMPROVEMENT: APPLICATION OF CROSS-DOCKING SYSTEM. *INT J HEALTH CARE QUAL ASSUR*, V. 31, N. 8, P. 1070–1081, 2018. SANI, S. T. et al. Intravenous fluid delivery time improvement: application of cross-docking system. *Int J Health Care Qual Assur*, v. 31, n. 8, p. 1070–1081, 2018.
- PEREIRA, Maíra Barroso. Análise dos gastos públicos e da distribuição dos medicamentos na atenção básica de saúde do município de Fortaleza-Ce, no ano de 2006. 2007. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2007.



SALAMANO, M. et al. Seguridad del paciente: aplicación de gestión de calidad para prevenir errores de medicación en el circuito de uso de medicamentos TT - Patient safety: use of quality management to prevent medication errors in the hospital medication use cycle. Rev. calid. asist, v. 28, n. 1, p. 28-35, 2013.

SANBORN, M. D.; BRAMAN, K.; HERRIOTT, K. Applying total quality management to a pharmacist intervention program. Top Hosp Pharm Manage, v. 13, n. 2, p. 62-67, 1993.



CAPÍTULO IV

QUALIDADE E ATENÇÃO BÁSICA - PROMOVENDO A MELHORIA CONTÍNUA NA SAÚDE PRIMÁRIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-4

Aline Maria Oliveira Loureiro
Anazira Lima De Sales Feitosa
Cora Franklina Do Carmo Furtado
Maria Gerlane Barbosa De Paiva
Raquel Saraiva Nogueira
Maria Salete Bessa Jorge

1. INTRODUÇÃO

A atenção básica é o contato primordial e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Conforme os princípios e diretrizes do SUS, no acolhimento ao usuário, deve ser respeitado as características específicas e individuais de cada indivíduo, buscando promover a ofertada da atenção integral saúde, através da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e da diminuição de danos que possam comprometer sua autonomia (SILVA, 2019).

A qualidade da gestão em saúde na atenção básica pode ser entendida pela busca constante da efetivação da qualidade dos serviços de atenção à primária a saúde, com o objetivo de suprir as necessidades técnicas e sociais, bem como tomar decisões estratégicas organizadas para construção de um sistema de gestão em saúde de excelência (CARVALHO, 2004).

O contexto de qualidade do cuidado é um trabalho complexo e indispensável para analisar as políticas públicas e construir intervenções na atenção primária a saúde. Diversos estudos relatam as inúmeras dificuldades sobre a definição, conceitos, indicadores, instrumentais e a padronização e dimensões de análise dos serviços de qualidade em saúde voltados para a atenção básica (FACCHINI, 2018).

A busca na avaliação dos avanços e identificação de lacunas existentes na literatura sobre a qualidade em saúde na Atenção Primária (APS) nas últimas três décadas, tem influenciado para a evolução do Sistema Único Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao produzir evidências sobre a promoção da universalidade, integralidade e equidade (FACCHINI, 2018).

Diante desse contexto, levantou-se o seguinte questionamento: Quais as ferramentas e estratégias estão sendo utilizadas para a melhoria da qualidade em saúde na atenção básica?



O estudo busca identificar por meio da literatura os instrumentos que estão sendo utilizadas e as estratégias que estão sendo aplicadas para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde na atenção básica.

2. METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma revisão integrativa, estudo este que possui por objetivo identificar as comprovações científicas disponíveis sobre determinado assunto por meio de uma busca e análise crítica na literatura, possibilitando a ampliação do conhecimento, bem como a identificação das lacunas existentes, na qual servirá de subsídio para o desenvolvimento de novos estudos (SOUZA, 2010).

A pergunta norteadora elaborada para o presente estudo foi: Quais as ferramentas e estratégias estão sendo utilizadas para a melhoria da qualidade em saúde na atenção básica?

Utilizou-se a base de dados Biblioteca Virtual de Saúde-BVS para a coleta de dados, sendo considerado os seguintes descritores do DECS e MESH com as seguintes combinações: “Gestão em saúde” AND “qualidade em saúde” AND “políticas públicas”. Ademais, ressalta-se que foram utilizados os operadores booleanos OR e AND para a equação de busca.

Determinou-se como critérios de inclusão: Trabalhos que se relacionassem com o tema proposta; estudos disponíveis em idiomas de língua portuguesa e inglesa, publicados na íntegra; estudos publicados nos últimos cinco anos, estudos experimentais e observacionais. E como critérios de exclusão, foram elencados estudos que não se relacionassem com o objetivo proposto; estudos duplicados.

Posteriormente, foi realizado a leitura dos títulos e resumos, com objetivo de definir quais os artigos que seriam elencadas na pesquisa.

A equação de busca resultou em 85 artigos encontrados na BVS, e foram selecionados por meio da leitura dos títulos e resumos na íntegra, respeitando os critérios de inclusão e exclusão determinados.

A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura do título e resumo dos achados. Posteriormente realizou-se a leitura na íntegra, conforme os critérios de inclusão e exclusão. A amostra final resultou em 06 artigos publicados considerados relevantes para esse estudo.

Com o intuito de apresentar um resumo dos principais dados extraídos dos estudos selecionados foi construído um quadro de fichamento dos artigos, apresentando: Ano de publicação/ Periódicos/ Autores/ Desenho Metodológico / discussão e conclusão.



Quadro 1: Extração dos artigos selecionados para Revisão Integrativa

ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICOS	AUTORES	DESE- NHO METO- DOLÓ- GICO	DISCUSSÃO	CONCLUSÃO
2004	Jornal Brasileiro de Nefrologia	Carvalho C O M, et al.	Estudo descritivo	A busca por qualidade pelos serviços de atenção à saúde é uma necessidade técnica e social, e a adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações. Além disso, a experiência de projetos anteriores sugere que leve diretamente à redução de custos. Os nefrologistas e a direção dos serviços de diálise precisam se familiarizar com a metodologia de melhoria da qualidade para a obtenção dos melhores resultados possíveis em suas intervenções. Estas atividades precisam fazer parte do dia a dia das organizações prestadoras de serviços à saúde. Estas atividades precisam fazer parte do dia a dia das organizações prestadoras de serviços à saúde. Ainda, se o atrativo para o convênio com os serviços de saúde desviar-se de uma pura base de preços para uma combinação de preços, qualidade de serviço e de atendimento, a questão da qualidade tornar-se-á fundamental para a sobrevivência de muitas organizações	Todos têm pressupostos e defesas sobre a qualidade, mas falta a disciplina da experiência administrativa, a incorporação da metodologia da qualidade no plano estratégico e nas atividades diárias, a educação e o treinamento da organização inteira. Cada vez mais as atividades de acreditação, certificação, o uso de medidas de desempenho será utilizadas para a tomada de decisões pelas organizações de saúde, pelos compradores de serviço e pelos pacientes. O sucesso da implementação destes processos irá depender fundamentalmente das ações locais dos nefrologistas, da equipe clínica e dos pacientes.
2019	Faculdade de Saúde Pública	Facchin L A, et al	Revisão não sistemática	Estudos mais aprofundados, capazes de esmiuçar os detalhes organizacionais dos serviços e as nuances da prática profissional e da interação com os usuários, para definir e caracterizar a qualidade na APS são necessários. Estudos criteriosos e abrangentes em relação a modelos conceituais, grupos de comparação, definição de indicadores, padronização de instrumentos e abordagens estatísticas necessitam de incentivos e valorização, considerando sua relevância para subsidiar as políticas direcionadas à melhoria da qualidade da AB, como o PMAQ.	As propostas elencadas poderão resultar na melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil, promovendo um efeito multiplicativo na equidade de seus resultados, contribuindo para a redução significativa das desigualdades em saúde

ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICOS	AUTORES	DESE- NHO METO- DOLÓ- GICO	DISCUSSÃO	CONCLUSÃO
2019	Revista Gaucha de Enfermagem	SILVA, A P F et al	Estudo descritivo exploratório	Na literatura internacional, argumenta-se que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, repercutindo na segurança dos cuidados prestados. Ainda, existem evidências de que os sistemas de atenção à saúde orientados para o fortalecimento da atenção primária à saúde conseguem organizar-se a partir das necessidades de saúde da população e, por conseguinte, serem resolutivos no enfrentamento da hegemonia das condições crônicas, tendo impacto direto nos níveis de saúde da população. No Brasil, a atuação em redes é relativamente recente e se configura como desafio a sua coordenação por parte de uma APS qualificada, pautada na resolutividade e responsabilização por sua população.	Os dados desta pesquisa podem subsidiar ações nos processos de formação de enfermeiros, dando visibilidade à segurança do paciente na Estratégia de Saúde da Família. No contexto dos processos de pesquisa, vem fortalecer o campo de estudos sobre segurança do paciente na atenção primária em saúde, trazendo dados para o debate acerca da temática e lançando perspectivas para o desenvolvimento de novos estudos.
2020	Monografia PORTO ALEGRE	FREIRE L.V, et al	Análise descritiva	O acesso avançado é uma forma de organizar o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde, proposto nos Estados Unidos, na década de 1990, sendo disseminado para países como a Inglaterra. Atualmente encontra-se implantado em diversas unidades de saúde do Brasil (VILAÇA, 2017). O acesso avançado permite que o usuário seja atendido pela sua equipe no mesmo dia em que solicita o atendimento por qualquer natureza de problema: eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos, atenção às demandas administrativas e outros. Isso reduz o tempo de espera e aumenta a satisfação da equipe de atenção primária à saúde e dos usuários (MURRAY; TANTAU, 2000).	o artigo evidencia dados positivos quanto à implantação do acesso avançado, tanto no espectro de satisfação dos usuários quanto no de seu acesso efetivo ao serviço de saúde. Quando comparados com os dados do Brasil e de Porto Alegre, pode-se concluir que o modelo implantado oferece reduzido tempo de espera e boa satisfação dos usuários com o cuidado recebido pela equipe. Destaca-se que o modelo de acesso continuará em acompanhamento e pesquisas futuras devem ser realizadas visando avaliar seu impacto em desfechos em saúde.

ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICOS	AUTORES	DESE- NHO METO- DOLÓ- GICO	DISCUSSÃO	CONCLUSÃO
2016	Revista Baiana de Saúde Pública	AN- DRADE R T S, et al	Abordagem qualitativa descritiva	<p>Com a implantação do PMAQ, o MS buscava qualificar o SUS, vinculando o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade dos serviços ofertados pelas equipes de atenção básica. Para tal, reuniu indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de atenção à saúde. Esse programa propôs-se a avaliar o desempenho dos serviços de saúde, potencializando a consolidação de um modelo de atenção que defendesse a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Com a sua implantação, apostava-se na construção de uma nova base produtiva para a saúde, apoiada na implementação de mudanças no ato de cuidar baseadas no agir cotidiano dos sujeitos. A avaliação sistemática passaria a fazer parte da agenda dos sujeitos que atuam no SUS (gestores e trabalhadores).</p> <p>Partindo desse pressuposto, o PMAQ apostou em algumas estratégias de gestão, estimulando a adoção do Apoio Institucional, Educação Permanente à Saúde, Acolhimento e a Participação dos Trabalhadores.</p>	<p>Após a implantação do PMAQ em Amargosa, percebeu-se uma mudança das práticas, considerando que os profissionais foram sensibilizados e passaram a atuar de maneira mais humanizada, ao acolher o usuário e suas queixas, utilizando o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. O acolhimento, como tecnologia de qualificação do acesso, possibilitou reorganizar o processo de trabalho das equipes, produzindo novas formas de interação entre trabalhadores e usuários, ao qualificar os vínculos, tomando como base os aspectos sociais e a subjetividade dos diversos sujeitos.</p> <p>Outra mudança que se evidenciou foi a organização da comunicação da rede de serviços, necessidade apontada pelos trabalhadores como um dos “nós” críticos do sistema de saúde municipal. Após o PMAQ, os fluxos de referência e contrarreferência entre as unidades e os serviços especializados foram ressignificados e modificados, garantindo a integralidade do cuidado. O retorno das informações da atenção secundária para a USF foi instituído como prática, estabelecendo uma relação compartilhada de cuidado por toda a rede municipal.</p>

ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICOS	AUTORES	DESE- NHO METO- DOLÓ- GICO	DISCUSSÃO	CONCLUSÃO
2017	Revista de Enferma- gem UFPE	Araujo A C, et al.	Estudo Reflexivo	<p>Como estratégia para alcançar a melhora do modelo na atenção básica, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.</p>	<p>A partir das evidências encontradas neste estudo, infere-se que o PMAQ, mesmo que de forma inconsciente pelos gestores, tem sido uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, auxiliando na utilização e contribuindo com melhorias como: implantação da comissão de gerenciamento de risco; padronização da assistência de Enfermagem; controles no setor de regulação, facilitando o encaminhamento de especialidades e reduzindo filas (Tempo de espera para o atendimento/assistência); controles implantados na coleta de exames laboratoriais, favorecendo na segurança do paciente, e organização do processo de trabalho (implantação de normas e rotinas, manuais, protocolos assistenciais), garantindo a gestão da qualidade e, consequentemente, melhorando o desempenho dos indicadores de saúde. Há a necessidade de novos processos de avaliação do sistema de saúde, a fim de que existam práticas direcionadas para melhorias de qualidade da assistência. Por meio de avaliações constantes e forte apoio aos centros de saúde, é possível visualizar possibilidades de mudança e fazer com que as metas possam ser atingidas.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 6 (seis) estudos selecionados e analisados, destacamos 4 (quatro) estudos descritivos, 1 (uma) revisão não sistemática e 1 (um) estudo Reflexivo. Considerando esses estudos citados, acredita-se que a melhoria sistemática da qualidade pode ser não apenas uma teoria, mas uma ciência administrativa orientada por fundamentos estatísticos, da engenharia, psicologia e, acima de tudo, da experiência concreta (FREIRE, 2020).

Todas as escolas de pensamento na área da qualidade compartilham uma abordagem básica: o pensamento científico no aperfeiçoamento contínuo dos processos utilizados na realização do trabalho em todos os níveis da organização.

Nos últimos 50 anos, a história dos empreendimentos e esforços realizados pelos setores industrial e de serviços e a grande prosperidade das indústrias japonesas com a aplicação prática de modelos iniciados por Deming, Juran e Crosby, apontam para a existência de quatro estágios de realização dos objetivos da qualidade que podem ser considerados sucessivos ou co-existent. São as alternativas de participação nas questões da qualidade da produção de bens e serviço (CARVALHO, et al.2004).

Atualmente, a reorganização e o fortalecimento da atenção primária ocorrem por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta propõe a expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Nesta perspectiva, o centro de atenção é a família e não somente o indivíduo, o que repercute em práticas focadas na integralidade do cuidado e na promoção da saúde (SILVA, 2019).

Esse modelo estratégico precisa atuar como ordenador dos fluxos das pessoas nos diferentes pontos redes de atenção à saúde, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, logístico e de governança. Ainda, a ESF pretende reestruturar a atenção primária em conformidade com os princípios do SUS, sendo que as ações estão organizadas para serem dinamizadas por meio da atuação de equipes de saúde constituídas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Também podem ser inseridos trabalhadores da área da odontologia e o agente de combate às endemias (ACE) (SILVA, 2019).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o movimento pela qualidade nos serviços de Saúde e Enfermagem é hoje uma necessidade incorporada à gestão dessas áreas a fim de assegurar a assistência livre de



riscos ao usuário. Na Enfermagem onde o cuidar é a essência da profissão, a concentração de esforços em direção aos objetivos propostos deverá levar à melhoria contínua desta assistência.

Ademais, os Indicadores de Qualidade Assistenciais são de extrema importância para uma boa qualidade dos serviços, esses devem refletir uma determinada realidade de necessidades onde cada instituição ou departamentos possuem sua particularidade, visando sempre colaborar com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do cliente, contribuindo para um sistema organizado e estratégico de Gestão da Qualidade.

Dessa forma, as metodologias e estratégias utilizadas na “Qualidade” auxiliam na reestruturação dos processos internos, gerando benefícios para o usuário e para os colaboradores, tanto na configuração das atividades de trabalho, como na manutenção do foco em infraestrutura.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Renata Tannous Sobral de; SANTOS, Adriano Maia dos; OLIVEIRA, Marcio Campos. Programa de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica no município de Amargosa, Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, p. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n1.a796>, 2017. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/controlancer/resource/pt/biblio-859616?src=similardocs> > Acesso em 29 de set de 2021.
- ARAÚJO, Átila Chagas de et al. Qualidade dos serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ AB: análise reflexiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 712-717, 2017. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30526> > Acesso em: 30 de set de 2021.
- CARVALHO, Cristiane O. Mocelin. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. 2004. Disponível em: <https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n4a05.pdf> Acesso em: 29 de set de 2021.
- FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxb-pxTFXJsd/abstract/?lang=pt> > Acesso em 29 de setembro de 2021.
- FREIRE, Lilian Veronese. Avaliação da qualidade do acesso e da satisfação dos usuários após a implantação do Acesso Avançado em uma Unidade Básica de Saúde. In: **Avaliação da qualidade do acesso e da satisfação dos usuários após a implantação do Acesso Avançado em uma Unidade Básica de Saúde**. 2020. p. 11-11. Disponível: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177095> > Acesso em: 30 de setembro de 2021.
- SILVA, Amarílis Pagel Floriano da et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <



<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4zYvzVnWVDd9bhmcdXk7Vjj/abstract/?lang=pt&format=html>> Acesso em :29 de set de 2021.

SOUZA MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? Einstein. 2010;8(1):102-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em: 24 de set de 2021.



CAPÍTULO V

APLICABILIDADE DE FERRAMENTAS DA QUALIDADE EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM DIFERENTES NÍ- VEIS ASSISTENCIAIS

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-5

Maria Áurea Catarina Passos Lopes
Rosana da Saúde de Farias e Freitas
Paula de Vasconcelos Pinheiro
Elayne Cristina Apoliano dos Santos

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira no seu artigo 196 decorre que saúde é direito de todos e dever do Estado. Com isso garante-se por intermédio de políticas sociais a diminuição dos agravos e o acesso universal igualitário às ações de saúde. Institui ainda no artigo 197 sobre as ações e serviços de saúde, que são de o Poder Público dispor, sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988). Em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde - 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Hoje, o SUS tem mais de 30 anos, é descentralizado, municipalizado e conta com a participação da comunidade através dos conselhos de saúde. Apesar disso, são desafios diários dos gestores e profissionais de saúde para terem a garantia dos processos em todos os níveis de complexidade do sistema e a satisfação dos usuários. O cenário de evolução dos serviços exige investimento em qualidade dos processos e ferramentas, para isso é necessário avaliar e planejar para executar (BRASIL, 2020).

Os serviços de modo geral, aumentam conforme o Produto Interno Bruto - PIB. Considerando uma maior renda entre a população, a procura por serviços tende a aumentar. Com a pandemia de Covid-19, o PIB foi bastante prejudicado. Embora isso, os serviços de saúde perpassam esse fator e continuam sendo procurados e estão sempre evoluindo, com isso, faz-se necessário o aprimoramento e utilização de ferramentas aplicáveis nos diferentes setores, analisar, propor soluções para as problemáticas encontradas, executar mudanças para a otimização e avaliar se se obteve resposta positiva e quais os resultados podem melhorar (BRASIL, 2021).



A área da saúde consiste em um abrangente e complexo setor em constante e crescente desenvolvimento. Tanto os serviços públicos quanto privados contribuem efetivamente para o crescimento econômico e social de nossa população. Isso faz com que as instituições de saúde desempenhem um papel fundamental para a sociedade (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

Diante de tamanha importância o setor da saúde necessita de gestores cada vez mais capacitados e preparados para o mercado de trabalho. Onde a necessidade constante de mudanças, adaptações e avanços tecnológicos fazem com que essa tarefa precise de constante empenho e atualizações. Aprimoramentos estes que proporcionam ao gestor meios para coordenar e gerenciar de modo efetivo suas equipes e estabelecimentos com o objetivo de ofertar serviços de qualidade (BAO et al, 2019; SANTOS et al., 2020).

Nesse contexto, vale ressaltar que qualquer instituição de saúde deve ter como principal objetivo ofertar e desempenhar seus serviços com o mais elevado padrão com a finalidade de suprir as necessidades e expectativas de seus usuários. É fundamental que as atividades desenvolvidas estejam alicerçadas por sólidos princípios, capazes de garantir um elevado padrão de qualidade (SOUSA; JESUS; BARRETO, 2021).

A qualidade nos serviços de saúde deve transpassar as políticas e as metas organizacionais para que todos os serviços ofertados pelas instituições de saúde sejam os melhores possíveis, isto compete não só a gestão, mas também a todos que fazem parte dos serviços. O profissional de saúde, nesse prisma, ocupa um espaço importante de interlocução dinâmica, da mesma forma que a estrutura, recursos, equipamentos e insumos interferem diretamente na qualidade de prestação de serviços (COSTA et al., 2021).

Pelo exposto, nota-se o quão é relevante a necessidade de meios que possam avaliar e aprimorar a qualidade da prestação de serviços nas instituições de saúde. Desse modo, a utilização de ferramentas que possam avaliar e auxiliar a realização de processos nas instituições de saúde torna-se um recurso indispensável (MEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2021).

Diante do exposto, traçou-se o objetivo principal da pesquisa que foi Identificar a aplicabilidade das ferramentas da qualidade nos processos de gestão em saúde no contexto multiprofissional em diferentes níveis assistenciais e seus desdobramentos, como aplicar as metodologias de qualidade da gestão em todos os níveis de atenção à saúde, levando em conta os aspectos de qualidade em sua totalidade, redução de desperdícios, tempo de espera, tempo de ociosidade e atributos positivos no resultado final;



2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação. Segundo Gil (2010) o objetivo da pesquisa exploratória-descritiva é, atuar na construção de hipóteses ou apenas torná-lo mais explícito, além de descrever as características específicas, também identificar possíveis relações entre variáveis.

Segundo Thiollent (1998) a pesquisa-ação é aquela em que os pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão relacionados de modo cooperativo ou participativo. Para Merigh e Praça (2003) essa abordagem proporciona ao pesquisador a possibilidade de compreender a forma como as pessoas pensam e reagem frente às questões focalizadas, auxilia no conhecimento da dinâmica e estrutura da situação observada a partir do olhar de quem a vivência, ajuda na compreensão da distância entre a assistência e o conhecimento e contribui na compreensão dos sentimentos das pessoas explicando suas ações diante do problema.

Assim, o capítulo discute a utilização de ferramentas em gestão de qualidade na saúde no contexto multiprofissional. A construção das atividades desenvolvidas faz parte do conteúdo programático da disciplina Gestão da Qualidade em Saúde do fluxo curricular do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Esta disciplina foi ministrada em fevereiro de 2022, onde foram expostos conceitos, metodologias e ferramentas em gestão de qualidade.

Todas as atividades foram realizadas a partir da percepção da docente e discentes, considerando as vivências do exercício profissional sobre a avaliação da qualidade em situações cotidianas. Sendo consideradas informações da realidade dos respectivos locais de trabalho onde os autores prestam e/ou prestaram serviço. Onde nenhum dado de paciente, profissional ou instituição foi exposto na construção das situações-problema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as atividades realizadas na disciplina foram propostos o desenvolvimento e construção de ferramentas de qualidade e sua aplicação em situações cotidianas de acordo com nossa realidade e ambientes de trabalho.

A escolha por cada ferramenta a ser utilizada ficou a critério dos integrantes de cada grupo de estudo. Onde questões inerentes às suas respectivas vivências em seus ambientes de trabalho deveriam ser abordadas. Outro aspecto relevante na construção dos relatos é que situações problemas deveriam ser solucionadas. Foram utilizadas as seguintes ferramentas de

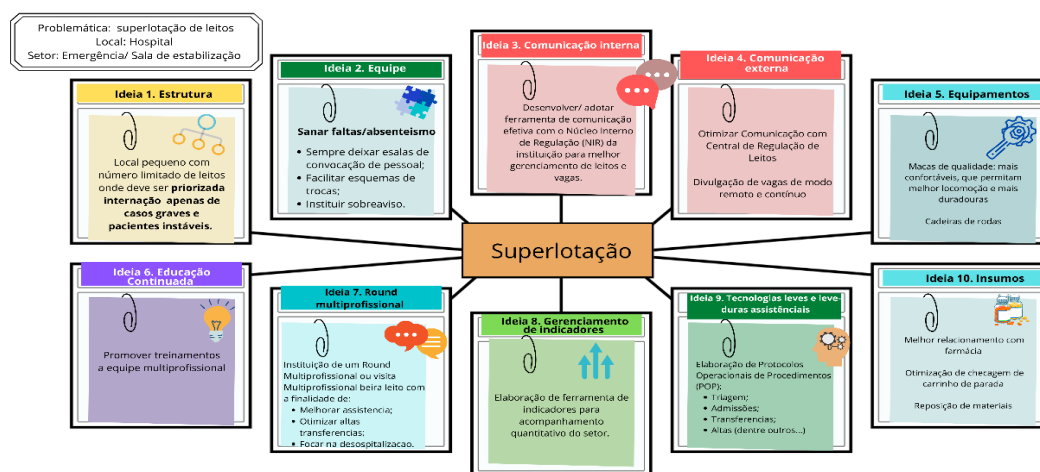


gestão de qualidade: Brainstorming, Diagrama de Ishikawa e Programa de gestão de qualidade 5S.

Quanto ao brainstorming a construção dessa situação problema foi realizada em grupo onde a problemática em questão a ser solucionada foi a superlotação de leitos em um hospital especializado na assistência a pacientes cardiopatas, especificamente em no setor de Estabilização na Emergência. Para tanto foi estabelecido a seguinte questão norteadora: “Que recursos podem ser desenvolvidos e/ou realizados para diminuir a superlotação de um setor de emergência?”.

Em seguida, durante reunião virtual por meio do software *Google Meet*, todos os participantes registraram suas ideias e sugestões em forma de tópicos para solução do problema em questão. Após esse procedimento todos os tópicos foram classificados de acordo com suas similaridades onde foram identificados diferentes pontos de vista que originaram dez (10) categorias de ideias elencadas por afinidade para solução da problemática (FIGURA 01):

Figura 1: Brainstorming: Representação das ideias sugeridas



Autoria própria.

Todas as ideias foram debatidas e descritas de acordo com as seguintes categorias abaixo, tais como **Estrutura**

O setor conta com um espaço físico pequeno com número limitado de leitos de um hospital de pequeno porte, que atualmente são ofertados apenas doze leitos (12): seis (06) leitos em uma subdivisão do setor que disponibiliza assistência a paciente em estado crítico e instável ou em parada cardiorrespiratória e seis leitos em outra subdivisão onde são alocados pacientes estáveis que aguardam transferência para setores internos do hospital ou para outras instituições.

Com a grande demanda de pacientes cardíacos, muitos pacientes ficam no aguardo de leitos, realização de procedimentos e ou melhora de estado clínico para alta hospitalar e acabam



superlotando o setor. Para solucionar a problemática da superlotação uma das medidas propostas seria a priorização de internação apenas de casos graves e pacientes instáveis.

Quanto a equipe apreende-se que todo e qualquer setor de urgência e emergência pode ser considerado um local insalubre pela quantidade de agentes nocivos à saúde. Além da presença de fatores que podem ser considerados com desgastantes e situações estressantes. A ocorrência de ausências não justificadas, afastamentos e elevadas taxas de absenteísmo são frequentes em ambientes hospitalares. Isso contribui para que muitos processos, procedimentos não sejam realizados, atrasando assim a rotatividade de leitos em muitos casos. Além de sobrecarregar equipes ou até mesmo, setores inteiros, o que pode comprometer o setor e contribuir para a superlotação de leitos.

Como solução para essa problemática foi proposto a implementação de escalas rotativas, a presença de convocação de pessoal extra para preenchimento de vagas remanescentes nas escalas mensais e/ou semanais. Outro recurso também mencionado de grande valia, seria a facilitação do esquema de trocas entre funcionários do setor. Onde a instituição de uma escala de funcionários de sobreaviso multiprofissional poderia ser negociada com todos os gestores das equipes multiprofissionais.

No que diz respeito a Comunicação interna fica evidente que A rotatividade de leitos pode ser considerada a peça-chave para a solução de muitos problemas no contexto hospitalar. Todavia, em nossa situação-problema ela pode ser considerada o eixo principal que controla toda a problemática do setor. Fato esse alicerçado pela importância da otimização de vagas e pelo gerenciamento efetivo da comunicação entre setores.

Ferramentas e recursos que possibilitam a comunicação de vagas são essenciais em todos os setores de toda e qualquer instituição de saúde. Onde o desenvolvimento ou adoção de ferramentas de comunicação interna possibilitam um gerenciamento de vagas de modo mais efetivo. Para melhor gerenciamento dos procedimentos de rotatividade de leitos o uso de ferramentas como “Pandion”, “Troop Messenger”, “Staff Connect”, “Glip” ou “Redbooth” com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) da instituição podem ser adotados.

Segundo Sousa et al. (2020) a utilização da comunicação como ferramenta de qualidade, garante maior eficiência e eficácia na assistência à saúde. Onde a automatização de tarefas acomete em falhas que podem afetar a segurança do paciente e profissional.

Outros aspectos relevantes é a comunicação externa que para os dados registrados na unidade de saúde hospitalar muitos pacientes que são admitidos no setor são oriundos de outros serviços do município ou de outras cidades. Estes, por sua vez, necessitam de atendimento



imediatos e vêm regulados para a instituição. Isso ocorre pela necessidade de assistência especializada ofertada pelo setor que em suas respectivas cidades não é disponibilizada.

Dentre os procedimentos realizados para transferência e admissão de pacientes existe a comunicação interna e externa com a Central de Regulação de Leitos por parte da equipe do NIR e do chefe de equipe do setor de emergência. A divulgação de vagas nesse contexto deve ser realizada de modo remoto e contínuo. O que evitaria a admissão de pacientes em vaga zero (admissão/transporte de paciente sem vaga comunicada ao setor).

Além desses aspectos os equipamentos os procedimentos são realizados de forma ágil por falta de recursos. Dentre as ferramentas fundamentais para a transferência de pacientes estão os equipamentos necessários para tais procedimentos. Dentre estes, macas de qualidade: mais confortáveis, que permitam uma melhor locomoção e cadeiras de rodas.

E finalmente, a educação permanente que para instituição os profissionais e gestores devem estar capacitados para seu desenvolvimento e uso. A promoção de treinamentos a equipe multiprofissional do setor consiste em uma ação primordial. Assim, o estímulo à participação de cursos e sessões clínicas deve ser realizado por todos da equipe e não só gestores.

Em relação outro item relevante *Round* multiprofissional, com a grande quantidade de procedimentos e pacientes a realização de uma assistência contínua muitas vezes é comprometida. Desse modo, muitos pacientes deixam de ser assistidos pela equipe de uma forma global, onde todos trabalham em equipe e têm conhecimento do quadro clínico dos pacientes.

Quando o trabalho em equipe é incentivado para a elaboração de planos terapêuticos e prognósticos adequados a cada paciente, todo o setor é beneficiado. Pois os pacientes são vistos de uma forma global, isto é, cada um sabe o que o outro está fazendo. Isso beneficia a rotatividade de leitos e diminui a superlotação.

Uma medida que pode ser usada é a instituição de um *Round* Multiprofissional ou visita Multiprofissional beira leito com a finalidade de melhorar assistência dos pacientes do setor; otimizar altas transferências; e focar na desospitalização, redução do tempo de internação e altas.

Outro ponto significativo foi o gerenciamento de indicadores para que o preenchimento de vagas tem relação direta com o perfil de cada unidade e dos pacientes (idade, gênero, diagnóstico, tempo de internação, dentre outros dados). Isso ocorre por medidas logísticas de cada setor.

Elaboração de ferramenta de indicadores para acompanhamento quantitativo do perfil do setor e dos pacientes possibilita uma visão mais ampla das características de cada indivíduo para melhor alocação de leitos e melhor comunicação com o NIR.



Quanto a Instituição de tecnologias leves e leve-duras assistenciais muitos procedimentos necessitam ser padronizados para que os mesmos sejam realizados com qualidade. Para tanto há a necessidade da elaboração de Protocolos Operacionais de Procedimentos (POP): triagem e acolhimento; admissões de pacientes no setor com categorização dos seus respectivos perfis (cardiopatas e pneumopatas); transferências tanto internas e externas; e altas.

O Gerenciamento de insumos é relevante para a realização de todos e qualquer procedimento a necessidade de materiais no setor. Isso inclui tanto medicamentos como outros produtos oriundos de outros setores como casa de força, marcenaria, central de gases, central de equipamentos médicos (CEDAM), central de materiais de esterilização (CME), almoxarifado, farmácia, laboratório, dentre outros.

O relacionamento com setores essenciais como a central de medicamentos e farmácia responsável pelo abastecimento do setor deve ser facilitado. Outro procedimento de rotina a ser otimizado é a checagem dos carrinhos de parada do setor. Onde a comunicação com a equipe responsável é essencial. O uso de ferramentas para a reposição de materiais diversos pode ser realizada por meio de listagem ou *check list*.

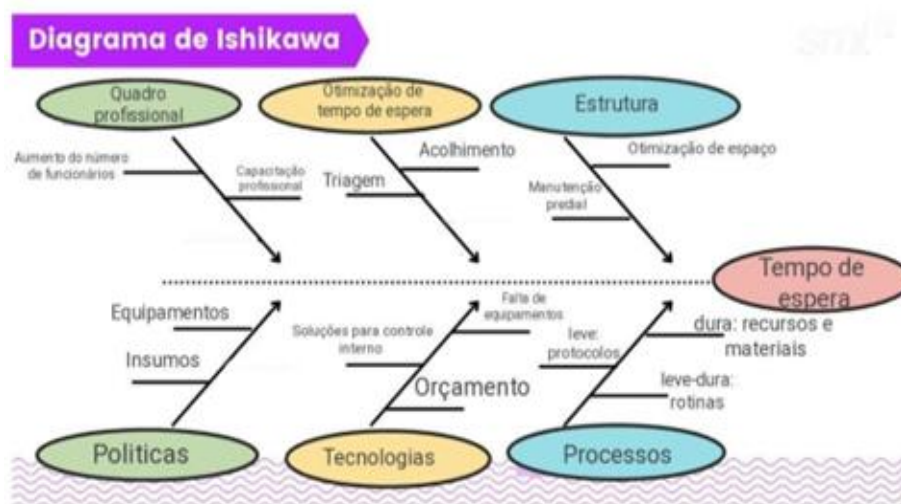
O diagrama de Ishikawa é uma das ferramentas explorada foi o diagrama de Ishikawa durante aula expositiva e síncrona em grupo. Os mesmos grupos realizaram a construção dessa ferramenta. Onde cada grupo explorou uma questão-problema. Nesse momento foi utilizada a seguinte situação problema: a demora e tempo de espera de atendimento em serviços de saúde conforme figura 2.

Os setores de saúde vêm buscando a melhoria na qualidade dos serviços de saúde como uma das formas de ampliar sua infraestrutura e o atendimento. O tempo de espera dos pacientes nas unidades hospitalares continua sendo um dos grandes problemas operacionais de gestão, devido às grandes demandas, dimensionamento reduzido de profissionais e baixas tecnologias nos serviços do SUS.

A otimização do tempo de espera se dá por um acolhimento e uma triagem adequada utilizando-se de protocolos de classificação de risco, para agilizar os casos mais graves. Políticas de compras com provisionamento e otimização de insumos e equipamentos, para melhor qualidade de avaliação dos pacientes.



Figura 2: Diagrama de Ishikawa



Fonte: Adaptada de ISHIKAWA, Kaoru (1979) apud MARSHALL, Isnard Jr. Cierco et al (2003).

Uma outra ferramenta utilizada na gestão, refere-se ao Programa de Gestão de Qualidade 5S, exposto no quadro 1.

Quadro 1: 5s – primeiros passos para iniciar a aplicação da qualidade



Fonte: Adaptado de Takahara, Akio, e Collin McLoughlin, 2010 apud Graban, 2013, p. 107.

Fonte das imagens: Estoque de ícones do Microsoft Office Word versão 365



O programa 5S tem benefícios claros principalmente na redução de custos e no desperdício, além da melhora no uso dos insumos pelos colaboradores da unidade. Essa ferramenta se faz fundamental para os profissionais que trabalham diariamente com escala de rotinas, capacitações dos profissionais dos serviços gerais e cozinha para o uso racional dos itens, para que eles, também tenham a visão de organização, ambiente seguro e limpo.

A adoção do conceito *Lean manufacturing*: na área da saúde refere-se à construção de uma situação em que o conceito *Lean Manufacturing* fosse utilizado de modo a ser considerado ferramenta de gestão em saúde. Também utilizando situações cotidianas e explorando nossas vivências profissionais.

Muitas instituições de saúde têm adotado o conceito Lean como ferramenta para otimização de serviços. Tendo em vista a redução de desperdícios e a maximização do valor dos serviços ofertados. Desse modo, a busca contínua por melhorias e a otimização dos recursos da assistência aos pacientes é considerada como pilar principal para adequação e inserção de ações efetivas nas instituições de saúde. Nesse contexto, seguem duas situações em que os princípios do conceito *Lean Manufacturing* são aplicados em nossas rotinas:

Destaca-se, ainda, a utilização do conceito *Lean Manufacturing* no ambiente hospitalar nos setores de emergência que a busca constante pela oferta de serviços de qualidade em saúde pode ser vista com uma meta constante nos serviços de emergência. Isso ocorre pela grande demanda de pacientes e pela necessidade de rotatividade de leitos e carência de atendimento efetivo, imediato e qualificado. Sendo que meios devem ser otimizados para a minimização do desperdício de recursos financeiros, humanos e materiais. Onde a resolução de problemas de maneira sistemática deve ser priorizada para realização de um acolhimento e assistência de qualidade. Dentre essas ações podemos mencionar o gerenciamento de insumos, a regulação de leitos e a instituição de indicadores.

No gerenciamento de insumos podemos citar a dedicação de alguns funcionários para o projeto Lean, pois a transformação dos processos hospitalares requer compromisso, tempo e dedicação dos líderes e funcionários. Quanto aos recursos humanos é importante o envolvimento e comprometimento da equipe no gerenciamento do *Lean Manufacturing*, pois vai mudar para uma maneira totalmente nova a maneira de pensar e projetar processos que necessitam de liderança para recursos materiais e humanos da área hospitalar.

A perspectiva do Conceito *Lean Manufacturing* nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) liderar em benefício do paciente, ganhando adesão e envolvendo os médicos da equipe trazendo maior eficácia e redução de custos; Criação de um projeto piloto onde planeja, executa, faz ajustes e implanta em todo sistema permitindo que os líderes aprendam a cultura do



hospital antes de qualquer mudança e por fim utilizar do tempo para adesão e melhor compreensão do projeto lean, para que os médicos e toda equipe entenda que não é uma imposição do serviço e sim algo que venha para trazer benefícios para pacientes e hospitais.

Com relação a implantação do projeto *Lean Manufacturing* nas UPA pode verificar a redução do tempo de espera dos pacientes para serem atendidos, diminuindo a quantidade de pessoas dentro da unidade na espera de atendimento e trouxe melhor organização nos fluxos de encaminhamento para outras redes de saúde.

Quanto a aplicação da ferramenta *failure mode and effect analysis* (fmea) em um terceiro momento foi proposta a construção dessa ferramenta em gestão de qualidade foi desenvolvida em grupo de modo a explorar uma situação cotidiana no ambiente hospitalar que envolve toda a equipe multiprofissional: o descarte de materiais perfurocortantes.

Para construção da situação problema foram estabelecidos três critérios para analisar: frequência que o problema pode acontecer; a facilidade de detecção do modo de falha; a gravidade do efeito para o cliente. Em seguida foi construído uma tabela onde as etapas da construção do FMEA foram organizadas de acordo com sua análise e descritas para melhor compreensão no quadro 2.

Quadro 2: Aplicação da ferramenta *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) no descarte de materiais perfurocortantes./ Risco: Eventos adversos.

ETAPAS	ANÁLISE / EFEITOS	DESCRIÇÃO
Procedimento	Processo de descarte de materiais perfurocortantes (todo material que corta ou perfura, como agulhas, lancetas, vidros em geral, lâminas de bisturi, ampolas, cateter, etc).	Todos os artigos perfurocortantes devem ser depositados após uso em um reservatório apropriado (<i>Descartex</i>).
Identificação do tipo de falha	Materiais descartados em outros depósitos (lixo comum ou lixo infectado).	Risco de acidentes de trabalho / eventos adversos.
Potencial impacto na assistência	Ocorrência de acidentes.	Potencial redução da equipe por afastamento/ absenteísmo / faltas.
Gravidade da falha	Efeitos / consequências a curto prazo.	Efeitos: Funcionário → contaminação; Pacientes → redução da qualidade assistencial.
Potenciais causas	A ocorrência de falhas pode ocorrer por fatores oriundos de processos e procedimentos realizados de modo incorreto ou falta de atenção.	Falta de conhecimento a respeito do descarte correto de materiais perfurocortantes / Imperícia.
Ocorrência	A frequência com que a falha pode ocorrer:	Após a realização de procedimentos invasivos como: punção de acesso central, toracocentese c/ inserção de dreno, dentre outros.



ETAPAS	ANÁLISE / EFEITOS	DESCRIÇÃO
Modo de detecção	Estabelecimento de medidas para identificação de falhas.	Pode ser detectada por meio de auditoria interna ou análise de notificações internas de procedimentos.
Detecção	Desenvolvimento e implantação de ferramentas para identificação da falha.	Inserção de check list de procedimentos; Sistema para realização de notificações internas de falhas; Implantação de POP para descarte de material perfurocortante
RPN (Risk Priority Number)	Número de prioridade de risco	---
Ações Recomendadas	Educação continuada.	Medidas educativas: palestra, cursos, dentre outros.
Responsabilidade	Gestores e equipe assistencial	Gestores e equipe assistencial: que tem contato com materiais perfurocortantes
Data alvo	Estabelecer quando deve ocorrer a prevenção do modo de falha	Fixar data para realização de treinamentos
Ação tomada	Medidas para identificação de falha e medidas educativas.	medidas: Implantação de check list, Implantação de POP para descarte de material perfurocortante e palestra com profissionais envolvidos.

Legenda: POP- Protocolo Operacional de Procedimento.

Em relação as DIMENSÕES DA ESCALA SERVQUAL é uma das últimas atividades proposta a utilização das dimensões da Escala SERVQUAL que consiste em um método para avaliação de qualidade em serviços: “A confiabilidade é a capacidade de entrega do serviço prometido de forma confiável e correta (ZEITHAML, PARASURAMAN; BERRY, 2014, p. 35).

A confiabilidade no serviço de Atenção Primária à Saúde é sempre passível de questionamento. Na realidade do Centro de Saúde da Família Terrenos Novos I de Sobral, entregar um serviço conforme o prometido nas Políticas Nacional de Atenção Básica (PNAB) é desafiador. O território é feito por pessoas, costumes, culturas, saberes e práticas. Por tratar disso, a dinâmica da população e os condicionantes sociais influenciam diretamente na confiabilidade. Então, de formas gerais, a oferta fica comprometida pelo conceito de saúde perpassa inúmeras questões e a comunidade sofre altos níveis de vulnerabilidade.

“A responsividade é a disposição para ajudar o cliente e prestar serviço sem demora” (ZEITHAML, PARASURAMAN; BERRY, 2014 p. 35). A capacidade de rapidez nas respostas no SUS depende de questões de gestão, de burocracia, da comunicação entre os trabalhadores, dos vínculos entre as Redes de Atenção à Saúde e Níveis de Atenção à Saúde, qualificação e treinamento da equipe. Assim também como a responsabilização dos processos. A aquisição de equipamentos e insumos no âmbito público depende de licitações, que podem acontecer falhas e



demora nos processos. Portanto, a responsividade fica a depender dos recursos humanos e equipamentos para uma melhoria e agilidade nas respostas.

A segurança é o “conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e segurança” (ZEITHAML, PARASURAMAN; BERRY, 2014, p. 36). É possível manejar um caso individual até um momento, a passar disso, não é viável ter uma responsabilidade individual, sendo necessário o compartilhamento de caso objetivando a resolução da circunstância. Deve-se ter ética profissional para a condução coletiva, a solicitação de apoio à equipe básica e multiprofissional, os devidos encaminhamentos e a devida assistência medicamentosa e não medicamentosa.

A empatia é a “atenção cuidadosa e individualizada que a empresa proporciona aos seus clientes” (ZEITHAML, PARASURAMAN; BERRY, 2014, p. 36). Demonstrar interesse e atenção personalizada aos usuários de um serviço. A empatia depende muito da sensibilidade dos colaboradores.

Os elementos tangíveis são “aparência de instalações físicas , equipamentos, pessoal e material de comunicação” ” (ZEITHAML, PARASURAMAN; BERRY, 2014, p. 35). Com relação ao espaço físico é preciso oferecer um ambiente acolhedor e que atenda às necessidades de um projeto em sintonia com as orientações de qualidade na saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Mestrado Profissional em Gestão em Saúde é caracterizado pela abrangência multiprofissional. E visa a formação de profissionais que estejam desempenhando sua função em diferentes áreas com a incorporação de saberes e práticas nos três níveis de atenção à saúde e instrumentalizar e instigar o conhecimento tecnológico. De tal forma, que instrumentalize esses futuros mestres com um olhar abrangente para inovações e modelos organizacionais que fortaleçam de modo emancipatório práticas eficientes e eficazes de gestão no campo interdisciplinar e interprofissional com foco nas necessidades da população ao longo do ciclo de vida.

Durante o desenvolvimento das atividades inerentes da disciplina de Gestão da Qualidade em Saúde foi possível a troca de experiências entre profissionais, por se tratar de uma equipe multiprofissional, que desempenha suas atividades em setores e/ou cidades diferentes. Onde a principal evidência encontrada foi a importância da sensibilização dos profissionais de saúde no contexto do trabalho em equipe.

Outro aspecto relevante foi a identificação da importância do trabalho em equipe no processo de gestão. Pois os serviços de saúde necessitam do empenho colaborativo de todos. Onde as equipes multiprofissionais precisam desempenhar suas atividades de modo alinhado,



organizado, efetivo e eficaz para oferecer serviços de qualidade a seus pacientes. Também foi possível desenvolver um olhar crítico para identificar e compilar as falhas, propor mudanças que evitem erros nos atendimentos e promovam a diminuição de riscos, gerenciamento de gastos e melhoramento nos serviços de saúde.

No decorrer da realização das atividades propostas da disciplina foram identificados meios e recursos para a solução de situações-problema onde ferramentas de gestão de qualidade foram empregadas. Sendo estas consideradas recursos indispensáveis no processo de gestão e busca por excelência.

REFERÊNCIAS

- BÁO, A. C. P. et al. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 360-366, 2019.
- BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie A. **A excelência em serviços**. São Paulo: Saraiva, 2014. ISBN 978-85-02-22555-8
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. IPEA revisa para 4,5% a previsão de crescimento do PIBEM 2021. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38810&Itemid=3#:~:text=Segundo%20o%20es-tudo%20do%20Ipea,e%20dos%20servi%C3%A7os%2C%20se%20verifique>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2022.
- Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2022.
- BRASIL. SUS completa 30 anos. GOV.BR, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.
- COSTA, J.D. et al. Contribuições do modelo SERVPERF para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 21, n. 84, 2021.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G.. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1891-1902, 2018.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GRABAN, Mark. **Hospitais Lean** [recurso eletrônico] : melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários / Mark Graban; tradução: Raul Rübenich. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Bookman, 2013. ISBN 978-85-8260-007-8



- PRAÇA, N. S.; MERIGHI, M. A. B. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 2003.
- SANTOS, T. B. S. et al. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3597-3609, 2020.
- SOUSA, J. B. A. et al. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020.
- SOUZA, C. C.; JESUS, E. S.; BARRETO, G. M. N. Auditoria de Enfermagem e sua Importância para Gestão de Qualidade no Serviço de Saúde. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 1, p. 153-165, 2022.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1998.



CAPÍTULO VI

APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-6

Andréa Parente Camelo
Ana Lúcia Carvalho Furtado
Alaíde Maria Rodrigues Pinheiro
Clécia Reijane Lucas de Oliveira Boecker
Damião Maroto Gomes Júnior
Milena Lima de Paula

1. INTRODUÇÃO

A busca por novas estratégias de gestão da qualidade exige práticas inovadoras e integradoras, que transcendem o saber técnico, envolvendo leis, normas, valores, compromissos, ações, conhecimentos e intenção, além de profissionais capacitados para o desenvolvimento das atividades prestadas. As ferramentas de qualidade são importantes instrumentos de gestão e propiciam a melhoria dos serviços oferecidos aos usuários, apoiando o processo de tomada de decisão e contribuindo para a gestão das políticas de saúde¹.

Na área da saúde, a gestão da qualidade objetiva viabilizar a educação permanente dos profissionais na organização, alinhada a uma lógica racional de trabalho, além de gerir continuamente indicadores que subsidiam o monitoramento do desempenho organizacional e dos resultados assistenciais e gerenciais, visando sua melhoria².

A baixa qualidade dos serviços de saúde e a necessidade de uma gestão mais efetiva sobre os recursos fizeram com que alguns métodos e ferramentas comumente adotados na manufatura fossem adaptados para a área de saúde, destacando-se a produção enxuta (PE), reconhecida pelo termo Lean healthcare e o FMEA – *Failure Mode and Effect Analysis*³.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido a partir da experiência no campo de atuação dos membros da equipe, que atuam em serviços de saúde, inclusive na assistência hospitalar. A proposta consistiu na utilização das ferramentas de qualidade FMEA e Lean em uma perspectiva metodológica de levantamento da problemática dentro da área de atuação, com o objetivo de obter resultados através das ferramentas e do direcionamento das soluções a curto, médio e longo prazo.



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados em forma de temáticas:

3.1. APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS LEAN AO FLUXO DE PRONTUÁRIOS FÍSICOS PARA O SETOR DE PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO.

Para o adequado atendimento ao usuário que necessita de internação hospitalar, é fundamental ter acesso ao prontuário médico. Este instrumento se configura como um meio de comunicação eficiente e eficaz entre os membros das equipes de trabalho nos diferentes setores intra-hospitalares.

O perfil de atendimento hospitalar específico é de gestantes de alto risco que em decorrência de complicações clínicas já reconhecidas, realizam acompanhamento em nosso serviço de pré-natal de alto risco, ou possuem um histórico de atendimentos no setor de emergência.

Embora contemos com um sistema informatizado no qual os dados do paciente são registrados e posteriormente impressos e anexados ao prontuário físico, a demora na entrega da versão impressa e atualizada do prontuário pode favorecer a ocorrência de equívocos, ampliar o tempo de espera para transferência, bem como aumentar o risco de extravio de informações.

3.2. PRINCÍPIOS DO LEAN

Os princípios do Lean estão na criação de valor, no fluxo de valor, no fluxo contínuo, na produção puxada, na perfeição da execução dos processos em busca de uma melhoria contínua.

Os princípios do pensamento lean foram disseminados por Womack e Jones (1980) e desenvolvidos no sistema de produção Toyota pelos engenheiros Taiichi Ohno e Shigeo Shin go. Esses princípios tratam de valor; dos passos que criam valor no processo de atendimento aos clientes; da criação de valor; incentivar que os clientes expliquem o que desejam e puxem o produto ou serviço; e por fim buscar a melhoria contínua (GRABAN, 2013, p. 22).

No caso o setor de pronto atendimento obstétrico o valor significa a entrega do prontuário em tempo hábil possibilita acesso as informações previamente registradas favorecendo a segurança do binômio *mãe-feto*, dos profissionais e da instituição. Implica em satisfação do cliente reduzindo o tempo de espera e propicia a tomada de decisões precisas, alimentada com informações confiáveis.



3.3. FLUXO DE VALOR

Realizar o mapeamento do fluxo de forma detalhada definindo as etapas imprescindíveis e as que podem ser eliminadas, objetivando: a) Localização do prontuário (rápido e preciso, evitar trocas e atrasos); b) Entrega do prontuário (célere, para que não atrase o processo); c) Recolhimento do prontuário (pode ser necessário em outro atendimento); d) Correto Arquivamento do Prontuário (evitar problemas na localização)

3.4. FLUXO CONTÍNUO

Definição de novo fluxo conferindo autonomia total para a equipe do SAME na recuperação de prontuários armazenados fora da unidade, definição de colaboradores designados exclusivamente para o desarquivamento dos prontuários de demanda da emergência, priorização na entrega pelo "contínuo" e acompanhamento de indicadores que mensuram o tempo estimado de entrega dos prontuários com feedback mensal aos colaboradores.

3.5. PRODUÇÃO PUXADA

A equipe do SAME passou a ter acesso as unidades administrativas (auditoria e faturamento), inclusive no período noturno e finais de semana, para pegar prontuários que se encontravam nesses setores, sendo a movimentação devidamente registrada. A equipe ficou também responsável pela recuperação de informações em situações de movimentação da paciente entre as unidades da instituição sem o prontuário físico.

3.6. PERFEIÇÃO

A aplicação dos princípios da metodologia referenciada favorece a otimização do fluxo supracitado, a exclusão de etapas do processo que não agregam valor ao público atendido, bem como a redução contínua de desperdícios. Reforça ainda a necessidade de um acompanhamento dos resultados, com indicadores de falhas, para pronta oportunização de esforços para a correção dos processos.



3.7. TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NO PRONTO ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE.

A emergência hospitalar de uma instituição porta aberta 24hs, unidade terciária de diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, encontra-se em muitos momentos, trabalhando em sua capacidade máxima de pacientes e profissionais.

A estrutura física do pronto atendimento apresenta diversos setores, como a sala de verificação sinais vitais, o espaço para realização ECG, o espaço para triagem médica, consultórios médicos, a sala de internação, a sala de observação, a sala de serviço social, a sala de coleta laboratorial, a sala de radiografias, os banheiros e o repouso dos funcionários.

A busca da redução da superlotação na emergência é um desafio diário e todos os serviços de apoio tentam caminhar juntos, visando manter e executar todas as etapas para obtenção de melhor tempo de atendimento médico, menor tempo de passagem do paciente, menor tempo médio de permanência do paciente internado, tudo isso com a intenção de evitar desperdício na utilização do serviço.

3.8. OS PRINCÍPIOS DO LEAN SÃO

3.8.1. VALOR

Tempo limitado de permanência dos pacientes na instituição é fundamental e, consequentemente maior satisfação do cliente e do profissional da saúde.

3.8.2. FLUXO DE VALOR

A intervenção nos fluxos, buscando melhorias com a participação ativa dos serviços de apoio, resultando em: menor tempo no atendimento de sinais vitais; menor tempo no atendimento do ECG (eletrocardiograma); menor tempo para o atendimento médico; menor tempo para atendimento no laboratório e Raio X.

- Menor tempo no retorno médico para definição se o paciente vai ser internado ou não.

3.8.3. FLUXO CONTÍNUO

É realizado Huddle diário na emergência, objetivando gerenciar, implantar e monitorar os indicadores, com a finalidade de redução do tempo de espera e média de permanência na emergência.

3.8.4. 3.10 PRODUÇÃO PUXADA

Há tentativas de eliminar a produção em excesso, colaborando na redução de internações desnecessárias, ajustando o tempo de espera na realização de radiografias, nos exames de



laboratório, no retorno ao médico e melhorando a qualificação dos profissionais. Esse modelo é mais complicado pois ocorre um alto nível de rotatividade de profissionais nos serviços de assistência e a falta de vínculo trabalhista é o maior motivo dessa rotatividade de profissionais

3.8.5. PERFEIÇÃO

A execução da metodologia contribuiu com o processo de melhoria contínua, e o gerenciamento diário dos dados foi fundamental no sucesso das ações atuais e futuras, aumentando a satisfação do cliente em todas as etapas.

Quanto ao Aplicação da ferramenta da qualidade FMEA na cirurgia segura com foco no uso racional do sangue, define-se como uma agência transfusional dentro de um hospital tem a finalidade de armazenar teste de compatibilidade entre o doador e o receptor e transfundir os hemocomponentes selecionados. Esses serviços de hemoterapia devem selecionar, processar e distribuir os hemocomponentes com segurança e qualidade dos produtos utilizados.⁴

Diversas são as funções relacionadas as boas práticas da transfusão sanguíneas, dentre elas está o de gerenciamento do uso racional do sangue. Delineando o uso consciente do hemocomponente, protocolos são produzidos, atendendo as especificações da ANVISA. Um protocolo elaborado e que tem como objetivo a segurança do paciente é o de reserva cirúrgica.

Em um grande hospital público do interior do estado do Ceará, com cerca de 313 leitos e que dispõe de uma emergência que é porta aberta para crianças e adultos, além de ser referência para gestantes de alto risco, são contabilizados por volta de 500 procedimentos cirúrgicos ao mês, distribuídos entre as diversas especialidades.

O hospital hoje é acreditado nível três na avaliação da Organização Nacional de Acreditação – ONA e busca trabalhar com qualidade buscando soluções para os diversos obstáculos que possam comprometer a excelência alcançada.

De 2006 a 2009 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu melhorias de segurança e a prevenção do erro humano e do efeito adverso ao paciente. Neste contexto, está a cirurgia segura. Com esse objetivo, foi elaborado um “checklist” para ser empregado em todos os procedimentos cirúrgicos, em qualquer hospital do mundo, independente do seu grau de complexidade.⁵

O protocolo de reserva cirúrgica deve ser montado pelo histórico transfusional do próprio hospital, no intraoperatório e no pós-operatório imediato de cada grupo de cirurgias. É então classificado um “índice de pacientes transfundidos”, que recomenda a quantidade de hemocomponente a ser reservado em consonância ao tipo de cirurgia.⁶

No entanto, em alguns estudos é presenciado certo número de paciente que tem suas cirurgias adiadas devido o checklist não ter todos os itens preenchidos, inviabilizando dessa



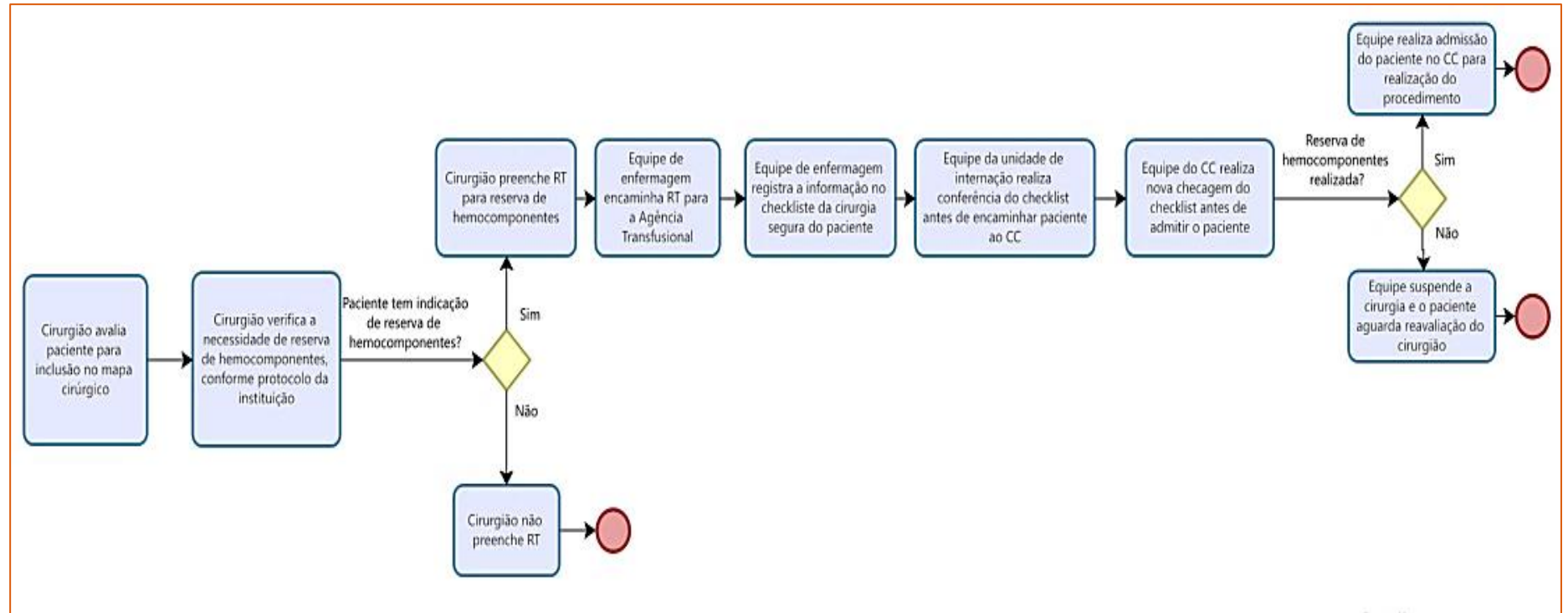
maneira, que a cirurgia segura ocorra. Dentre as não conformidades vistas, está a falta de observância da reserva de hemocomponentes, sendo assim suspensa a cirurgia.

3.8.6. MONTAGEM DA EQUIPE.

Enfermeiro assistencial e médico prescritor do setor do paciente, enfermeiro do centro cirúrgico e médicos cirurgião e anestesista.



Figura 1 Descrição gráfica do processo



Quadro 1 - Análise de risco por meio da ferramenta FMEA

ETAPA	MODO DE FALHA	CAUSAS DA FALHA	EFEITOS DE FALHA	O	D	G	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA
Verificação da necessidade de hemocomponente pelo cirurgião.	A não observância do protocolo de reserva cirúrgica.	Desconhecimento ou não adesão do protocolo.	Ausência de reserva de hemocomponente	7	2	8	112	Treinar envolvidos sobre a existência do protocolo de reserva cirúrgica.
Comunicação entre equipe de enfermagem e agência transfusional.	RT não ser entregue ao responsável pela AT.	Extravio da RT.	Ausência de reserva de hemocomponente	3	2	9	54	Realização de contato de confirmação com a agência transfusional.
Registro da informação no checklist da cirurgia segura do paciente pela equipe de enfermagem.	Equipe não registra a informação.	Desconhecimento ou não adesão do protocolo. Sobrecarga da equipe.	Impossibilidade de conferência pela equipe de internação.	6	8	9	432	Fortalecer a checagem do checklist melhorando a segurança cirúrgica
Conferência do checklist pela equipe do CC.	Falta de verificação do checklist.	Desatenção da equipe do CC.	Paciente admitido no CC sem RT.	7	8	8	448	Tornar o setor de transporte a ser uma barreira
O = Ocorrência. D = detecção. G = gravidade. RPN = Número de prioridade de risco.								

3.9. CONTROLAR DE FORMA HUMANIZADA O FLUXO DO SETOR EIXO VERMELHO SEM PREJUÍZO NA COMUNICAÇÃO - APLICANDO A FERRAMENTA DA QUALIDADE FMEA

O texto é construído a partir da experiência de trabalho em um hospital referência Norte e Nordeste no tratamento de pacientes cardiológicos e pneumológico e suas urgências, onde os pacientes são recebidos no setor *eixo vermelho* para estabilização hemodinâmica, ambiente subdividido em três espaços: sala de parada, estabilização e sala de prescrição médica.

O objetivo do eixo vermelho é estabilizar os pacientes e encaminhá-los ao setor de acordo com seu diagnóstico. A estrutura da sala de parada e sala de estabilização tem a capacidade de atender de forma humanizada a 12 pacientes, esse é o número máximo para uma assistência humanizada dentro do número de profissionais, materiais e equipamentos. Porém, o número de paciente admitido neste setor triplica sua capacidade no atendimento, ocasionando inúmeros pontos que compromete a segurança do paciente e a evolução otimizada no seu tratamento, a assistência fica comprometida desde sua estrutura física, materiais e equipamentos hospitalares, assim como a sobrecarga da equipe multidisciplinar, a superlotação do setor propicia possíveis falhas no tratamento do paciente, entre os grandes desafios assistenciais do setor destaca-se a falha na comunicação.

A falha na comunicação dos profissionais da saúde traz prejuízo assistenciais causando retrocesso no tratamento dos pacientes, classificando assim como Evento Adverso. “A



comunicação ineficaz é um dos principais fatores para a ocorrência de EA. Pesquisas têm demonstrado que o processo de transição de cuidado é situação crítica para que falhas de comunicação aconteçam”.

Entre as muitas falhas de comunicação destaca-se a comunicação verbal com os familiares dos pacientes, causando insegurança e insatisfação por parte da família que fica longos períodos sem ter notícias do paciente, a preocupação do paciente que busca muitas vezes entender o que está ocorrendo e não obtém respostas esclarecedoras, falha na comunicação entre as equipes de mesma categoria, assim como as de categorias diferentes, falha na comunicação escrita através da evolução no prontuário do paciente, falha na identificação do paciente tanto na placa com seus dados principais quanto na pulseira de uso contínuo do paciente em ambiente intra-hospitalar, falha na comunicação intersetoriais, na tentativa de buscar leitos aos pacientes que encontra-se de alta do eixo vermelho, nas transferências dos pacientes onde a omissão de relatos das pendências do seu tratamento são omitidas, esquecidas ou não mencionada retardando o processo de melhora, falha na orientação quando o paciente recebe alta hospitalar e precisa entender como dar continuidade ao tratamento em domicílio e não foi orientado quanto medicamentos, horários e tempo que será usado, retorno ao especialista, exames que deverá ser realizado entre outros, onde o tratamento se quer é iniciado, diante do exposto aplica-se a ferramenta de qualidade FMEA com objetivo de buscar soluções de forma prospectiva levantando os pontos de maior gravidade e vulnerabilidade que ocorre na falha da comunicação intra-hospitalar que está diretamente ligada a segurança do paciente. Será construído as etapas de modo de falhas, causas de falhas e efeitos de falha.

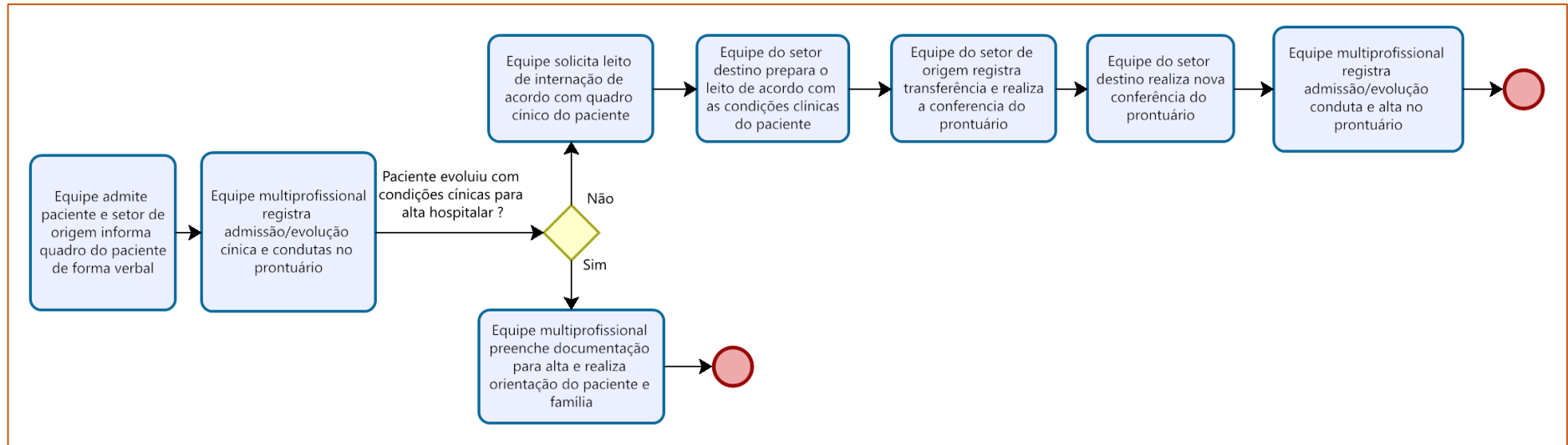
3.10. MONTAGEM DA EQUIPE

Coordenador de Enfermagem, coordenador da equipe médica, enfermeiro supervisor do Eixo Vermelho, presidente do Núcleo de Internação Hospitalar – NIR e chefe de equipe do pronto atendimento.

A figura 2 representa a descrição gráfica do processo de recepção do paciente para internação.



Figura 2 - Descrição gráfica do processo



O quadro a seguir sobre análise de risco retrata as etapas as falhas e as ações para redução da ocorrência.

Quadro 2 - Análise de risco

ETAPAS	MODO DE FALHA	CAUSAS DA FALHA	EFEITOS DE FALHA	O	D	G	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA
Comunicação verbal entre os membros da equipe na admissão do paciente.	Divergência entre o comunicado e o compreendido.	Aglomeração de pacientes e acompanhantes, sobrecarga da equipe, dimensionamento inadequado do espaço e da equipe.	Aumento do tempo até a solicitação do leito de internação e liberação do setor de emergência.	10	4	9	360	Estabelecer e difundir protocolo de comunicação. Priorizar comunicação escrita, de acordo com protocolo definido. Comunicação clara e direta.
Registro de admissão em prontuário.	Ausência ou falha nos registros de procedimentos e evolução no prontuário.	Falta de tempo, sobrecarga de trabalho.	Comprometimento do entendimento da evolução clínica, prejuízo na conduta terapêutica. Retrabalho.	8	5	9	360	Evolução integrada dos profissionais. Implantação de campo estruturado com comunicação em forma de marcação em X, facilitando o processo.
Solicitação de leito de internação.	Comunicação inadequada entre setores.	Omissão de informação, falta de clareza, comunicação inadequada.	Atraso na admissão do paciente, indução a erros e retrabalho.	5	6	8	240	Associar comunicação oral com escrita, com registros parametrizados e criação de impressos com informações de fácil compreensão para o preparo adequado do leito.
Conferência do prontuário pela equipe de destino.	Não realização da conferência dos itens essenciais do prontuário.	Intercorrências que ocuparam a equipe. Ausência de protocolos.	Necessidade de repetição de exames. Perdas financeiras.	6	6	7	254	Utilização de checklist de conferência dos itens obrigatórios na composição do prontuário, em dupla checagem.
Legendas: O = Ocorrência. D = Detecção. G = Gravidade. RPN = Número de Prioridade de Risco.								



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação dos conceitos relacionados à qualidade em saúde e a identificação de oportunidades de seu uso nos serviços de saúde está alinhado ao desenvolvimento dos quatro componentes do ambiente de qualidade e aos 7 pilares para a qualidade descritos por Donabedian (1990).

As diferentes ferramentas podem mostrar-se aliadas da equipe gestora na melhoria e no controle dos processos e gerenciamento de recursos, além de contribuir para a busca de uma assistência segura e efetiva. A utilização das ferramentas pode e deve subsidiar o processo de tomada de decisão.

A adoção de ferramentas da qualidade auxilia na identificação, compreensão e solução de problemas, contribuindo no desenvolvimento de serviços de excelência, na busca pela melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada – RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001. Disponível em: < <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/anvisa> > Acessado em 10 fev.2022.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115–1118, 1990. Disponível em: <http://search-ebscohost-com.ez76.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2241519&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- GALDINO SV, Reis Érica MB dos, Santos CB, Soares FP, Lima FS, Caldas JG, Piedade MACR, Oliveira A de S. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. Rev. G&S [Internet]. 29º de julho de 2016 [citado 28º de fevereiro de 2022];(supl.):Pág. 1023-1057. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569> Acessado em 10 fev.2022.
- GRABAN, Mark. Hospitais Lean [recurso eletrônico] : melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários / Mark Graban ; tradução: Raul Rübenich. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Bookman, 2013.
- MEIRA SRC, OLIVEIRA ASB, SANTOS, CO. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. Braz. J. of Bus., Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1021-1033 jan. /mar. 2021
- FERRAZ EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XX. Editorial. Rev. Col. Bras. Cir. 36 (4), ago 2009.
- SILVA KFN, SOARES S, Iwamoto HH. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. Ver. Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2009;31(6):421-62.



TAKAKI M. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde. *Cogitare Enfermage*. Curitiba, Brasil. 2004.

VITURI DW, Évora YDM. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):660-7.



CAPÍTULO VII

APLICAÇÃO DOS MÉTODOS DE GESTÃO DE QUALIDADE

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-7

Artemisa Saldanha de Menezes Fortes
Josyane Rebouças da Silva
Maria da Conceição Nunes da Silva
Cora Franklina do Carmo Furtado
Nívia Monte Araújo
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Indara Cavalcante Bezerra
Adriano Rodrigues de Sousa

1. INTRODUÇÃO

Com os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, torna-se essencial que as instituições que prestem atendimento no segmento estejam qualificadas a receber demandas, cada vez mais específicas e que necessitam de intervenções e avaliações especializadas, a fim de entregar um serviço de excelência.

Donabedian (1990) a caracteriza por meio de quatro componentes que são: Gerenciamento técnico da saúde e da doença; Gerenciamento do relacionamento interpessoal entre os prestadores de cuidado e seus pacientes; a comodidade do atendimento; e os princípios éticos que regem a conduta geral e a empresa de assistência médica em particular que podem empregar qualidade nas práticas de saúde, melhorar a qualidade na atividade profissional (DONABEDIAN, 1986, p.6).

O presente trabalho teve por objetivo a qualificação profissional e o aprimoramento da aprendizagem, à medida que apresenta teorias e ferramentas que podem ser relacionadas e aplicadas na prática profissional, gerando discussões a partir da vivência dos mestrandos na disciplina de Gestão de Qualidade, possibilitando reflexões que tendem a contribuir com o aperfeiçoamento e na melhoria dos processos ligados a qualidade em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho construído em equipe durante a disciplina de Gestão de Qualidade, do curso de Mestrado Profissional de Gestão de Saúde da UECE. Quando foram estudadas as metodologias e ferramentas da qualidade na área da saúde. A pesquisa é de cunho qualitativo, do tipo descritiva, ocorreu no período de três dias consecutivos nos dias de 3, 4 e 5 de



fevereiro de 2022, correspondente ao período das aulas ministradas de forma *on-line* por meio do Google Meet com uso de ferramentas interativas como Jamboard, Mentimeter e formulário do Google e utilizou-se de discussões baseadas nas vivências dos mestrandos nas atividades do cotidiano em saúde e áreas afins.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A área da saúde vem se preocupando progressivamente com a melhoria da gestão e dentre os aportes dessa qualificação estão as ferramentas de Gestão da Qualidade. Donabedian (1990), percursor dos estudos sobre cuidados de saúde e médico, trouxe à tona questões teóricas e práticas sobre monitoramento e avaliação de qualidade. Ele defendia a tese de que a qualidade se sustenta em 3 componentes: estrutura, processo e resultado, tornando-se uma autoridade em todos os aspectos desse tema, principalmente na abordagem teórica e prática de monitoração e avaliação de qualidade.

3.1. PERCEPÇÃO DOS QUATROS COMPONENTES DA QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES ASSISTENCIAIS (DISCUSSÃO CASO 1)

já se faz possível perceber dentro dos setores das instituições assistenciais, sejam eles finalísticos, apoio ou gerenciais, a implantação e implementações dos quatro componentes descritos por Donabedian (1990) no setor de qualidade em suas práticas. Entre estes processos, podemos citar por exemplo, a implantação de indicadores assistenciais que vão permitir gerenciar o resultado das práticas e processos das unidades, propondo sempre melhorias, temos também os indicadores para gerenciar os eventos e danos causados durante a internação que poderiam ter sido evitáveis.

Quanto à satisfação, temos o Serviço destinado a acolher/ ouvir o paciente, mas implantamos e monitoramos também a satisfação entre clientes e fornecedores (internos e externos), onde gerenciar o cumprimento dos acordos de nível de serviço entre as áreas (SLAs), se faz indispensável seja através das auditorias e visitas internas, ou até mesmo através das notificações formais. Para perceber a comodidade do atendimento, vemos a Seção da Qualidade como setor responsável por comprovar e divulgar o resultado, realizando as auditorias e visitas internas. Perceber o quarto e último componente nas instituições deve ser intrínseco às rotinas, pois antes de falar como se percebe a ética, é preciso esclarecer que a grande maioria dos colaboradores de uma unidade de saúde são formados em alguma área de humanas, onde os conceitos de éticas são passados e depois são gerenciados pelos conselhos de classe, mas podemos percebê-la através da implantação das políticas institucionais que devem reger a instituição, a



ética se faz perceptível também nas comissões internas obrigatórias pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, onde deve ser estabelecidos meios para facilitar e promover a cultura de notificação em caso de alguma não conformidade, assim como a análise e plano de ação para melhoria desta não conformidade.

3.2. APLICAÇÃO DOS QUATROS COMPONENTES DA QUALIDADE NAS INSTITUIÇÕES ASSISTENCIAIS (DISCUSSÃO CASO 2)

Ambiente escolhido: HOME CARE

Neste segundo caso, foi selecionado para análise com os quatro componentes da qualidade, o Home Care. Assim, a Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, diminuindo consequentemente a superlotação de serviços de urgência e emergência.

3.2.1. O GERENCIAMENTO TÉCNICO DA SAÚDE E DA DOENÇA

O gerenciamento técnico é acompanhado por meio dos indicadores estratégicos e operacionais.

3.2.2. O GERENCIAMENTO DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENTRE OS PRESTADORES DE CUIDADOS E SEUS PACIENTES:

O gerenciamento do relacionamento ocorre através das políticas, protocolos de atendimento e assistenciais, acordos, pesquisas de cultura e satisfação, gestão das manifestações dos clientes, visitas assistenciais, de supervisão e intervenção social.

3.2.3. AS COMODIDADES DO ATENDIMENTO:

Podemos citar como exemplo, a experiência diferenciada no espaço domiciliar, equipamentos de suporte assistencial, parque tecnológico, equipe multidisciplinar, canais de atendimento em tempo real 24h, recursos humanos e operacionais, logística diferenciada e qualificada para o atendimento individualizado.

3.2.4. OS PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE REGEM A CONDOTA EM GERAL E A EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PARTICULAR

Alguns dos princípios norteadores são: regimentos interno e de classes; cultura da cortesia com resultado, tendo como base os princípios da segurança, cortesia, agilidade e respeito e valores como agilidade, proatividade, objetividade, autonomia e paixão; e a cultura da experiência do paciente.



3.3. OS SETE PILARES DE DONABEDIAN

Donabedian (1990) definiu sete pilares da qualidade, quando a gestão em Saúde deve se estruturar a fim de garantir a excelência dos serviços prestados ao paciente: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Aplicar esses atributos nos processos realizados ajuda a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde.

3.3.1. REFLEXÃO DA EFICÁCIA INSERIDO NO AMBIENTE DE TRABALHO

CASO 1:

Na Instituição avaliada, conseguimos evidenciar por meio de indicadores que mensuram a produtividade, a segurança do paciente e atendimento aos protocolos, este resultado nos demonstra que se estamos trabalhando conforme a capacidade dos nossos processos, ou dependendo do resultado nos faz analisar possíveis melhorias nos fluxos, nas tecnologias ou nos procedimentos de saúde. O conceito que temos sempre que fazer o melhor que se pode nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

CASO 2:

No serviço de atenção domiciliar ao qual estamos utilizando como exemplo, citamos a visita de inclusão realizada por um time multidisciplinar que avalia o paciente de maneira complementar e holística possibilitando a elaboração de plano de atenção domiciliar individualizado e embasado nos protocolos de segurança e experiência do paciente possibilitando a qualificação da assistência.

A partir desse plano toda a assistência pode ser estruturada e revisada pela equipe assistencial que acompanhará o paciente o que garante a efetivação dos protocolos assistenciais aplicados no primeiro momento.

3.3.2. PERCEPÇÃO DA EFETIVIDADE NO AMBIENTE DE TRABALHO

CASO 1:

Conseguimos evidenciar, relacionando o benefício real oferecido pela nossa assistência à saúde e o resultado potencial, usando como referência nossa série histórica e os estudos epidemiológicos e clínicos pois assim temos as informações e resultados para obter a resultante dessa relação. Para evidenciar a efetividade dos tratamentos analisamos os casos notificados em nosso núcleo de segurança do paciente e temos a revisão da linha do cuidado em nossa auditoria clínica.

CASO 2:



Atualmente observamos com base na evolução dos planos terapêuticos trabalhados pelas equipes multidisciplinares, indicadores de resultado dos protocolos assistenciais e perfil epidemiológico.

Hoje não somente temos os cases de alta médica, mas também daqueles que evoluem positivamente na reabilitação e autonomia em atividades da vida diária. Um exemplo disso são os pacientes pós-Covid 19 que entram em perfil de internação domiciliar¹ e saem ou em alta médica ou melhoria das funções indo para o perfil de assistência domiciliar.

3.3.3. A EFICIÊNCIA NOS PROCESSOS DA EMPRESA

CASO 1:

Temos a apresentação dos dados financeiros, onde a relação entre o benefício oferecido com nossos procedimentos de assistência à saúde e o custo econômico é avaliada mensalmente. Quando o custo é mais baixo que o benefício consideramos que o processo ou setor analisado foi eficiente.

CASO 2:

Percebemos que a partir do início da aplicação dos protocolos e avaliações de indicadores tivemos uma racionalização dos recursos disponíveis e a otimização dos custos assistenciais.

3.3.4. A OTIMIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DECORRENTE DA MELHORIA CONTÍNUA

CASO 1:

Temos o compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, seja ela resultante de algum indicador, auditoria interna ou externa de forma sistemática e planejada, visando aprimorar processos, serviços ou acordos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.

CASO 2:

Percebemos a otimização na minimização dos custos associados aos cuidados prestados aos pacientes em atenção domiciliar mantendo-se os padrões e resultados esperados, bem como no retorno destes quanto a experiência e a satisfação como o serviço prestado.

Atualmente realizamos pesquisa onde analisamos o *Net Promoter Score -NPS* e a satisfação com o serviço para analisar o processo de melhoria contínua.

3.3.5. PROCESSOS E AÇÕES BASEADOS NA ACEITABILIDADE

CASO 1:

¹ Internação Domiciliar – pacientes em dependência de equipamentos de suporte à vida



Como a aceitabilidade é sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de suas famílias. Diante da necessidade de alterar algo por desejo do paciente e/ou acompanhante, o gestor da unidade com a alta direção analisa a efetividade, eficiência e adequação necessária para tornar a conduta mais acessível.

CASO 2:

Desde o início do atendimento realizamos as etapas de inclusão sempre em anuência com a família que participa dos momentos conosco permitindo nossa entrada em seu lar, através da assinatura do Termo de adesão, e durante toda a assistência a equipe divide os cuidados com a família e o paciente que tem voz ativa nas decisões e diretivas da elaboração e condução do plano terapêutico, ou seja, o cuidado prestado está ajustado as necessidades, expectativas e desejos do paciente/família pautados nos pilares da segurança do paciente.

3.3.6. LEGITIMIDADE NAS RESPOSTAS AOS QUESTIONAMENTOS

CASO 1:

Na minha instituição somos sempre incentivados responder se há alguma referência caso o paciente necessite, ou caso ele tenha um prognóstico melhor em outra instituição. Mas ao mesmo tempo, a equipe entre em contato com a instituição de referência para realizar um *benchmarking* (para que possamos ter a possibilidade de adaptar satisfatoriamente nossos serviços a necessidade do paciente), confirmando e aumentando nossa aceitação e credibilidade.

CASO 2:

Observamos claramente a legitimidade no serviço de atenção domiciliar, quando na pesquisa de satisfação alcançamos a zona de excelência no item referente a indicação dos serviços à terceiros.

Outro ponto que nos legitima é o fato de sermos referência para benchmarking, na Atenção Domiciliar, por instituições públicas e privadas de saúde.

3.3.7. PERCEPÇÃO DA EQUIDADE NOS PROCESSOS DA EMPRESA

CASO 1:

Distribuímos nossos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas através da identificação da nossa população.

CASO 2:

Observamos claramente a legitimidade no serviço de atenção domiciliar, quando na pesquisa de satisfação alcançamos a zona de excelência no item referente a indicação dos serviços a terceiros.



3.4. FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Ferramentas da Qualidade são técnicas que se utilizadas corretamente irão auxiliar os profissionais na melhoria da qualidade de projetos, produtos, sistemas e processos. Com elas é possível identificar problemas, falhas e até oportunidades de melhorias que possam ocorrer, ou que já estão acontecendo e assim, analisar as causas para evitar a repetição da falha priorizar ações necessárias e acompanhar a efetividade das ações realizadas.

3.4.1. UTILIZAÇÃO DO PDCA - CASO 1

A internação hospitalar possibilita ao paciente uma assistência especializada por parte da equipe multidisciplinar, porém esse ambiente traz consigo a exposição do indivíduo a inúmeras circunstâncias de riscos, as quais podem evoluir para eventos adversos, acarretando danos oriundos de falhas na assistência. Os Eventos Adversos (EAs) são todas as complicações indesejadas decorrentes da internação do paciente, que não se relacione a evolução da doença de base, ou seja, aquele incidente que causa ou pode causar algum dano desnecessário ao indivíduo (GALLOTTI - 2004).

Por meio da Portaria nº 529 e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, do ano de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que institui ações para a segurança do paciente dentro dos serviços de saúde. A partir disso instituiu-se o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, uma das estratégias criadas para desenvolver a articulação e a cooperação dos serviços, fortalecendo assim a qualidade do atendimento. O NSP não tem um poder punitivo, e sim, educativo, servindo para receber as notificações, contabilizar e tentar minimizá-las, sempre mantendo a educação permanente e a comunicação intersetorial (DUARTE, et. al. - 2015).

Desse modo, dentre os fatores de risco ambientais para a LPP estão a redução da mobilidade física do doente, macas e enxovais inadequados e ausência de cuidados com a mudança decúbito, citando-se ainda a existência de fatores de risco patológicos, tais quais a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, a deficiência nutricional, o alto índice de massa corporal e a perda de sensibilidade (MORAES, et. al. - 2016). Tais lesões decorrem da pressão constante colocada sobre a superfície corporal com proeminência óssea, comumente na região sacral, occipital, femoral ou calcânea, podendo ser classificada como superficial, quando atinge apenas a epiderme, ou profunda, quando atinge músculo, tendões e até mesmo ossos e órgãos (Protocolo de prevenção a úlcera por pressão. Ministério da Saúde, Fiocruz, Anvisa - 2013).



Segundo Lins (1993) estudar como os processos acontecem é imprescindível para identificar e analisar problemas, e para fazer isso de forma efetiva e resolutive, as ferramentas da qualidade surgem como estratégia de apoio ao gestor (de BRITO, de ARAÚJO – 2020).

O presente estudo teve o objetivo de relatar a implantação de um ciclo de melhoria PDCA sobre a incidência de lesão por pressão em uma unidade hospitalar.

Trata-se de um relato de experiência do desenvolvimento de um ciclo de melhoria PDCA a partir da problemática de alta incidência de LPP em uma instituição cardiológica do interior do estado do Ceará, entre os meses de março e agosto de 2021.

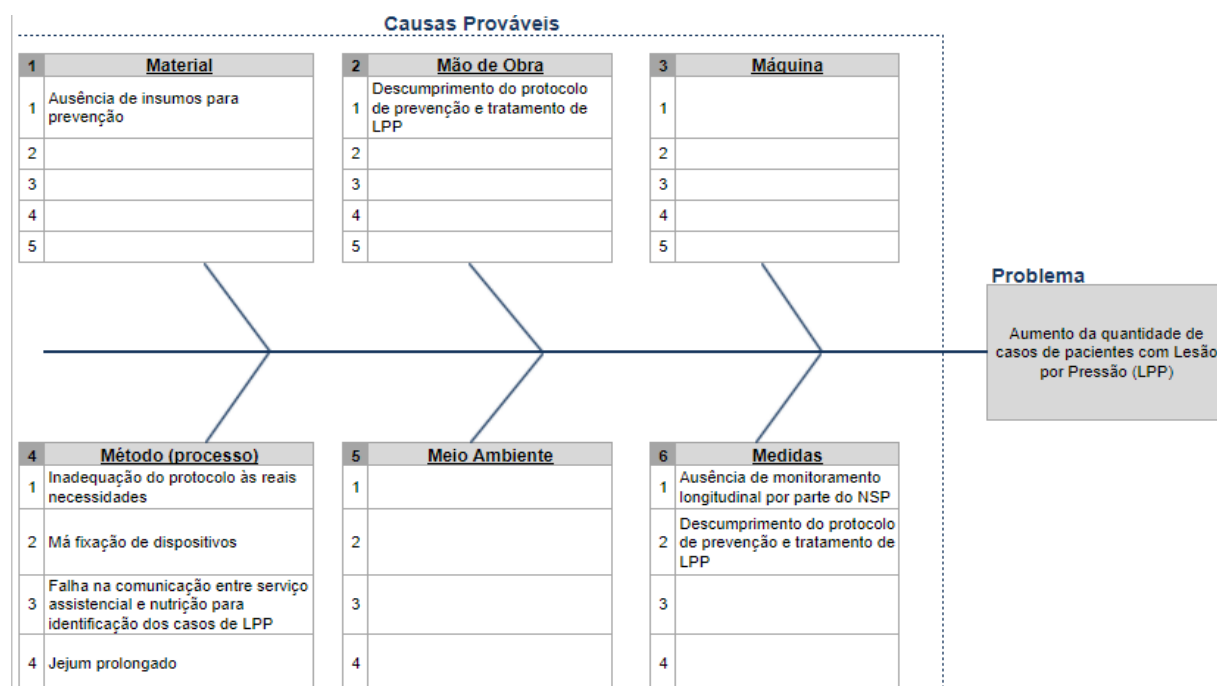
Iniciou-se o ciclo PDCA, para a resolução do aumento da incidência de LPP em pacientes internados na referida instituição. Os coordenadores das Unidades Assistenciais e dos setores de Farmácia e Almoxarifado, Nutrição, Compras, Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) em parceria com o Sistema de Gestão da Qualidade e Direção Técnica e de Enfermagem do hospital compuseram o grupo de trabalho para o desenvolvimento das ações. Tendo visto o perfil e as condições do hospital, o objetivo determinado para o ciclo foi diminuir a incidência de LPP para 2,5% até o mês de maio de 2021.

O primeiro passo foi realizar o *brainstorming*, que é uma técnica de discussão em grupo, onde cada membro da equipe contribui de forma espontânea com intuito de resolver um problema específico. Quando aplicada no PDCA, essa técnica é desenvolvida com alternativas do motivo para aquele problema em questão está acontecendo, ou seja: por quais motivos o índice de pacientes desenvolvendo lesões por pressão no hospital estava elevado. Restrição de mudança de decúbito, *déficit* nutricional, má fixação dos dispositivos e falta de insumos foram algumas das sugestões listadas.

Diagrama de causa e efeito ou diagrama *Ishikawa* - é uma das ferramentas mais importantes no quesito de melhoria contínua e controle de qualidade, pois ele possibilita visualizar várias causas de um problema dentro da instituição; indicadores de desempenho, que permitem observar a diferença naquilo que foi planejado para o que foi realizado; entre outros (FUJIMOTO - 2017).



Figura 1 - Diagrama de causa e efeito ou diagrama *Ishikawa*



Fonte: elaborada pelos autores.

Depois dessas análises e classificações, é feito o plano de ação, se utilizando da ferramenta 5W2H.

Plano de Ação 5W2H - consiste em procurar soluções para os problemas elencados e dividi-los para coordenadores responsáveis, estabelecendo um prazo para que a atividade seja cumprida.

Quadro 1- 5W2H

WHAT (O QUE)	WHY (PORQUE)	WHERE (ONDE)	WHEN (QUANDO)	WHO (QUEM)	HOW (COMO)	HOW MUCH (QUANTO CUSTO)
Realizar a cotação de possíveis materiais a serem utilizados na prevenção	Avaliar os materiais e seus resultados	Compras	04.02.22	Enfermeira A	Realizar levantamento de possíveis insumos a serem utilizados	Custo Interno
	Avaliar os materiais e seus resultados	Compras	04.02.22	Enfermeira A	Verificar, junto à Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos, a avaliação dos materiais de prevenção de LPP	Custo Interno



WHAT (O QUE)	WHY (PORQUE)	WHERE (ONDE)	WHEN (QUANDO)	WHO (QUEM)	HOW (COMO)	HOW MUCH (QUANTO CUSTO)
Capacitar a equipe de enfermagem quanto ao cumprimento do protocolo	Aumentar a capacidade de percepção da equipe	Educação Permanente	04.03.22	Enfermeira B	Realizar educação permanente acerca da prevenção de LPP	1.000,00
Identificar paciente com LPP	Identificar de forma rápida paciente com risco para LPP	Unidades Assistenciais	Contínuo	Enfermeiros das Unidades	Elaborar placa de sinalização de LPP no leito	Custo Interno
Implementar Comissão de LPP	Para ter profissionais especializados na prevenção e tratamento de LPP	Diretoria	04.02.22	Enfermeira A	Realizar reunião para definir comissão de LPP	1.000,00
Monitorar o cumprimento do protocolo	Avaliar a adesão ao protocolo	Nas Unidades Assistenciais	Contínuo	Enfermeira C	Por meio de planilha de gerenciamento dos indicadores	Custo Interno

Fonte: elaborada pelos autores

Diante do que foi obtido como resultado da implantação do Ciclo PDCA, observou-se que foram promovidas atividades comunicativas, de criatividade, comunicação e principalmente trabalho interpessoal, fortalecendo o vínculo entre a equipe profissional, o que resultou em processos mais eficazes e bem-sucedidos.

Portanto, a integração entre os profissionais, e a aproximação dos coordenadores com a realidade de cada setor, faz com que o trabalho em equipe seja mais valorizado, e principalmente com que a permanência dos planos de ações seja evidenciada e cumprida.

Este estudo possibilitou diminuir significativamente a quantidade de pacientes acometidos com lesão por pressão dentro da instituição e, além disso, melhorar a qualidade do atendimento, pois por conta das discussões e dos planejamentos, acabou ocorrendo um aprofundamento sobre o assunto dentro da equipe profissional, fazendo com que mais pessoas se integrassem no assunto, por isso a importância da produção científica não somente sobre gestão de qualidade, mas também sobre como aplicá-la na prevenção e no tratamento de eventos adversos como LPP.

3.4.2. UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS -CASO 2

Inicialmente fizemos *brainstorming* para identificação dos problemas do serviço de enfermagem do Home Care. Após levantarmos os pontos percebidos como oportunidades de melhoria, utilizamos o Diagrama de Pareto para ordenar e priorizar as causas que deverão ser sanadas. Em seguida, lançamos os 3 problemas priorizados no Pareto no Diagrama de Ishikawa



para analisarmos as causas-raiz. Finalizamos com a ferramenta 5W2H para elaboração do plano de ação.

No quadro 2 e gráficos 3 e 4 foram apresentados resultados da coleta de dados para análise da situação a fim de sugerir ações de melhoria contínua.

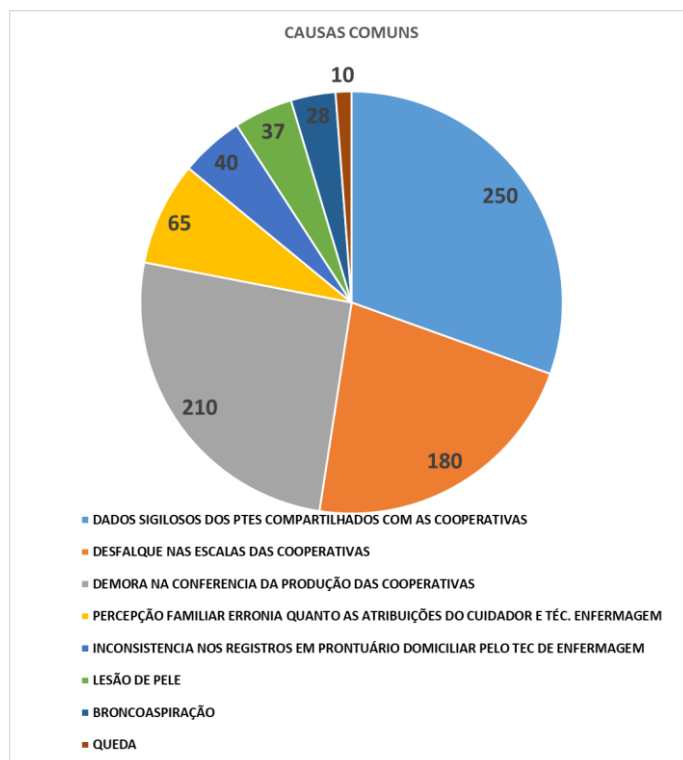
Quadro 2 – Causas identificadas com a técnica de *brainstorming*

CAUSA	FREQUÊNCIA	FREQ %	FREQ ACUM.
Dados sigilosos dos pacientes compartilhados com as cooperativas	250	30,5%	30,5%
Desfalque nas escalas das cooperativas	180	22,0%	52,4%
Demora na conferência da produção das cooperativas	210	25,6%	78,0%
Percepção familiar errônea quanto as atribuições do cuidador e técnico de Enfermagem	65	7,9%	86,0%
Inconsistência nos registros em prontuário domiciliar pelo técnico de enfermagem	40	4,9%	90,9%
Lesão de pele	37	4,5%	95,4%
Broncoaspiração	28	3,4%	98,8%
Queda	10	1,2%	100,0%

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa, 2022

Na figura 2 estão apresentados os resultados das causas comuns coletadas na pesquisa de dados para análise da situação a fim de sugerir ações de melhoria contínua. Os dados mais recorrentes são dados sigilosos compartilhados com as cooperativas, desfalques nas escalas das cooperativas e demora na conferência da produção das cooperativas.

Figura 2: Causas comuns

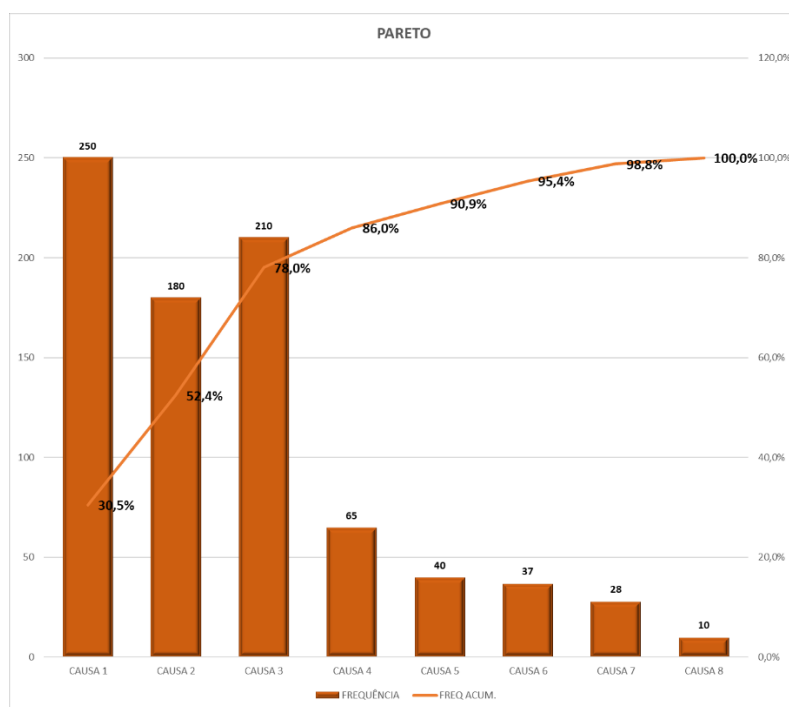


Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa, 2022



Na figura 3 estão apresentados os resultados das causas comuns coletadas na pesquisa de dados para análise da situação a fim de sugerir ações de melhoria contínua em forma gráfico de barras que tem por objetivo priorizar as causas de determinada problemática. Os resultados apontaram oito causas comuns com destaque para os dados sigilosos compartilhados com as cooperativas, desfalques nas escalas das cooperativas e demora na conferência da produção das cooperativas.

Figura 3 Gráfico de Pareto

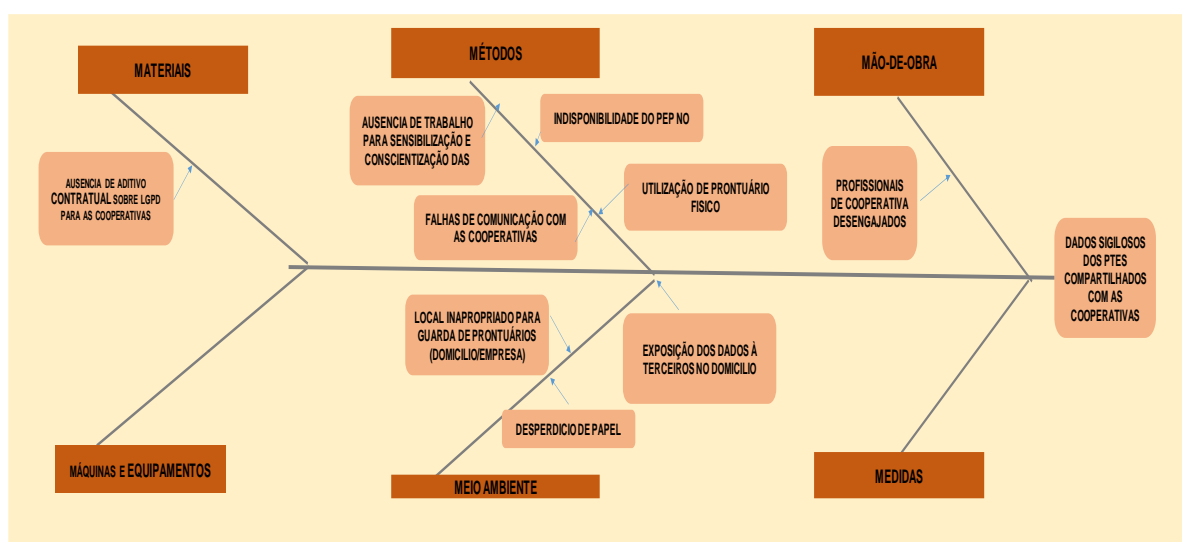


Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa, 2022

O diagrama de Ishikawa representa as possíveis causas que podem gerar a divulgação de dados sigilosos dos pacientes compartilhados com as cooperativas. Essas causas estão apresentadas na figura 4.



Figura 4 Diagrama de Ishikawa



Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa, 2022

Após as análises da coleta de dados foi desenvolvido um plano de ação para o mapeamento de processos relacionados à dados sigilosos compartilhados com as cooperativas conforme quadro 3.

Quadro 3: Ferramenta 5w2h (Plano De Ação) com análise dos pacientes

	WHAT (O QUÊ)	WHY (POR QUÊ)	WHERE (ONDE)	WHEN (QUANDO)	WHO (QUEM)	HOW (COMO)	HOW MUCH (QUANTO)	DATA REALIZADA	STATUS
DADOS SIGILOSOS DOS PTES COMPARTILHADOS COM AS COOPERATIVAS	UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO FÍSICO	AUSÊNCIA DE PROJETO PARA EXPANSÃO DO PEP PARA TODOS OS COLABORADORES ASSISTENCIAIS	DOMICÍLIOS	jun/22	GERENTE	EXPANDIR USO DO PEP NOS DOMICÍLIOS	GERÊNCIA FINANCEIRA ORÇANDO		ANDAMENTO
	FALHAS DE COMUNICAÇÃO COM AS COOPERATIVAS	MEIOS INEFICIENTES	GESTOR DA ÁREA / COOPERATIVAS	fev/22	COORD. DE ENFERMAGEM / COOPERATIVAS	CRONOGRAMA DE REUNIÕES ORDINÁRIAS PARA ALINHAMENTOS			ANDAMENTO
	INDISPONIBILIDADE DO PEP NOS DOMICÍLIOS	AUSÊNCIA DE INVESTIMENTO PARA AUTOMAÇÃO	DOMICÍLIOS	dez/22	GERENTE / EPLAN	DESENVOLVER PROJETO DE VIABILIDADE DA EXPANSÃO DO PEP PARA DOMICÍLIOS	GERÊNCIA FINANCEIRA ORÇANDO		ANDAMENTO
	AUSÊNCIA DE TRABALHO PARA SENSIBILIZAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS	PRIORIZAÇÃO DOS COLABORADORES CLT	GESTOR DA ÁREA / COOPERATIVAS	mar/22	COORD. DE ENFERMAGEM / COOPERATIVAS	ADITIVAR CONTRATOS E REALIZAR CAMPANHAS DE SENSIBILIZAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DO LGPD			ANDAMENTO
	EXPOSIÇÃO DOS DADOS À TERCEIROS NO DOMICÍLIO	AMBIENTE DOMICILIAR VULNERÁVEL	DOMICÍLIOS	mar/22	COORDENADORES E EQUIPES ASSISTENCIAIS	SENSIBILIZAR E CONSCIENTIZAR COOPERADOS QUANTO AO LGPD			ANDAMENTO
	DESPERDÍCIO DE PAPEL	UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO FÍSICO	PLANO LAR / DOMICÍLIOS	jun/22	COORD. DE ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVO / GERENTE	SUBSTITUIR DO PRONTUÁRIO FÍSICO PARA O PEP NOS DOMICÍLIOS	GERÊNCIA FINANCEIRA ORÇANDO		ANDAMENTO
	LOCAL INAPROPRIADO PARA GUARDA DE PRONTUÁRIOS (DOMICÍLIO / EMPRESA)	ESPAÇO PEQUENO E AUSÊNCIA DE MÓVEIS ADEQUADOS	PLANO LAR / DOMICÍLIOS	mar/22	COORD. DE ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVO / GERENTE	ADEQUAR SERVIÇO E DOMICÍLIO PARA GUARDA DO PRONTUÁRIO			ANDAMENTO
	AUSÊNCIA DE ADITIVO CONTRATUAL SOBRE LGPD PARA AS COOPERATIVAS	RENOVAÇÃO CONTRATUAL ANTERIOR A IMPLEMENTAÇÃO DA LGPD	PLANO LAR / COOPERATIVAS	fev/22	COORD. DE ENFERMAGEM / SETOR DE CONTRATOS	ADITIVAR COOPERATIVAS			ANDAMENTO

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa, 2022

Após as análises da coleta de dados foi desenvolvido um plano de ação para o mapeamento de processos relacionados desfalques nas escalas de cooperativas conforme quadro 4.



Quadro 4 Ferramenta 5w2h (Plano De Ação) com análise dos desfalques

WHAT (O QUÊ)	WHY (POR QUÊ)	WHERE (ONDE)	WHEN (QUANDO)	WHO (QUEM)	HOW (COMO)	HOW MUCH (QUANTO)	DATA REALIZADA	STATUS
MÁ QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	AUSÊNCIA DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA	COOPERATIVAS	CONTINUO	COOPERATIVAS / COORD. DE ENFERMAGEM	IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO			ANDAMENTO
COOPERADOS RECUSAM ESCALAS	RECUSAM DOMÍCIOS DISTANTES OU EM BAIRROS PERIGOSOS	COOPERATIVAS	CONTINUO	COOPERATIVAS / COORD. DE ENFERMAGEM	SENSIBILIZAÇÃO DOS COOPERADOS			ANDAMENTO
COOPERADOS INSUFICIENTES PARA A DEMANDA	COOPERATIVAS COM POUCOS PROFISSIONAIS COOPERADOS	COOPERATIVAS	mar/22	COOPERATIVAS	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE CAPTAÇÃO DE NOVOS COOPERADOS E RETENÇÃO DE TALENTOS			ANDAMENTO
POSTURA INCOPATÍVEL COM A MARCA DA CONTRATANTE	AUSÊNCIA DE CAPACITAÇÃO	COOPERATIVAS	mar/22	COOPERATIVAS / COORD. DE ENFERMAGEM	IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO			ANDAMENTO
DEMORA NO INÍCIO DOS ATENDIMENTOS	COOPERATIVAS COM POUCOS PROFISSIONAIS COOPERADOS	COOPERATIVAS	mar/22	COOPERATIVAS	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE CAPTAÇÃO DE NOVOS COOPERADOS E RETENÇÃO DE TALENTOS			ANDAMENTO
NECESSIDADE DE AUTOMAÇÕES	INEXISTÊNCIA DE PLATAFORMA PARA SOLICITAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO	COOPERATIVAS / PLANO SAÚDE LAR	jul/22	GERENTE E COORDENADORES / EQUIPE DE PROCESSOS E TI	DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA / PLATAFORMA	GERÊNCIA FINANCEIRA E PROJETOS ORÇANDO		ANDAMENTO
FALHAS DE COMUNICAÇÃO COM AS COOPERATIVAS	MEIOS INEFICIENTES	COOPERATIVAS / PLANO SAÚDE LAR	jul/22	GERENTE E COORDENADORES / EQUIPE DE PROCESSOS E TI	DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA / PLATAFORMA	GERÊNCIA FINANCEIRA E PROJETOS ORÇANDO		ANDAMENTO
CRITÉRIO DE DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES SIMULTÂNEOS PARA AS COOPERATIVAS	MEIOS INEFICIENTES	PLANO DE SAÚDE LAR	jul/22	GERENTE E COORDENADORES / EQUIPE DE PROCESSOS E TI	DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA / PLATAFORMA	GERÊNCIA FINANCEIRA E PROJETOS ORÇANDO		ANDAMENTO
ATENDIMENTO NÃO COERENTE AO CONTRATO (SLAs)	COOPERATIVAS NÃO ALINHADAS COM OS INDICADORES OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS DA CONTRATANTE	COOPERATIVAS	fev/22	COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	REALIZAR ALINHAMENTO E PROMOVER ENGAJAMENTO DAS COOPERATIVAS COM OS INDICADORES DA CONTRATANTE			ANDAMENTO
AUSÊNCIA DE COBRANÇA DE MULTAS POR DESCUMPRIMENTOS CONTRATUAIS	PRIORIZAÇÃO DO BOM RELACIONAMENTO E PARCERIA COM AS COOPERATIVAS	PLANO DE SAÚDE LAR/ COOPERATIVAS	mar/22	SETOR DE CONTRATOS / COOPERATIVAS	REAFIRMAR CLAUSULAS CONTRATUAIS, DEVERES E OBRIGAÇÕES			ANDAMENTO
DOMÍCIOS DE DIFÍCIL ACESSO (ENDEREÇOS, COMUNIDADES DE FALCÕES, TRANSPORTE URBANO, ETC)	PLANO DE SAÚDE DISPONÍVEL PARA QUALQUER CLIENTE QUE DESEJE CONTRATAR O SERVIÇO	COOPERATIVA	mar/22	GERÊNCIA FINANCEIRA / SETOR DE CONTRATOS / COOPERATIVAS	PACTUAR COM COOPERATIVAS BÔNUS PARA DESLOCAMENTOS EM UBER NOS HORÁRIOS NOTURNOS PARA COOPERADAS	GERÊNCIA FINANCEIRA ORÇANDO		ANDAMENTO
FALTA DE REPOUSO ADEQUADO NO DOMÍLIO	FAMÍLIAS NÃO PARCEIRAS OU CONDIÇÕES INADEQUADAS DE ESPAÇO FINANCEIRO	DOMÍCIOS / PLANO DE SAÚDE LAR	CONTINUO	COORDENADORES / EQUIPES ASSISTENCIAIS / CLIENTES	SENSIBILIZAR CLIENTES PARA IMPORTÂNCIA DO REPOUSO ADEQUADO PARA OS PROFISSIONAIS DESENVOLVEREM SUAS ATIVIDADES COM SEGURANÇA E QUALIDADE			ANDAMENTO
AUSÊNCIA DE POLÍTICA DE PROGRAMA ALIMENTAR ESTABELECIDO NO CONTRATO	FALHA CONTRATUAL	PLANO DE SAÚDE LAR / COOPERATIVAS	abr/22	GERENTE / SETOR DE CONTRATOS / SETOR JURÍDICO	DEFINIR POLÍTICA DE PROGRAMA ALIMENTAR	GERÊNCIA FINANCEIRA ORÇANDO		ANDAMENTO

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa, 2022

3.5. DIMENSÕES DA SERVQUAL APLICADAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

O método SERVQUAL considera o que se deseja de um serviço, comparando o com o que se recebe efetivamente. Os critérios de avaliação devem investigar as brechas, lacunas, *gaps* que surgem entre as expectativas das expectativas com a realidade superar estas lacunas significa atingir o nível de excelência (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1990).



CONFIABILIDADE

A confiabilidade está relacionada a entrega do serviço conforme foi estabelecido. Obedecendo prazos e métodos que alcance as expectativas e gere a satisfação do paciente. Essa prática auxilia a manutenção da confiança do serviço prestado em outras situações que possam surgir.

Uma exemplificação é o agendamento cirúrgico, apenas para eletivos, mas muito importante para que o paciente, consiga agendar todas as consultas com os especialistas (cardiologista e anestesiologista) e os exames necessários, com esta previsão já possível estimar a data do procedimento. Sempre que há necessidade de alterar a data o paciente é contatado para ciência e ajuste de agendas.

RESPONSIVIDADE

Além de otimizar os processos internos da instituição a responsividade pode gerar satisfação ou frustração, e o tempo é um fator crucial nessa determinação. Um atendimento que ofereça agilidade nas respostas e flexibilização nas solicitações, contribui para a maior satisfação do paciente.

Tempo para entrega de medicamentos nas unidades de terapia intensiva, além dos horários das medicações padronizadas, temos a flexibilidade das solicitações de urgência e as não padronizadas, onde cada uma delas tem um fluxo de solicitação e um prazo máximo para entrega do item na unidade.

SEGURANÇA

A segurança é item fundamental no serviço à saúde, e tem uma dimensão primordial para a fidelização do paciente. À medida que o serviço transmite segurança ao paciente, seja através de uma boa estrutura, recursos adequados, equipe capacitada, avaliação de riscos, dentre outros, o paciente se sente confiante e otimista com o serviço. Exemplo prático: Estabelecendo protocolos clínicos, estruturando comissões para avaliar as melhoras práticas de prevenção a danos, promovendo capacitação continua e para gerenciar a efetividade destas práticas alinhar com o setor de educação continuada com o núcleo de segurança do paciente.

EMPATIA

O interesse portado ao cliente é visto como um grande diferencial no atendimento. Ao ser atendido de forma cordial, esclarecedora e empática, o paciente se sente acolhido como sujeito em suas especificidades. Esse atendimento humanizado abre espaço para um paciente mais flexível e compreensivo.



Uma questão a ser exemplificada é a das capacitações periódicas com todos os colaboradores que tenham ou possam ter contato com os pacientes (recepção, escriturários, equipe multiprofissional, higienização, copeiras, segurança e ascensoristas), sobre a importância do atendimento humanizado, além da padronização de práticas, como por exemplo se identificar ao primeiro contato, como ouvir o cliente, entre outras.

ASPECTOS TANGÍVEIS

Os aspectos tangíveis podem ser observados a partir da própria estrutura física do serviço. Uma estrutura ampla, bem conservada, e equipada com recursos de ponta e qualidade, sinaliza ao paciente o comprometimento e preocupação da instituição em oferecer um atendimento adequado e de qualidade ao paciente.

A tangibilidade pode ser exemplificada com o setor de arquitetura alinhado à enfermagem, manutenção, SCIH e engenharia clínica, para a criação de projetos de áreas modernos, acolhedores, mas que atendam as legislações vigentes e que proporcionem praticidade tanto para o paciente quanto para a equipe que irá prestar atendimento.

3.5.2. APLICAÇÃO DAS DIMENSÕES DA SERVQUAL EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - CASO 2

O serviço de atenção domiciliar privado que utilizamos como objeto neste estudo vem se especializando e aprimorando suas estratégias de cuidado há vinte e três anos, neste período passou por vários ciclos de melhoria em gestão e se qualificou não somente em aspectos tangíveis, realizando a estruturação de sua unidade física, mas sobretudo na capacitação de seu capital humano e tecnológico. A saúde é, dessa forma, vista como um recurso para a vida cotidiana. É um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais. O conceito de promoção de saúde, nesse caso, extrapola o acesso físico ao sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Hoje a logística de atendimento da atenção domiciliar conta com equipe multiprofissional disposta em dezoito equipes de atendimento à adultos e duas pediátricas, doze rotas para medicações injetáveis, técnicos de enfermagem para acompanhamento 24h dos pacientes em internação domiciliar e enfermeiras para supervisioná-los, equipe de educação permanente, serviço de estomaterapia, time de experiência do paciente, serviço de controle de infecção domiciliar - SCID, farmácia clínica, parque tecnológico avançado capaz de atender pacientes em perfil de internação domiciliar o que nos coloca como referência no setor de saúde suplementar.

A cultura solidificada na transparência e na ideia de organismo vivo, atua fortemente na premissa de cuidado centrado, onde paciente/familiares e colaboradores constituem o pilar



central das decisões e ações da instituição levando a instituição à níveis elevados de confiabilidade, por conseguir realizar suas entregas de forma segura e eficaz.

Isto pode ser exemplificado com o recebimento do Prêmio *Top Of Mind* como marca mais lembrada pelos clientes em 2021 e o primeiro lugar no prêmio GPTW de melhor empresa para trabalhar no estado.

Dorigan (2021) diz que a confiabilidade se refere à habilidade do provedor de saúde prestar o serviço de forma confiável e precisa. A tangibilidade diz respeito às instalações físicas e provisão de equipamentos apropriados para assistência, e a responsividade refere-se à disponibilidade e ao desejo do provedor de saúde em atender e auxiliar o paciente em suas necessidades prontamente. A dimensão da garantia está relacionada ao conhecimento dos profissionais e suas habilidades de realização do serviço de forma a inspirar confiança, e a empatia diz respeito à atenção individualizada do cuidado que a instituição fornece ao paciente (PARASURAMAN et al., 1985; Pena et al., 2013).

Adentrando um pouco nas entregas operacionais, hoje a segurança é sentida através dos protocolos e políticas assistenciais que além de promoverem a redução de danos ao paciente norteiam a tomada de decisão através das notificações de melhoria e do acompanhamento e análise dos indicadores.

Quanto aos canais de comunicação e suporte prestado 24h, a instituição dispõe de central de atendimento ao cliente exclusiva, endereço eletrônico, aplicativo instantâneo de conversação de uso corporativo, atendimento pré-hospitalar, além de serviço integrado de informações que permite atendimento em tempo real, o que eleva a responsividade e consequentemente a confiabilidade ao conseguir corresponder com maior eficiência as demandas dos pacientes e familiares.

Desta forma, a atenção personalizada impressa no jeito de cuidar da equipe assistencial nos fez alcançar a empatia dos clientes que na mais recente pesquisa nos fizeram alcançar 90% no índice de satisfação e nos qualificaram na zona de excelência de atendimento no net promoter score com 85% de clientes promotores, ao serem indagados se indicariam o serviço à um conhecido.

4. CONCLUSÃO

O estudo atendeu o objetivo porque proporcionou mais qualificação profissional e o aprimoramento da aprendizagem, à medida as teorias, metodologias e ferramentas da qualidade foram relacionadas e aplicadas na prática profissional dos autores, a partir das discussões e vivência dos mestrados na disciplina de Gestão de Qualidade, possibilitando reflexões que



contribuíram com a análise de situações no âmbito de empresas de saúde para o alcance da melhoria contínua dos processos ligados à qualidade em saúde.

Para tanto, sugere-se que em pesquisas futuras os autores possam aprofundar outras ferramentas de qualidade com propostas novas propostas.

REFERÊNCIAS

- BRITO, Fabiano Roberto de; BRITO, Max Leandro de Araújo. Impacto do ciclo PDCA no processo de atendimento aos clientes em empresa de aviamentos. **E- Acadêmica**, v.1, n.3, e.10 - 2020. Acesso em 16 de jul. de 2021. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/10/10>
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: <http://search-ebscohost-com.ez76.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2241519&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- DUARTE, Sabrina Costa Machado; STIPP, Marlucci Andrade Conceição; da SILVA, Marcelle Miranda; de OLIVEIRA, Francimar Tinoco. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. 2015. Acesso em 28 de ago. de 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?format=pdf&lang=pt>
- FUJIMOTO, Daniele Yoko; A IMPORTÂNCIA DAS FERRAMENTAS DA QUALIDADE NAS INDÚSTRIAS. Acesso em 28 de ago. de 2021. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53152.pdf
- GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. Eventos adversos. O que são? **À Beira do Leito Rev. Assoc. Med. Bras.** 50 (2) Abr 2004. Acesso em 28 de ago. de 2021. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/ramb/a/TthxMjGnHHHzQRngVzJLf8h/?lang=pt&format=pdf>
- MORAES, Juliano Teixeira; BORGES, Eline Lima; LISBOA, Cristiane Rabelo; CORDEIRO, Danieli Campos Olímpio; ROSA, Elizabeth Geralda; ROCHA, Neilian Abreu. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Rev. de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.6, n.2, (2016). Acesso em 16 de jul. de 2021. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>
- ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A; BERRY L. L. Delivering Quality Service – Balancing Customer Perception and Expectation. New York: The Free Press, 1990



CAPÍTULO VIII

CONSTRUÇÃO DE SABERES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-8

Álvaro da Paula Cavalcante
Fernanda Maria Gonçalves
Fabíola Alencar de Biscuccia
Rosana Silva Machado
Valcides José Pio Alves
Cora Franklina do Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

“A qualidade do cuidado é proporcional à sua capacidade de alcançar as melhorias desejadas na saúde e no bem-estar em circunstâncias que sejam agradáveis aos seus destinatários, bem como socialmente aprovadas” (DONABEDIAN, 1985, p.6). Esta definição de qualidade envolve elementos que consideram a gestão da qualidade sob o ponto de vista técnico, do relacionamento interpessoal, do atendimento com comodidade e a ética na gestão em saúde. Neste sentido, a qualidade tem suas primeiras definições e construção de elementos para nortear as práticas para o setor de saúde.

No contexto da evolução da qualidade para o setor de saúde foram iniciativas que contribuíram e ainda colaboram para efetivar a qualidade na gestão em saúde a norma ISO 14001 atualizada em 2018, padronização dos processos para melhoria contínua, utilização de ferramentas de gestão em saúde, métodos de gestão da qualidade e programas de acreditação que reforçam a aplicação efetiva da qualidade no segmento.

A PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). O PMAQ é importante porque além de “incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território”, tem por proposta repassar recursos do governo federal aos municípios que alcançarem o padrão de qualidade instituído pelo programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Diante das considerações postas sobre a qualidade na gestão em saúde este estudo propõe trazer contribuições práticas por meio de vivências dos autores nas instituições de saúde associadas aos pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990). Além disso, às ferramentas da qualidade caracterizadas por matriz de gravidade, urgência e tendência – GUT, diagrama de



Ishikawa, *to plan, to do, to check, to action* – PDCA foram utilizadas para contribuir com o processo de análise. E por último foram consideradas a metodologia que mensura por meio de escala os Serviços de qualidade – SERVQUAL e a metodologia Lean para saúde.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa foi proposta por meio de atividades em uma disciplina do Mestrado em Gestão em Saúde e contou com o estudo, entendimento e aplicação de atividades. Portanto, trata-se de uma descrição das atividades acadêmicas que resultaram em uma experiência formadora de uma rica trilha de aprendizagem. As pesquisas na área de enfermagem e saúde “compreendam e realizem pesquisas que baseiem sua prática profissional em dados levantados por pesquisas científicas; portanto, espera-se que eles adotem uma prática baseada em evidências (PBE)” (POLIT; CHERYL, 2019, p.1).

A metodologia empregada para desvelar as experiências vivenciadas foi embasada nos pressupostos da pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Silva Apud Triviños (2014) afirma que “o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

A pesquisa qualitativa envolve a vivência na pesquisa e a compreensão. “Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas. Sua matéria prima é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação ” (MINAYO, 2012, p. 622). “O sentido da experiência é a compreensão, o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida” (MINAYO, 2010 apud MINAYO, 2012, p. 622). Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Diante desse contexto de pesquisa qualitativa também foi associada a PBE.

A PBE é um conceito mais amplo do que a UP, pois integra as descobertas científicas com outros fatores, como já mencionado. Além disso, enquanto esta começa a partir da própria pesquisa (p. ex., Como posso aplicar esse conhecimento de modo útil na minha prática?), o ponto de partida daquela é, geralmente, um problema clínico (p. ex., Segundo as evidências, qual é a melhor abordagem para resolver esse problema clínico?) (POLIT; CHERYL, 2019, p.20).

Nesta perspectiva, os autores utilizaram a descrição como uma ferramenta de acesso às situações vivenciadas, pelos sujeitos, nos universos multiprofissionais compartilhados, buscando construir a essência de suas realidades com suas anuências, conjunturas e singularidades.

Considerando o atual cenário pandêmico, os pesquisadores e sujeitos do estudo utilizaram ferramentas digitais na construção de ambientes para as trocas de experiências, de



materiais didáticos, discussões, elaboração de conhecimentos e alinhamentos de estratégias, por meio da plataforma do Google Meet e da criação de grupo no aplicativo Whastapp.

As regências das discussões foram embasadas em questões norteadoras, contempladas no rol de atividades da disciplina e focadas em temáticas de relevância na Gestão da Qualidade, tais como: os setes pilares da qualidade; ferramentas de qualidade; dimensões da Servqual; metodologia Lean; *Failure Mode and Effect Analysis* - FMEA.

Nesta proposta de conteúdos, foram buscadas as relações com as experiências vivenciadas, nas ambiências transversais de trabalho, considerando a inter e multidisciplinaridade, na identificação de oportunidades de melhorias nos processos assistenciais e adequação de ações. Assim, foram buscar as intersecções com as ferramentas da qualidade e o binômio segurança-qualidade, no âmbito de algumas unidades assistenciais, tais como, centro cirúrgico, emergência e unidades de internação, de equipamentos públicos de saúde, no município de Fortaleza. O tratamento e análise dos conteúdos foram organizados e analisados com base nos referenciais teóricos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. OS SETE PILARES DA QUALIDADE (DONABEDIAN, 1990)

A trajetória de promoção da qualidade nos serviços de saúde, ao longo da história, tem sido desafiadora, agregando esforços, novas ferramentas e ciclos de melhorias contínuas, principalmente, nos processos de trabalho e na percepção da segurança como uma dimensão da qualidade. Neste sentido, os pilares da qualidade foram tomados como forma de análise da realidade vivenciada pelos autores deste estudo. No quadro 1 os pilares foram descritos e relacionados às questões aplicadas para compreender as vivências e possibilitar a análise.

Quadro 1 Os sete pilares da qualidade

eficácia	1- "(...).Realize, com sua equipe, uma reflexão do ambiente onde trabalha e explique como (...) eficácia é ou pode ser praticada."
efetividade	2- "Efetividade (...) como percebe essa situação na empresa na qual trabalha?"
eficiência	3- "A eficácia (...). Como você e sua equipe percebem isso na empresa em que trabalha?"
otimização	4- " (...). Como percebe a otimização em relação em relação ao paciente na proposta da melhoria contínua?"
aceitabilidade	5- " (...) Como base (...) pressupostos, como pode exemplificar as ações na instituição onde trabalha você e sua equipe que caracterizam aceitabilidade?"
legitimidade	6- "(...) . O que você responde se alguém perguntar a você, qual o hospital referência no cuidado de queimados em sua cidade?"
equidade	7-"A equidade é a premissa que orienta o tratamento igual para todos os pacientes (...). Com base nesse pressuposto, como você percebe essa ação na empresa onde trabalha?"

Fonte: Donabedian (1990)



No ambiente de discussão, as falas evidenciaram que a eficácia assistencial, nos Serviços de Saúde, corresponde aos recursos capazes de produzir efeitos positivos à terapêutica recomendada ao paciente, sendo a relação entre as metas terapêuticas planejadas e as metas terapêuticas alcançadas uma importante ferramenta de avaliação, fortalecendo a ideia de resolutividade.

Contudo, o alcance efetivo de metas planejadas envolve boas estruturas, dimensionamento adequado e qualificação da força de trabalho, inovação, incrementos financeiros, suporte tecnológico e gestão da qualidade na estruturação sistêmica de processos com foco no paciente. Congregar condições ideais, na busca da eficácia, é desafiador para muitas organizações de saúde, desvelando as fragilidades da saúde pública. Na práxis, percebemos um esforço multiprofissional nos ajustes de processos/fluxos, elaboração de protocolos, e utilização de ferramentas de qualidade como estratégia de melhorias na busca de um tratamento eficaz, seguro e com qualidade.

A efetividade está relacionada à conformidade, medir o quanto o cuidado real (Efetividade) se aproxima do cuidado ideal (Eficácia). Assim, é expressa pela relação entre o impacto real de uma intervenção e o seu impacto potencial em uma situação ideal, estabelecendo as melhorias atingíveis e comparando o desempenho real com o desempenho potencial.

Neste contexto, as disparidades entre o cuidado real e o ideal, nas organizações de saúde, poderão ser pontos de fraqueza, impactando nos indicadores de efetividade e eficácia. É comum, nos nossos cenários assistenciais, essas relações de diferenças, ocasionando demora na resolutividade das necessidades de saúde do paciente e outros agravos secundários a falta de eficácia. Essas diferenças são multifatoriais, revelam a vulnerabilidade de processos assistenciais, deficiência de investimentos, tecnologias ultrapassadas e precarização da força de trabalho. A busca por eficiência no setor de saúde é pertinente, já que os prestadores precisam ser eficientes tanto no controle de custos quanto na qualidade dos serviços ofertados. No caso dos serviços públicos de saúde, faz-se necessário buscar sua maximização como premissa para utilização dos recursos públicos ou a minimização da utilização de recursos, mantidos os resultados predefinidos.

Por apresentarem um reflexo real da situação da organização, os indicadores hospitalares são ferramentas indispensáveis para uma boa gestão. Os principais indicadores hospitalares são: Taxa de ocupação, Intervalo de substituição, Tempo médio de permanência, Satisfação do paciente, Taxa de mortalidade. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos úteis para a avaliação da efetividade na assistência prestada.



A otimização representa uma busca pela relação investimento-benefício ao paciente, numa proposta de melhoria contínua, tais como a adesão às modificações dos *guidelines* relacionados a medidas de segurança do paciente, a busca pela periodicidade de ações de educação contínua e educação em serviço, discussão de melhorias nos processos e fragilidades da unidade pelo time de liderança, interação de processos com outros serviços e avaliação mensal dos indicadores de qualidade e não qualidade do serviço.

A aceitabilidade foi discutida, envolvendo a participação da família no plano terapêutico, juntamente com a equipe multiprofissional, através do acompanhamento diário da evolução clínica do paciente e participação na tomada de decisões, tal como consentimento de procedimentos invasivos. A realização da visita estendida, também foi destacada como um delineamento importante, principalmente, para pacientes com agitação motora e desorientação, em unidades restritas, bem como promoção de maior apoio psicológico aos pacientes com limitação terapêutica e em processo de finitude.

A legitimidade foi destacada como algo que não se compra e não se impõe. Acontece de maneira natural e necessita de tempo para que os resultados de um trabalho de excelência repercutam pela localidade circunjacente e muitas vezes até ultrapassando barreiras continentais. Por exemplo, porque consideramos o Instituto Doutor José Frota (IJF) como centro de excelência em queimados e urgências do trauma, mesmo comparado a serviços particulares? Pela legitimidade e por toda carga que ela carrega em seu significado. É de conhecimento geral que a população do estado pode contar com o IJF 24 horas por dia, 7 dias por semana em qualquer acidente ou queimadura grave e que independente das limitações de recursos financeiros o paciente será atendido na hora da chegada de acordo com sua complexidade, contando com diversos especialistas gabaritados à postos e prontos para dar o seu melhor. Junto a isso temos um histórico de casos bem-sucedidos ao longo da história e que circulam no boca-a-boca nas ruas da cidade fortalecendo a fama do gigante do trauma. Quem não conhece alguém que se beneficiou com o tratamento no IJF? Claro que há muito o que melhorar na instituição, mas com esse exemplo fica bem claro o que é legitimidade.

3.2. FERRAMENTAS DA QUALIDADE

A implantação do sistema de gestão da qualidade, nas organizações, requer a utilização de ferramentas para análise de fatos e tomada de decisões, representando linhas estratégicas na melhoria de processos e na busca de solução de problemas e/ou necessidades, através de ações estratégicas e desenvolvimento organizacional.



Nesta perspectiva, as ferramentas caracterizam-se por serem técnicas utilizadas com a finalidade de mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (PERTENCE; MALLEIRO, 2010).

Nossas discussões foram fortalecidas nesta dimensão, fortalecendo a busca de ações assertivas, a partir do mapeamento da causa-raiz de problemas, o planejamento de ações e análise de resultados alcançados. Assim, dentro desta proposta, foi trabalhada a problematização do atraso de cirurgias eletivas no centro cirúrgico de um hospital público, em Fortaleza, habitat de nossas experiências, através da aplicação de ferramentas da qualidade ilustradas no quadro 2.

Quadro 2: Ferramentas da qualidade

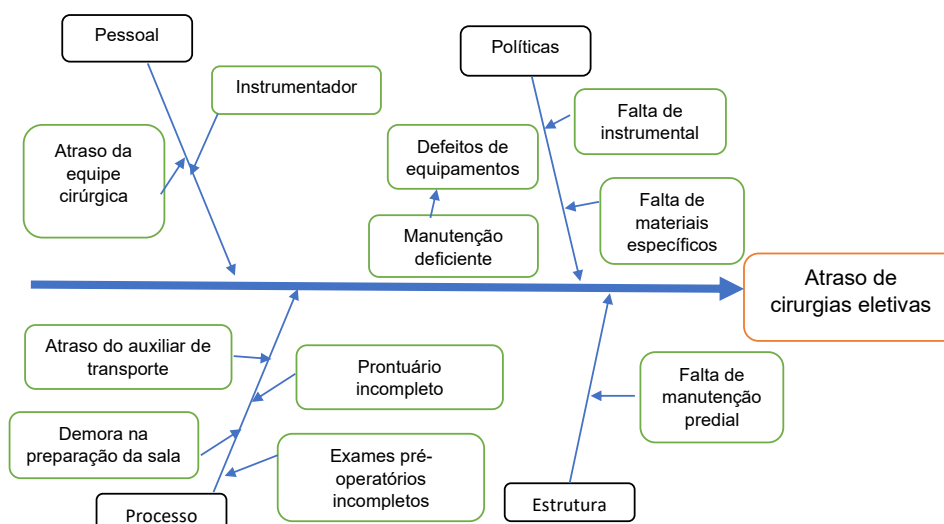
Diagrama de Ishikawa	Utilizada na pesquisa com o objetivo de possibilitar a identificação de possíveis causas e subcausas de um determinado problema ou efeito.
Matriz GUT	Foi utilizada na priorização de problemas e análise de riscos. Os problemas são arrolados e analisados sob os aspectos de Gravidade (G), Urgência (U) e Tendência (T). Essa matriz forneceu um método pelo qual a atenção do grupo é focada para as ações de fato mais relevantes, estabelecendo uma classificação numérica de prioridade.
PDCA	utilizado para controlar o processo, com as fases básicas de planejar, executar, verificar e atuar corretamente, refletindo a melhoria sistemática. É utilizado em processos que apresentam problemas que precisam ser resolvidos.

Fonte: Marshall Junior et al. (2009)

3.2.1. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Gráfico de Ishikawa permitiu o mapeamento e refinamento do problema, em foco, desvelando suas causas (macro) e subcausas (micro).

Figura 1 – Diagrama de Ishikawa



Fonte: Adaptado de Ishikawa apud Owen, 2002, p. 24



A pesquisa identificou causas e subcausas que serão importantes para resolver o problema de atrasos de cirurgias eletivas. Com a identificação dessas causas será possível considerar estratégias e uso de outras ferramentas ou até metodologias da qualidade para resolver o problema.

3.2.2. MATRIZ DE GRAVIDADE, URGÊNCIA E TENDÊNCIA - GUT

A matriz GUT é uma importante ferramenta de análise de problemáticas que precisam ser priorizadas para solucionar as urgências. Para tanto, a matriz GUT foi utilizada na proposta metodológica PBE para análise do caso das cirurgias eletivas em atraso apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 Matriz GUT para detalhamento de problema no caso das cirurgias eletivas

DETALHAMENTO DE PROBLEMAS	G	U	T	GxUxT	PRIORIDADE
Atraso da equipe de anestesia	3	3	5	45	5 ^a
Ausência de circulante	2	3	4	24	7 ^a
Ausência de instrumentador cirúrgico	4	4	5	80	3 ^a
Atraso da equipe de cirurgia	3	3	5	45	5 ^a
Falta de equipamentos/acessórios	5	5	5	125	1 ^a
Falta de materiais específicos	4	4	5	80	3 ^a
Falta de instrumental cirúrgico	5	5	5	125	1 ^a
Prontuário incompleto	3	3	4	36	6 ^a
Exames pré-operatório incompletos	5	5	4	100	2 ^a
Sala Operatório (S.O) não preparada	3	4	4	48	4 ^a
Auxiliar de transporte indisponível	3	3	4	36	6 ^a
Manutenção predial de S.O prejudicada	3	3	2	18	8 ^a

Fonte: Adaptado de Marshall Junior et al. (2009) pelos autores.

A Matriz GUT permitiu a construção de uma cadeia de prioridades, das causas do problema, com base na sua gravidade, permitindo uma atuação mais focada na priorização da solução.

3.2.3. CICLO TO PLAN, TO DO, TO CHECK E TO ACTION - PDCA

As siglas PDCA, consistem na significação de quatro passos: Plan (planejar): a equipe selecionou entre os principais elementos: mapear processos e fluxos, elaborar um *check list* no prontuário, controle de manutenção de materiais do (fazer): promover reuniões participativas com a equipe capacitar periodicamente os profissionais, Act (agir): avaliar indicadores de processo, realizar auditoria in loco.

A matriz foi constituída de mapear processos e fluxos; elaborar um *check list* de prontuário; solicitar à engenharia clínica um cronograma mensal de manutenções preventivas e



corretivas de equipamentos; solicitar à engenharia predial cronogramas de manutenções, com estabelecimento de prioridades e prazos; construir indicadores de monitoramento; realizar *huddle* na construção do bate mapa; encaminhar aos setores competentes as necessidades de aquisições (equipamentos, insumos e instrumental cirúrgico); melhorar as redes internas de comunicação institucional; elaborar ferramenta de controle do setup das salas cirúrgicas; promover reuniões participativas com a governança médica e de enfermagem do centro cirúrgico, das unidades de internação, manutenção predial, logística e engenharia clínica; capacitar equipes assistenciais; avaliar indicadores de processo; realizar auditoria *in loco* e replanejar ações e metas com base nas estatísticas de processos.

3.2.4. DIMENSÕES DA SERVQUAL

O crescimento expressivo de serviços, nas últimas décadas, na economia brasileira, gerou a preocupação de organizações, inclusive de equipamentos de saúde, em fortalecer a qualidade nos serviços oferecidos, visto que o nível de exigência dos consumidores e as acirradas concorrências, passaram a exigir o alcance de patamares de excelência, satisfação e segurança, assim estabelecendo dois marcadores de qualidade: o serviço, propriamente dito, e a forma como é percebido pelo cliente.

Nesta perspectiva, o modelo SERVQUAL surge como um método de mensuração da qualidade a partir da expectativa e percepção do usuário em relação aos serviços efetivamente prestados. Foi criado por três pesquisadores americanos, em 1988, a partir de estudos que tratavam do conceito amplo de qualidade em serviço, considerando-a em cinco dimensões: confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e aspectos tangíveis.

No detalhamento, essas dimensões da qualidade, em serviço, podem ser conceituadas como:

- a) Confiabilidade: habilidade de prestar o serviço com exatidão;
- b) Responsividade: atender o cliente prontamente e capacidade de rapidez nas respostas;
- c) Segurança: confiabilidade e confidencialidade
- d) Empatia: grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes;
- e) Aspectos Tangíveis: aparência das instalações, equipamentos, pessoal
- f) envolvido e material de comunicação.

Considerando o cenário de nossa prática assistencial, a experiência vivenciada, de tal modelo, na Unidade do Centro Cirúrgico de um equipamento público de saúde, no âmbito da percepção de pacientes/usuários.

A confiabilidade de um Centro Cirúrgico é construída diariamente, por meio de bons resultados de desempenho e oportunidades contínuas de melhorias, a partir do gerenciamento



de processos e monitoramento de indicadores, visando garantir a relação de conformidade no que é proposto e no que é entregue.

Já a responsividade diz respeito a capacidade de dar respostas efetivas e rápidas às necessidades de saúde dos pacientes, tais como, uma vaga de UTI não prevista ou mesmo um parecer especializado ágil.

Tudo isso, vai construindo uma ambiência de qualidade e segurança, onde a autonomia, a confidencialidade e o respeito à vida são prioridades, fazendo o paciente perceber que sua vida importa e gera uma relação mútua de confiança.

Logo, percebe-se que não há qualidade sem empatia, ou seja, é necessário personalizar o atendimento/cuidado de acordo com as necessidades do paciente, **em um** contexto holístico. Ainda, é importante fortalecer a conexão dessas dimensões supracitadas, com o tangível, ou seja, o alcance da qualidade de serviços ofertados, necessita de um robusto ancoradouro, com uma boa estrutura física e organizacional, força de trabalho adequada e qualificada, rede de comunicação efetiva e suporte tecnológico adequado ao perfil e complexidade assistencial proposta, de forma que forneça a retaguarda necessária aos riscos cirúrgicos inerentes, onde o paciente e a equipe de saúde se sintam seguros.

3.2.5. METODOLOGIA LEAN

A metodologia Lean é embrionária da indústria automobilística, Sistema Toyota de Produção, objetivando a qualidade, a redução de desperdícios, de custos, do retrabalho e de atividades desnecessárias que não agregam valor impactante ao produto.

No âmbito da saúde, essas proposições vêm sendo integradas, crescentemente, aos serviços ofertados, buscando oportunidades de melhorias nos processos, através de diagnóstico situacional, mapeamento e adequação dos mesmos.

Nesta perspectiva, as mudanças proporcionarão melhor performance dos serviços, predizada com a elevação da qualidade, da confiança, da segurança e da satisfação dos usuários e profissionais, assim como processos mais integrados e eficientes na otimização e redução de recursos, tempo, insumos e força de trabalho, através do uso de ferramentas e estratégias específicas. Em 2017, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto guarda-chuva ao PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), denominado "Lean nas Emergências", aprovado para o triênio de 2018 a 2020, cuja implementação foi realizada pelo Hospital Sírio Libânès, em diversos equipamentos de saúde do Brasil. Em nosso Estado, algumas instituições foram contempladas, tais como, Hospital de Messejana (ciclo 1), Hospital Geral Dr. César Cals (ciclo 2), Hospital Geral de Fortaleza (ciclo 3) e Hospital Regional do Cariri (ciclo



3). O projeto objetivou reduzir a superlotação nas emergências de hospitais públicos e filantrópicos, utilizando a metodologia Lean.

Sistemicamente, os resultados impactaram positivamente, nesses equipamentos, promovendo melhorias de processos, o que refletiu nos indicadores de desempenho. Neste sentido, pontuamos algumas de nossas experiências no HGF e HGCC.

O Projeto Lean, no HGF, aconteceu em duas fases promovendo oportunidades de melhorias, em várias unidades assistenciais, tais como, Emergência, Unidades de Internação e Centro Cirúrgico.

As melhorias promovidas referem-se a redução de 56,4% na utilização de leitos de enfermagem; Aumento de 12% no número de cirurgias eletivas; diminuição de 50% no tempo de preparo de sala entre uma cirurgia e outra melhoria da eficiência do agendamento e o aumento da ocupação e produção no centro cirúrgico; diminuição de 76% no tempo de permanência de pacientes com internação; implantação do Plano de Capacidade Plena (PCP) em 3 níveis: plano de alta /Previsibilidade de alta/ Criação da sala de alta; gestão de leitos (SESA, *on-line*).

3.2.6. METODOLOGIA LEAN APLICADO AO HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS

O Projeto Lean, no HGCC, aconteceu em uma única fase, promovendo oportunidades de melhorias na Emergência e Clínica Obstétrica. Seguem algumas delas (PORTAL DO GOVERNO - CASA CIVIL. Publicação em 10/10/2019). As melhorias promovidas referem-se a redução de 55% da lotação da emergência obstétrica; redução de 50% do tempo de permanência na Clínica Obstétrica; redução de 50% no tempo de passagem na Emergência Obstétrica (PORTAL DO GOVERNO, 2019).

Essas experiências desvelaram resultados que superaram os números, os benefícios foram fáticos no combate às fragilidades de processos organizacionais e aos problemas mais comuns dos equipamentos de saúde, como longas filas de espera, superlotação, corredores, insatisfação de usuários e profissionais, custos crescentes e desperdícios recorrentes, proporcionando assim, melhorias nos processos a partir de esforços compreendidos e focados na eficácia, efetividade, segurança e qualidade.

3.2.7. MODO DE FALHA E EFEITO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA (HFMEA)

A segurança dos cuidados de saúde é uma preocupação crítica para todos. Por isso, esperamos uma execução sem falhas quando se trata de processos de saúde. Assim sendo, técnicas foram identificadas para garantir a qualidade e reduzir a variação de resultados nos serviços prestados. Uma dessas técnicas é a Análise do Modo de Falha e Efeito na Assistência Médica (HFMEA).



O HFMEA é, portanto, uma abordagem sistemática usada para identificar e mitigar os riscos que poderiam resultar em graves problemas para o paciente. O FMEA divide-se em sete etapas: 1) selecionar um processo de trabalho a ser avaliado; 2) recrutar uma equipe multidisciplinar para a aplicação; 3) estabelecer um fluxo de trabalho por parte da equipe; 4) levantar as falhas inerentes aos processos, causas e efeitos; 5) para cada falha, calcular o Índice de Prioridade de Risco (Risc Priority Number - RPN); 6) avaliar as falhas com maior RPN e definir as ações práticas e 7) recalculando o RPN após a implementação das ações de melhoria (JOST et al., 2021)

Assim é uma boa prática identificar riscos em um processo o mais precoce possível, prevenindo-se desfechos negativos evitáveis e preparando-se para identificar as falhas ocorridas e já com propostas para o gerenciamento de crises.

As utilidades das ferramentas estão aqui descritas no sentido de melhorar a qualidade e a segurança de um processo de assistência; coletar informações úteis para a redução de futuras falhas; Identificar e eliminar precocemente potenciais erros; focar na prevenção de problemas; reduzir a possibilidade de ocorrência de um mesmo tipo de falha no futuro e incentivar o trabalho multidisciplinar em equipe.

Nesse contexto, podemos utilizar o processo de avaliações pré-anestésicas, em um hospital nos Estados Unidos, conduzidas com pacientes ambulatoriais que eram encaminhados para avaliação pelos cirurgiões após o agendamento dos casos.

A figura 2 mostra uma versão simplificada da análise FMEA para avaliar o processo. O processo começava com a marcação de uma consulta na clínica e terminava com a orientação do paciente para o dia da cirurgia. As funções do processo são exibidas na Coluna 1 e subsequentemente analisadas usando as etapas acima para cálculo do NPR de cada uma.

Conforme mostrado na Quadro 4, as funções com os três NPRs mais altos são: “Paciente presente para avaliação”, “equipe disponível” e “consultas”. Essas informações permitiram que a liderança sênior concentrasse esforços para causar o máximo impacto e melhorar o processo de obtenção de uma avaliação pré-anestésica completa (TEWFIK, 2021).

Quadro 4 - Processo de obtenção de uma avaliação pré-anestésica completa

Função do processo	Possível falha	Efeito da Falha	GV	Possível causa da falha	OC	Controles de processo	DT	NPR
Agendamento de avaliação pré-anestésica	Não foi possível agendar consulta	Sem avaliação pré-anest. Antes do dia da cirurgia	7	Má comunicação da cirurgia para agendamento	3	Agendamento automático de todos os pacientes cirúrgicos na ciência pré-anest.	1	21
Paciente se apresenta para avaliação	Não comparecimento para consulta	Sem avaliação pré-anestésica	6	Falha no transporte sem vínculo	3	Lembrete por telefone, mensagem, e-mail, escritório do cirurgião lembra o paciente da consulta	1	18
Paciente se apresenta para avaliação	Não comparecimento para consulta	Sem avaliação pré-anestésica	7	Falha no transporte sem veículo	5	Transporte médico, transporte familiar, carona	1	35



Função do processo	Possível falha	Efeito da Falha	GV	Possível causa da falha	OC	Controles de processo	DT	NPR
Enfermeiro, residente, CRNA, ou médico anesthesiologista disponível para a avaliação	Não disponível	Atraso ou sem avaliação	7	Falta de pessoal, chamadas inespaciais	4	Contratação de enfermeiro adicional, aumento de teleconsultas entre residentes	1	28
Histórico preciso	Informação incorreta	Avaliação de baixa qualidade	4	Barreira linguística/cognitiva	2	Tradutor, Familiar	1	8
Consultas	Não obtidas	Sem consultas recebidas	8	Não foi possível agendar; não comparecimento do paciente	3	Acompanhamento de anestesia	1	24
Realização de exames laboratoriais	Não realizados	Laboratórios não disponíveis	3	Veias, paciente não coopera	3	Treinamento em punção venosa	1	9
Indicação de exames laboratoriais	Sem indicação	Radiografia torácica, ETT etc. não estão prontos	5	Receita, comunicação c/paciente	3	Acompanhamento no consultório	1	15
Instruções para o dia da cirurgia	Não fornecidos	Sem preparo para a cirurgia	B5	Barreira linguística/cognitiva	2	Tradutor, familiar	1	10

Fonte: Hospital Universitário em Newark, NJ, EUA, (TEWFIK, 2021)

As etapas implementadas ou em processo de implementação incluíram a melhoria do transporte do paciente para as consultas e a confirmação do transporte com os pacientes no momento do agendamento com a equipe do consultório. Para suprir a falta de pessoal disponível para avaliar os pacientes na clínica, um residente de anestesia era designado em rodízio para a clínica de avaliação pré-anestésica, além dos dois enfermeiros que compunham a equipe rotineiramente. Além disso, foram feitos planos para implantar a telemedicina e substituir muitas das avaliações presenciais, o que provavelmente aumentou a eficiência das visitas e alívio dos problemas de limitação de pessoal. Por fim, foram abordadas possíveis falhas na obtenção de consultas oportunas, como cardiologia para avaliação de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou pneumologia para avaliação de agravamento ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) não controlada, melhorando a comunicação com os consultórios e agendando consultas por meio da equipe de anestesia, em vez de esperar que os pacientes fizessem isso. Além disso, a equipe do consultório de anestesia, com o auxílio dos cirurgiões, ficava em contato com os consultores para garantir a presença do paciente nas consultas (TEWFIK, 2021).

Um outro exemplo da utilização do FMEA de processo, seria no recebimento, estoque e guarda de material/medicamento a ser utilizado em um plantão. Com isso evitando desperdícios e falta de material em horas críticas. Podendo também ser identificado falhas potenciais, atuando previamente para sua correção minimizando riscos para o usuário final. Tal modelo foi bem aplicado em um grande hospital de São Paulo, hospital São Luiz da rede Dor e disponibilizado conforme exposto no quadro 5.



Quadro 5 – FMEA Rede Dor São Luiz

FMEA

ANÁLISE DE MODO E EFEITOS DE FALHA POTENCIAL NA ÁREA DA SAÚDE - FMEA DE PROCESSO															
Assistência Farmacêutica															
FMEA: PROCESSO DE RECEBIMENTO E GUARDA MAT/MED POR HORÁRIO															
Responsável: Simone Brito															
Data Início: 02/07/2012															
Data de Término: 17/12/2012															
Equipe: Simone Brito / Nazare															
Função do Processo	Modo de Falha	Efeito (S)	Causa (S)	Controles Atuais	S	O	D	NPR	Ações Recomendadas	Responsável e Prazo	Resultado das Ações				
											Ações Tomadas	S	O	D	NPR
Receber e separar material e medicação por plantão para garantir disponibilidade apenas do que será usado no plantão	Recebimento incorreto de material por falta de conferência	Retrabalho, atraso de tratamento	Falha Humana (atenção)	Impresso solicitação de materiais e medicamentos - conferência	2	2	1	4	Dispensação por turno (projeto MMU Farmácia) Treinamentos equipe enfermagem	Simone / Nazare Dezembro/2012	Distribuição de MatMed por turnos. Redução quantidade de materiais por entrega	2	1	1	2
	Separação errada de medicação	Troca de medicação (Erro de tratamento, reações adversas, atraso de tratamento, falha de tratamento, superdosagem)	Falha Humana (atenção)	Prontuário - conferência prescrição	3	2	1	6	Dispensação por turno (projeto MMU Farmácia) Treinamentos equipe enfermagem	Simone / Nazare Dezembro/2012	Distribuição de MatMed por turnos. Redução quantidade de materiais por entrega	3	1	1	3
	Separação errada de material	Retrabalho, atraso de tratamento	Falha Humana (atenção)	Prontuário - conferência prescrição	2	2	1	4	Dispensação por turno (projeto MMU Farmácia) Treinamentos equipe enfermagem	Simone / Nazare Dezembro/2012	Distribuição de MatMed por turnos. Redução quantidade de materiais por entrega	2	1	1	2

S = Severidade

O = Ocorrência

D = Detecção

NPR = Número de Prioridade de Risco (SxOxD)

S = Severidade
O = Ocorrência
D = Detecção
NPR = Número de Prioridade de Risco (SxOxD)

Fonte: FMEA Rede Dor São Luiz, 2012.

O resultado da FMEA aplicado ao hospital de São Paulo, hospital São Luiz da rede Dor indica baixo risco conforme resultados quantitativos expostos no quadro 5.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade é considerada como algo que afeta a vida das instituições e a vida de cada um de nós de forma positiva. Referimo-nos a um produto como de qualidade se este cumpre a sua função da maneira que esperamos. Um serviço tem qualidade se vai de encontro ou se supera as nossas expectativas, utilizando para tal, participação da equipe e ferramentas de apoio para organizar e auxiliar no processo

Ainda, cabe ressaltar a importância das ferramentas e técnicas que de uma forma ou de outra, trabalhando isolada ou conjuntamente, buscam a qualidade, porém nenhuma técnica por mais perfeita e operacional que seja, terá resultados se não houver uma participação plena de todos os componentes da organização em todos os níveis.

Entre as limitações e barreiras sobre o uso de ferramentas no processo de trabalho, está a adesão ao processo e a mudanças de paradigmas na operacionalização do trabalho. Há ainda a descrença de alguns que por não vislumbrar resultados rápidos desistem, ou ainda os meios necessários não são suficientes ao alcance dos objetivos.



REFERÊNCIAS

- DONABEDIAN, A. Epidemiología de la calidad. **Rev Calid Asist.** 2001;16:S54-S62 [citado 2013 set. 12]. Disponível em: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/251.pdf>. Acesso em 10 fev. 2022.
- DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- e efeitos de falha (FMEA).** Anesthesia patient safety foundation. Volume 4, No. 1 Fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.apsf.org/pt-br/article/analise-proativa-de-risco-perioperatorio-uso-da-analise-de-modos-e-efeitos-de-falha-fmea/>. Acesso em: 05/02/2022.
- GUERRIERO, Iara Coelho Zito; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 763-782, 2013.
- https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/pt_v25n3a25.pdf. Acesso em: 05/02/2022.
- ISNARD JUNIOR, Marshall et al. **Gestão da qualidade e processos**. Editora FGV, 2021.
- JOST, M.T. *et al.* **Ferramentas para a organização do processo de trabalho na segurança do paciente**. Escola Anna Nery 2021;25(3):e20200210. Disponível em: **qualidade em hospital universitário**. Rev. Escola Enferm USP, São Paulo, v.44, n. 4, p. 1024-1031, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10/02/2022.
- LEAN, F.M.; **Transformação: projeto no HGF reduz ocupação em leitos de enfermaria e aumenta número de cirurgias eletivas**. SESA. Fortaleza, 15 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2021/12/15/leantransformacao-projeto-no-hgf-reduz-o-cupacao-em-leitos-de-enfermaria-e-aumenta-numero-de-cirurgias-eletivas/> Acesso em: 05/02/2022.
- MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúdecoletiva**, v.17, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2015. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em 19 de jul. 2022.
- OWEN, Jane. **Making Quality Sense: A Guide to Quality, Tools and Techniques, Awards and the Thinking Behind Them**. Learning and Skills Development Agency, Regent Arcade House, 19-25 Argyll Street, London W1F 7LS, United Kingdom (Reference no. 1201A), 2002.



PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. **Implantação de ferramenta de gestão de**

POLIT, Denise F., CHERYL Beck. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem, 9th Edition. ArtMed, 01/2019. VitalBook file.

ROCHA, Carolina de Souza. Compreendendo a nova norma ISO 45001 e sua relação com a OHSAS 18001. **XXXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Santos, SP, 2019.**

SILVA, A.J.H. **Metodologia de pesquisa: conceitos gerais.** Paraná: Unicentro, 2014. 57p.

SILVA, R.K.V. BARBOSA.F.B. **Gestão da Qualidade-Principais Marcos e como Influenciaram as Empresas.** Revista de Engenharia e Pesquisa Aplicada, v. 1, n. 1, 2016.

TEWFIK, G. **Análise proativa de risco perioperatório: uso da análise de modos**

W.J. Hospital César Cals é destaque no Projeto Lean nas Emergências. **Portal do Governo.** Fortaleza, 10 de outubro de 2019. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/2019/10/10/hospital-cesar-cals-e-destaque-no-projeto-lean-nas-emergencias/>>. Acessado em: 05/02/2022.



CAPÍTULO IX

FERRAMENTAS DA QUALIDADE: COMO APLICÁ-LAS NA SAÚDE?

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-9

Carolina Buenos Aires Cabral Tavares
Israel Almeida Fernandes
Maria de Sousa Noronha
Valdenrique Macêdo de Sousa
Yasmin Estefany da Silva Melo
Cora Franklina do Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

No sentido de contribuir com a excelência dos serviços em saúde, ferramentas foram adaptadas para uso nesse setor porque visam melhorar a qualidade e produtividade das empresas, fazendo uma análise para encontrar as causas e soluções dos problemas.

Nesse capítulo algumas ferramentas da qualidade foram descritas e em seguida aplicadas a um setor oncológico. As ferramentas consistiram em: Matriz GUT (prioriza os problemas e analisa seus riscos conforme aspectos de gravidade, urgência e tendência), o 5W2H (Plano de Ação), o Gráfico de Ishikawa (diagrama de causa e efeito), a SERVQUAL (que busca pesquisar a satisfação dos clientes com base no modelo de falha dos serviços) e a HFMEA, uma ferramenta derivada da FMEA, que tem por objetivo analisar os modos e efeitos de falhas.

A Metodologia Lean também foi incluída no texto devido a importância que tem para melhoria contínua como parte do processo da implantação e implementação da qualidade em gestão em saúde, na perspectiva de agregar valor e evitar desperdícios. “O lean é um conjunto de ferramentas, um sistema de gestão e uma filosofia que podem mudar a forma pela qual os hospitais são organizados e administrados” (GRABAN, 2013, p. 3).

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma descrição da vivência de três dias de um trabalho em equipe de alunos de uma pós-graduação em Gestão em Saúde e teve por objetivo estudar as ferramentas da qualidade, fazendo uma exemplificação de como aplicá-las na gestão em saúde. É importante que os profissionais da saúde “compreendam e realizem pesquisas e baseiem sua prática profissional em dados levantados por pesquisas científicas; portanto, espera-se que eles adotem uma prática baseada em evidências (PBE)” (POLIT, CHERYL, 2019, p. 1).



O objeto de estudo foi o conhecimento em ferramentas da qualidade e como lócus da pesquisa um serviço ambulatorial, a triagem oncológica ligada ao Hospital A, localizado em Fortaleza-CE. O Ambulatório de Triagem Oncológica é a porta de entrada pelo SUS para os pacientes com clínica suspeita ou confirmada de neoplasia maligna, agendados pela secretaria de saúde municipal ou estadual, iniciarem a investigação e prosseguir no tratamento.

Além disso, a instituição participa na área de ensino e pesquisa, com residência médica em várias especialidades e residência multiprofissional em oncologia “PBE, na definição ampla, é o uso da melhor evidência na tomada de decisões no cuidado do paciente” (POLIT, CHERYL, 2019, p. 1).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. OS COMPONENTES DA QUALIDADE E OS COMPONENTES DA QUALIDADE (DONABEDIAN, 1990)

Como tarefa inicial, a equipe precisou analisar os componentes do ambiente da Qualidade no serviço em foco, considerando também os seus pilares, conforme os conceitos de Donabedian.

Seguindo os princípios de Donabedian, analisamos os quatro componentes do ambiente da Qualidade no Serviço Ambulatorial de Triagem Oncológica do ICC:

1) gerenciamento técnico da saúde e da doença: Todos os pacientes agendados pela secretaria de saúde estadual e pela secretaria de saúde de Fortaleza são atendidos por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social) para avaliar o paciente em todas as suas necessidades com o objetivo de tornar ágil o processo de diagnóstico e tratamento;

2) gerenciamento do relacionamento interpessoal entre os prestadores de cuidados e seus pacientes: Todos os profissionais são treinados para prestar assistência humanizada, considerando a vulnerabilidade emocional desse grupo de pacientes. Para reforçar a escuta ativa, os pacientes são também atendidos pelos residentes da equipe multiprofissional;

3) comodidades do atendimento: O serviço dispõe de estrutura física adequada para receber pacientes, porém a demanda é muito alta;

4) os princípios éticos que regem a conduta em geral e a empresa de assistência médica em particular: A instituição prima pela inovação, modernização e compromisso com o ser humano.



3.2. BRAINSTORMING OU TEMPESTADE DE IDEIAS

A procura pela qualidade dos serviços de saúde tem sido alvo de muitos gestores, e durante essa busca constante, nos deparamos com inúmeros problemas. O *Brainstorming* ou tempestade de ideias é uma ferramenta de gerenciamento importante para trazer a participação do grupo envolvido na problemática para solucionar um problema em questão (COSTA, 1991). “O *Brainstorming* é um processo de grupo em que os indivíduos emitem ideias de forma livre, sem críticas, no menor espaço de tempo possível” (MARSHALL JÚNIOR et al., 2008, p. 102).

3.3. DIAGRAMA DE ISHIKAWA: UMA FERRAMENTA GRÁFICA PARA A GESTÃO DE QUALIDADE

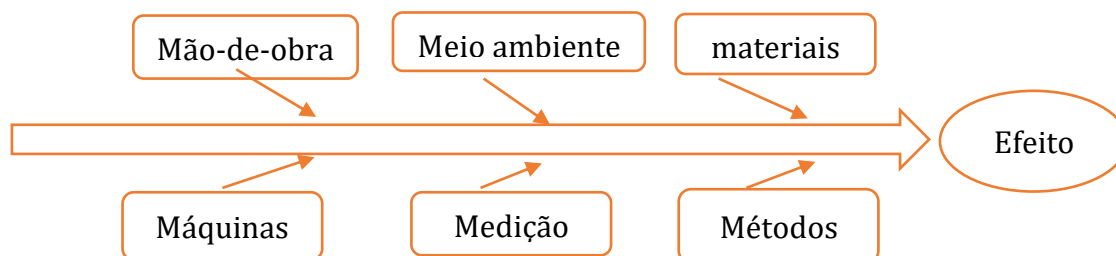
Utilizando como base as possíveis causas, discutidas entre os integrantes da equipe, foi desenvolvido um diagrama de causa e efeito ou diagrama de Ishikawa.

O Diagrama de Ishikawa consiste em uma forma gráfica empregada como metodologia de análise para representar fatores que influenciam as causas sobre determinado problema e geram efeito (MIGUEL, 2006).

O Diagrama de Ishikawa é um instrumento gráfico simples para entender as causas que produzem defeitos de qualidade e é usado para analisar a relação entre um problema e todas as causas possíveis. Todas as categorias de causas começam com a letra M (máquinas, métodos, homem, materiais, manutenção, mãe natureza-meio ambiente, gestão) para os domínios produtivos. O diagrama de Ishikawa 4M, 5M, 6M, 7M foi realizado assim (LILIANA, 2016, p. 2).

“Ishikawa insistiu que a comunicação em grupo aberto era essencial para a construção adequada do diagrama” (BEST, NEUHAUSER, 2008). O diagrama pode ser adaptado conforme a necessidade da categoria das causas, ou seja, os M’s precisam ser analisados de acordo com as causas. Os “M’s do diagrama de espinha de peixe devem ser aumentados conforme o requisito, que inclui dinheiro, gerenciamento etc.” (MUHAMMAD, 2015, p. 33).

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa



Fonte: Adaptado de Liliana (2016)



A figura 2 apresenta a aplicação do Diagrama de Ishikawa pela equipe, levantando-se a problemática do diagnóstico tardio de câncer enfrentado pelo ICC.

Figura 2: Diagrama de Ishikawa aplicado no Ambulatório de Triagem Oncológica do ICC



Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Inicialmente, definiu-se o problema ou efeito a ser estudado: o alto número de pacientes com diagnóstico tardio de câncer. Em seguida, foram juntadas todas as informações a respeito desse problema, por meio de um *brainstorming*. Com isso, foram estudadas, classificadas e priorizadas as causas principais para que, enfim, fossem elaboradas ações focadas em corrigir as causas prioritárias desse problema.

3.4. MATRIZ GUT: UMA FERRAMENTA DE PRIORIZAÇÃO

No Ambulatório de Triagem do Instituto do Câncer do Ceará, a equipe utilizou a ferramenta GUT aplicada a problemas que foram identificados no quadro 1 com a finalidade de encontrar aqueles que necessitariam ser resolvidos de maneira mais rápida.

A Matriz GUT aplicada ao Ambulatório apresentou que as três prioridades estão em resolver os seguintes problemas: baixa oferta de exames, dificuldades de acesso à consulta de rotina e a central da regulação ineficaz. Essas problemáticas foram visualizadas a partir de uma análise com uso de uma ferramenta que prioriza os problemas e analisa os riscos.

O uso da ferramenta 5W2H foi utilizada para o mapeamento do processo de realização de exames no Instituto A no qual foram definidos os tipos de exames, identificar como podem ser definidos os diagnósticos, o local para tal exames é no próprio Instituto A, em até seis meses, para gestão do Instituto A e dos colaboradores e ficou definido que o setor financeiro avaliaria os custos.



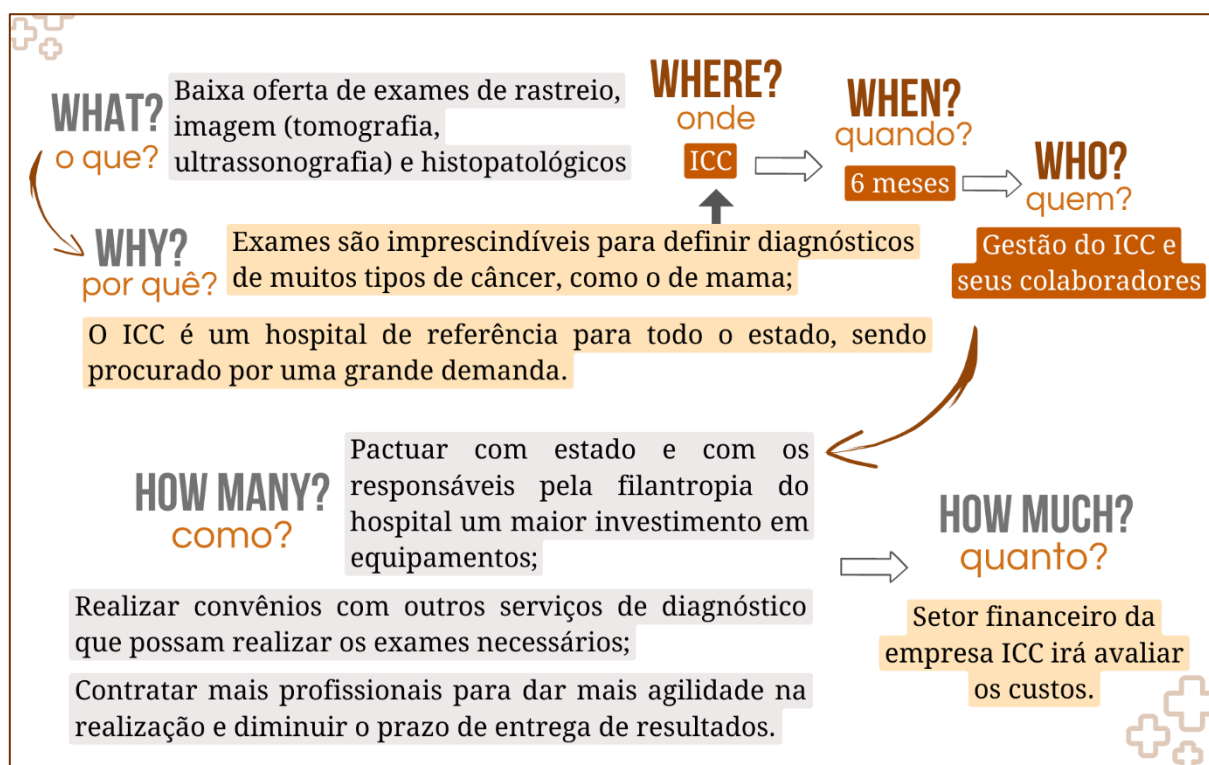
Quadro 1: Matriz GUT aplicada no Ambulatório

PROBLEMA	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	TOTAL	PRIORIDADE
Central de regulação ineficaz	3	3	3	27	3º
Falta de análise de indicadores	2	2	2	8	7º
Falta de normas / não cumprimento de prazos	4	3	2	24	4º
Baixa oferta de exames	4	4	3	48	1º
Alta demanda de pacientes	4	2	2	16	6º
Centralização do atendimento especializado	3	2	3	18	5º
Dificuldade de acesso a consulta de rotina	4	4	2	32	2º

NOTA	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA
5	EXTREMAMENTE	EXTREMAMENTE	PIORA IMEDIATA
4	MUITO	MUITO	PIORA NO CURTO PRAZO
3	GRAVE	GRAVE	PIORA NO MÉDIO PRAZO
2	POUCO	POUCO	PIORA NO LONGO PRAZO
1	SEM	SEM	SEM PIORA, PODE MELHORAR

Fonte: Elaborado pelos autores com base na matriz GUT

Quadro 2: Plano 5W2H para a realização de exames pelo ICC



WHAT? O que?	WHY? Por quê?	WHERE? Onde	WHEN? Quando?	WHO? Quem?	HOW MANY? Como?	HOW MUCH Quanto?
Baixa oferta de exames de rasteio, imagem (tomografia, ultrassonografia) e histopatológicos	Exames são imprescindíveis para definir diagnósticos de muitos tipos de câncer, como o de mama; O ICC é um hospital de referência para todo o estado, sendo procurado por uma grande demanda.	ICC	6 meses	Gestão do ICC e seus colaboradores	Pactuar com estado e com os responsáveis pela filantropia do hospital um maior investimento em equipamentos; Realizar convênios com outros serviços de diagnóstico que possam realizar os exames necessários; Contratar mais profissionais para dar mais agilidade na realização e diminuir o prazo de entrega de resultados.	Setor financeiro da empresa ICC irá avaliar os custos.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

3.5. SERVQUAL: UM MÉTODO PARA AVALIAR A QUALIDADE DO SERVIÇO

O Ambulatório de Triagem Oncológica e o Ambulatório de Especialidades Oncológicas ligados ao Hospital A, pertencentes ao Grupo, são exemplos de serviços que priorizam um atendimento ágil e personalizado aos pacientes que o procuram com equipe multidisciplinar, treinada para receber com empatia uma grande demanda de pacientes vindos de todo o estado do Ceará, atendidos pelo SUS, em um momento da vida de extrema vulnerabilidade diante da suspeita ou diagnóstico de neoplasia maligna.

O complexo hospitalar é referência em Oncologia há mais de 20 anos, com atendimento integral, visão centrada no paciente e linhas de cuidado que reforçam o compromisso em oferecer as melhores soluções de saúde. Os times assistenciais são compostos por médicos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, equipes de enfermagem e físicos médicos. Além disso, a instituição participa na área de ensino e pesquisa, com residência médica em várias especialidades e residência multiprofissional em oncologia. As equipes estão em constante processo de educação continuada e treinamento para prestar os melhores cuidados.

As instalações físicas são robustas, modernas e confortáveis, levando em consideração a adequação às normas de segurança exigidas



3.6. GESTÃO LEAN E A REDUÇÃO DO DESPERDÍCIO DE RECURSOS

Focada em reduzir desperdícios e enxugar os processos das empresas, a implementação desse modelo promove diversos benefícios como redução de custos, melhoria dos diversos indicadores e engajamento/motivação das pessoas.

De maneira similar a uma empresa comum, em uma organização de saúde, os gestores precisam organizar suas atividades internas de maneira que, tanto o produto a ser entregue como o processo pelo qual se atravessa, estejam alinhados às necessidades dos consumidores (clientes/pacientes).

De modo similar à aplicação das ferramentas de qualidade anteriores, a equipe analisou o contexto do Ambulatório de Triagem Oncológico do ICC, com um levantamento dos seus principais processos administrativos e avaliação de queixas dos pacientes na Ouvidoria da instituição.

Os principais pontos que apresentavam perdas e/ou não agregavam valor aos pacientes e que deveriam ser revistos foram:

- Agendamento de todos os pacientes para o mesmo horário de chegada; longos tempos de espera em todas as etapas; acúmulo de pacientes nas salas de espera e recepções.
- Para monitorar, foram propostos os seguintes indicadores:
- Número de horas de permanência do paciente no ambulatório;
- Número de pacientes atendidos por turno.
- Baseado nos princípios do Lean, as principais modificações propostas foram:
- Agendamento de paciente conforme a capacidade do serviço, reservando horários pré-definidos para encaixar pacientes extras;
- Criação de quatro blocos de horários diferentes para a chegada dos pacientes, marcados durante o agendamento;
- Criação de antessala para diferenciar os pacientes com prioridade;
- Elaboração de plano de ação (5W2H) para melhorar os processos.

Pelo estudo da estratégia, a equipe concluiu também que, para ocorrer mudanças, serão necessários o comprometimento e o engajamento das equipes, além da realização da gestão do projeto e o acompanhamento das ações. O controle dos indicadores é necessário desde o início do projeto. Conforme o amadurecimento dos indicadores e do processo em si, será possível identificar uma possível ampliação da capacidade instalada e melhoria de desempenho de processos no contexto analisado.



3.7. HFMEA: UMA ALTERNATIVA PARA A GESTÃO DE RISCOS

A Análise do Modos de Falha e Efeitos na Saúde (*Healthcare Failure Mode Effect Analysis* - HFMEA) origina-se do FMEA, que é uma técnica utilizada para prevenir falhas e analisar os riscos de processos e produtos.

Trata-se de uma ferramenta prospectiva de avaliação de risco usada para reduzir os erros, melhorar a segurança do paciente e a integralidade do cuidado humanizado em ambientes de saúde que adotam o pensamento enxuto.

As utilidades dessa ferramenta são várias, destacando-se: melhorar a qualidade e a segurança de um processo de assistência; aumentar a satisfação dos prestadores da assistência (equipe multiprofissional); coletar informações úteis para a redução de futuras falhas; identificar e eliminar precocemente potenciais erros, focando na prevenção de problemas; reduzir a possibilidade de ocorrência de um mesmo tipo de falha no futuro; incentivar o trabalho multidisciplinar em equipe.

O tópico HFMEA definido pela equipe foi o procedimento de biópsias de mama guiadas por ultrassonografia na sala de pequenas cirurgias anexa ao ambulatório de triagem do ICC. Para agilizar o processo de investigação dos casos suspeitos de câncer de mama, médicos residentes realizam esse procedimento, sem a necessidade de agendamento para o serviço de imagem do hospital. O fato de ser um procedimento invasivo, com seus riscos inerentes e ser realizado por um profissional em treinamento, torna-o de alto risco ou alta vulnerabilidade, devendo ser avaliado de forma proativa. A equipe participante do processo deve ser multidisciplinar, com funções bem definidas visando a segurança do paciente, desde a sua identificação correta até o auxílio do procedimento por um técnico de enfermagem treinado.

O processo de realização de biópsias foi decomposto pela equipe nas seguintes fases após a chegada da paciente no setor:

1. Identificação da paciente;
2. Aplicação de anamnese dirigida para o procedimento;
3. *Checklist* de material e anestésicos, com checagem de prazos de validade dos mesmos;
4. *Time-out* com médico, técnico de enfermagem e paciente;
5. Realização do procedimento;
6. Identificação correta do material histológico retirado;
7. Orientações e entrega do relatório escrito do procedimento.



Quadro 3 HFMEA aplicada aos exames

E.P.	MODOS DE FALHA	CAUSAS DE FALHA	EFEITOS DE FALHA	OC (1-10)	DT (1-10)	GV (1-10)	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA DE FALHA
1	Identificação errada do paciente	Funcionários sem função definida (cabe ao atendente, ao técnico de enfermagem ou ao médico a identificação)	Troca de resultado de exames; Diagnósticos errados	1	9	10	90	Definir funções e fluxo. O técnico identifica o exame e o médico confere.
2	Falta de anamnese dirigida para o procedimento	Grande volume de pacientes; Poucos profissionais.	Aumento da taxa de complicações: como reações alérgicas e sangramentos	4	2	8	64	Contratar mais profissionais; aplicar questionários de anamnese dirigida.
3	Profissionais não treinados	Quem realiza os exames são os médicos residentes sem supervisão por médico preceptor.	Aumento de complicações; Erros de coletas.	3	5	10	150	Garantir a presença de um preceptor durante todo o processo de execução dos exames

Legenda: E.P – Etapas do Processo; OC – Ocorrência; DT – Detecção; GV – Gravidade.

Fonte: Cosenza, 2021 adaptada pelos autores

Os possíveis modos de falha identificados pela equipe no processo foram:

- Identificação errada do paciente;
- Falta de anamnese básica dirigida para o procedimento (paciente tem comorbidades? Tem alergias a algum medicamento?);
- Profissionais não treinados / alto rodízio de profissionais de enfermagem;
- Pressão excessiva ou falta de tempo; falta de supervisão do médico residente por um médico preceptor; não padronização de entrega de documento (relatório escrito do procedimento pelo profissional realizador, com as orientações necessárias após o procedimento).

Para cada modo de falha listado, a equipe calculou o Coeficiente da Prioridade do Risco, conhecido como RPN, sigla de Risk Priority Number. Este coeficiente é o produto dos valores atribuídos a três itens: Ocorrência, Gravidade e Detecção. Nessa avaliação, tais valores variaram de 1 a 10 (Quadros 1 e 2). De acordo com a aplicação dessa ferramenta, quanto maior esse produto, pior é a falha descrita.

Após o cálculo dos RPN's, foram feitas proposições de estratégias e intervenções para a minimização ou até mesmo finalização dos riscos em questão. No quadro abaixo vemos alguns dos problemas e soluções levantados pela equipe seguindo o modelo FMEA.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do conhecimento nesse capítulo, nos trouxe conhecimento sobre o conceito de qualidade em gestão, em que princípios ela se baseia e alguns exemplos de ferramentas que podem ser usadas para melhorar os processos de trabalho, financiamento, gestão de tempo e outras necessidades encontradas nos serviços de saúde.

Contribui para que os alunos do mestrado de Gestão em Saúde busquem pautar suas ações estudando a realidade dos serviços em que atuam buscando melhorá-los e encontrar soluções para os problemas. Para tanto, foram apresentadas ferramentas como o Diagrama de Ishikawa, a Matriz Gut, o Plano de ação 5W2H, a SERVQUAL e a FMEA onde os alunos puderam aplicar alguns problemas de sua realidade de trabalho e buscar soluções para os mesmos em equipe, mostrando inclusive a importância de um trabalho multidisciplinar e com diferentes olhares. Também foi mostrada a metodologia LEAN e como ela pode fazer a diferença sendo aplicada nos serviços de saúde buscando a excelência.

Sugere-se para pesquisas futuras outros estudos que possam aprofundar a temática e incluir novos casos como forma de gerar pesquisas mais atualizadas.

REFERÊNCIAS

- BEST, M.; NEUHAUSER, D. J. B. Q. Kaoru Ishikawa: from fishbones to world peace. *BMJ Quality & Safety*, v. 17, n. 2, p. 150-152, 2008.
- BOLIGON, J. A. R.; GODOY, L. P. ; MEDEIROS, F. S. B. Balanced Scorecard: estratégia de gestão vinculada à melhoria da qualidade organizacional. **Revista Geintec**, v. 4, n. 3, p. 1228-1243, 2014. Disponível em: <<http://www.revistageintec.net/portal/index.php/revista/article/view/360>>. Acesso em: 03 set. 2017.
- BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1055-1068, mar., 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473038>>. Acesso em: 03 set. 2017.
- BURMESTER, H. **Gestão da Qualidade Hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- COSTA, M. L. Como imitar os japoneses e crescer. Florianópolis: EDEME, 1991.
- GRABAN, Mark. **Hospitais Lean**, 2nd Edition. Bookman, 01/2013. VitalBook file.
- KAPLAN, S.; NORTON, D. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- LILIANA, Luca. A new model of Ishikawa diagram for quality assessment. In: IOP Conference Series: Materials Science and Engineering. IOP Publishing, 2016.



- LUCINDA, M. A. **Qualidade**: Fundamentos e práticas para cursos de graduação. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.
- MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. Gestão da qualidade. 8ª edição. Publicações FGV Management, FGV. Rio de Janeiro, 2008.
- MIGUEL, P.A.C. Qualidade: enfoques e ferramentas. São Paulo: Artliber, 2006.
- MUHAMMAD, Sulaman. Quality improvement of fan manufacturing industry by using basic seven tools of quality: A case study. International Journal of Engineering Research and Applications, v. 5, n. 4, p. 30-35, 2015.
- POLIT, Denise F., CHERYL Beck. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem, 9th Edition. ArtMed, 01/2019. VitalBook file.
- STAMATIS, D. H. The ASQ Pocket Guide to Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). American Society for Quality, 2015. Disponível em: <http://www.asq.org/quality-press>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.
- TORRES, M. C.; TORRES, A. P. **Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.



CAPÍTULO X

GESTÃO DA QUALIDADE NA CÉLULA DE ODONTOLOGIA QUE INTEGRA O DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO CEARÁ

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-10

Ana Sáska Vaz de Araújo
Carina Nogueira Diógenes
Luiz Onete Alves de Abreu
Maria Amélia Capelo Barroso
Socorro de Souza Bezerra
Cora Franklina do Carmo Furtado
Lídia Andrade Lourinho

1. INTRODUÇÃO

A Gestão da Qualidade em Saúde traz mais eficiência, efetividade e agilidade na realização dos serviços, melhorando a satisfação dos pacientes, promovendo excelência nos processos, melhorando o bem-estar aos usuários do serviço prestado com o aprimoramento do desempenho das instituições de saúde.

O presente trabalho foi desenvolvido por um grupo de alunos na disciplina de Gestão da Qualidade em Saúde, ofertada no Mestrado Profissional de Gestão em Saúde, realizado pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), a partir das atividades realizadas durante 3 (três) dias de aula, ministrada pela professora Cora Franklina do Carmo Furtado.

Na ocasião foram explanados os conteúdos: Fundamentos da Gestão da Qualidade na Saúde; Qualidade e Modelo de Gestão de Excelência; Metodologias e Ferramentas da Qualidade para Solução de Problemas; Qualidade com Aplicação de Servqual e Meg Saúde/Metodologia LeantoHealthCare; FMEA.

A disciplina ocorreu de modo remoto, com aulas síncronas e assíncronas, onde foi explanado o conteúdo seguido de atividades práticas no uso de ferramentas na aplicação na gestão de qualidade, que foram construídas com o objetivo de desenvolver este trabalho, que foi organizado em 4 (quatro) partes: introdução, metodologia, resultados e discussão e considerações finais.

A **Introdução** comunicou de forma sucinta as partes do trabalho informando os conteúdos dos parágrafos. Já a **Metodologia** descreveu o passo a passo da construção e uso das ferramentas de gestão da qualidade na Célula de Odontologia do Departamento de Saúde e



Assistência Social (DSAS) da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (Alece), seguida dos **Resultados e Discussão** da construção das ferramentas fundamentadas teoricamente por um estudo bibliográfico na área de Gestão da Qualidade em Saúde. Por fim, as **Considerações Finais** trazem a conclusão das atividades realizadas na disciplina o aprendizado do grupo.

2. METODOLOGIA

No decorrer de 3 (três) dias intensos imersos em estudos e atividades práticas, o grupo formado no primeiro dia de aula da disciplina de Gestão da Qualidade em Saúde, ministrada em fevereiro de 2022, no Mestrado Profissional de Gestão em Saúde, realizado pela UECE, se debruçou no conhecimento adquirido e na utilização prática de ferramentas de gestão tendo olhar para a sua atuação dentro do seu espaço de trabalho.

O procedimento metodológico adotado foi baseado na pesquisa bibliográfica, mediante a seleção de publicações relativas à área de gestão da qualidade, que forneceram subsídios teóricos para uma abordagem técnica sobre o assunto; na coleta de informações disponíveis no decorrer das aulas, reflexões e discussões feitas em grupo para proporcionar uma apropriação dos conteúdos; e, ainda, na investigação direta orientada para observação *in loco* e levantamento de dados na Célula de Odontologia do DSAS da Alece, que proporcionaram a análise das questões relacionadas à ambiência institucional, objeto do estudo realizado.

As ações propostas foram desenvolvidas, considerando os princípios da metodologia participativa e liderança compartilhada, primando pelo envolvimento de todos os participantes do grupo com as pactuações e agendas feitas de forma a não comprometer a execução do trabalho em andamento, utilizando-se dos seguintes instrumentos: Pesquisa bibliográfica relativa área gestão de qualidade; Realização das atividades propostas na disciplina; Busca de informações da dinâmica organizacional, da funcionalidade operacional e do gerenciamento da Célula de Odontologia do DSAS.

A equipe formada pelos alunos do mestrado também compõe o corpo técnico profissional do Departamento de Saúde e Assistência Social (DSAS) e Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil (CIADI) da Alece, que têm como objetivo prestar serviços de saúde de qualidade para servidores, dependentes e população que mora nas proximidades da Casa Legislativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente contamos com inúmeras ferramentas, protocolos e tecnologias que auxiliam a gestão a ter embasamento em como realizar mudanças na busca de alcançar a melhoria na



qualidade do serviço prestado, na redução dos custos, em como otimizar as ações, na compreensão dos déficits e dessa forma chegar a resultados mais satisfatórios tendo como principal objetivo, prestar serviços de saúde.

O DSAS vem ao longo dos anos sendo ampliado e modernizado. No ano de 2021 foi concluída a construção do prédio que acomoda as instalações dos serviços de saúde da Alece, o Edifício Dep. Francisco das Chagas Albuquerque (Anexo III). Prédio construído de forma sustentável e estruturado fisicamente para atender também aos órgãos da Casa Legislativa que prestam serviço direto dos servidores e comunidade do entorno. O Anexo III como é referido costumeiramente, acomoda o CIADI no andar térreo, o DSAS nos primeiros e segundo andar, e no último, conta com a Casa do Cidadão, Escritório de Direitos Humanos e Assessoria Jurídica Popular Frei Tito de Alencar (EFTA), Movimento das Mulheres do Parlamento (MML), Núcleo de Mediação de Conflitos e administração geral do prédio.

O DSAS que está ocupando integralmente o primeiro e segundo andar do prédio, acomodando suas 12 (doze) Células de Saúde, compostas por: Célula de Clínica Médica, Célula de Odontologia, Célula de Enfermagem, Célula de Psicologia, Célula de Nutrição, Célula de Fisioterapia, Célula de Acupuntura, Célula Terapia Ocupacional, Célula de Análises Clínicas, Célula de Fonoaudiologia, Célula de Assistência Social e Célula de Psicopedagogia, implantada no ano de 2021. Contando ainda com a implantação de novos serviços de Pilates, Núcleo de Saúde Mental, Núcleo de Práticas Terapias Sistêmicas e Restaurativas, Núcleo de Mediação e Gestão de Conflitos, contando ainda com o apoio do Comitê de Responsabilidade Social, órgão ligado direto à Presidência da Alece, instalado no primeiro andar do Anexo III, composto pela Célula de Sustentabilidade e Gestão Ambiental, Célula de Articulação e Fomento à Cidadania, e Célula de Saúde e Segurança do Trabalho.

Por meio do Comitê de Responsabilidade Social, a Alece faz parte do Pacto Global da Organização das Nações Unidas - ONU, com o intuito de contemplar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos na Agenda 2030. Nessa Perspectiva, desenvolve suas ações com as demais células do DSAS, considerando quatro eixos norteadores: Direitos Humanos, Trabalho, Meio Ambiente e Anticorrupção, que dão suporte a todas as ações do DSAS, tornando o departamento de saúde um espaço de Saúde Sistêmico.

Todos os profissionais que fazem parte do corpo de trabalhadores de saúde que compõem o DSAS estão devidamente formados nas áreas específicas, estando regulares em seus conselhos profissionais, realizando os atendimentos de forma humanizada, ética e individualizada, com atenção às suas necessidades individuais, respeitando as normas internas e o sigilo. Os prontuários, fichas e formulários são armazenados em local seguro para preservar o sigilo,



outrossim, alguns atendimentos como Clínica Médica, Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Nutrição durante o processo de pandemia, continuaram com seus atendimentos no formato virtual.

O acesso aos serviços do DSAS tem início com o cadastro realizado pelo usuário na Célula de Serviço Social, e a partir desse cadastro inicial é feito o encaminhamento interno para o serviço solicitado. O fluxo do atendimento se dá quando posteriormente o usuário é chamado através do contato telefônico. Realiza-se um agendamento de horário para nesse primeiro encontro ser realizada uma entrevista de anamnese como sendo a primeira consulta, e assim a realização da avaliação diagnóstica inicial para que seja estabelecido o plano de tratamento mais adequado, ou se necessário for, ocorrerá um encaminhamento para outro serviço disponibilizado no DSAS, definindo de forma clara como sendo um trabalho multidisciplinar. É válido ressaltar que este não é um serviço de urgência e emergência e não há vínculo com Município, Estado e União.

Dentre as Células de Saúde do DSAS foi escolhida a Célula de Odontologia para aplicação das ferramentas estudadas:

Matriz SWOT, 5W2H, Gráfico de Ishikawa, SERVQUAL, Princípios de Lean e HFMEA, procurando definir, analisar e propor soluções para melhoria da qualidade do serviço.

3.1. MATRIZ SWOT

Desenvolvida por dois professores da Harvard Business School Andrews e Roland Christensen (1960), a matriz que analisa as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças é identificada pelo acrônimo S.W.O.T. (HINDLE; LAWRENCE, 1994 apud KATZ; DO PRADO, DE SOUZA, 2018; DE PINHO; SILVA, 2019). Deriva da língua inglesa e traduz-se: *Strenghts* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), e “é utilizada para identificar o grau em que as forças e fraquezas atuais são relevantes, e capazes de lidar com as ameaças ou capitalizar as oportunidades no ambiente” buscando alcançar um melhor desempenho (JOHNSON; SCHOLLES; WHITTINGTON, 2007, p.13).

Nesse contexto a ferramenta foi aplicada na Célula de Odontologia do DSAS, como objetivo de observar todo o ambiente institucional e encontrar estratégias na busca de melhorias e alcançar resultados satisfatórios.

Quadro 1: Análise de cenários utilizando matriz swot na célula de odontologia



I N T E R N A	FORÇAS Clínica Equipada Material Consumo Equipe treinada: dentistas, atendentes, recepcionistas, zeladoras Motivação	FRAQUEZAS Dificuldade nos processos: trabalho 4 mãos – número atendentes Física: quebra compressor, autoclave, ar-condicionado Falta material – licitação fracassada Falta motivação – turno 5 horas Internet deficiente Falta da equipe
	OPORTUNIDADES Capacitação Realizar atividades externas Promover trabalho de qualidade Integração multidisciplinar Fortalecer vínculos de amizades	AMEAÇAS Pandemia – COVID Contaminação

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Andrews e Roland Christensen, 1960 (HINDLE; LAWRENCE, 1994 apud KATZ; DO PRADO, DE SOUZA, 2018; DE PINHO; SILVA, 2019).

3.2.3.2 FERRAMENTA 5W2H

O 5W2H é uma ferramenta simples e eficaz para elaborar um bom plano de ação. No planejamento para a Célula de Odontologia foi utilizado essa metodologia com o objetivo de atingir metas, prazos e responsabilidades determinados. Responder de forma simplificada as 7 (sete) perguntas do 5W2H nos ajudou a identificar os principais aspectos do projeto, organizar e guiar a execução das ações.

Quadro 1 - Plano de Ação (5W2H)

5W					2H	
What	Why	Who	Where	When	How	How much
O que	Porque	Quem	Onde	Quando	Como	Quanto
Ação, problema de-safio	Justificativa Explicação, motivo	Responsável	Local	Prazo Cronograma	Procedimento Etapas	Custos Desembolsos
Avaliação das rotinas de trabalho	Qualidade no atendimento; Biossegurança; Acolhimento; Triagem; Controle estoque; Validades produto; Metas.	Orientadora e dentistas OU Orientadora e dentistas da Célula Odontologia	Célula de Odontologia	Diário Semanal Mensal	Avaliar as rotinas de trabalho, demanda pacientes, entrada e saída materiais, Validade medicamentos De-sempenhos	-
Pesquisa de Satisfação	As opiniões dos pacientes, dentistas, atendentes, recepcionistas são essenciais para avaliar satisfação	Orientadora e colaboradores ou Orientadora e colaboradores da Célula de Odontologia	Célula de Odontologia	Permanente	Elaboração de questionários com perguntas sobre satisfação atendimento; espaço sugestões. Feedback	Impressão dos questionários



3.3. DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO – GRÁFICO DE ISHIKAWA

O Gráfico de Ishikawa é conhecido como Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha de Peixe, e tem a finalidade de buscar prováveis causas de um determinado problema, com o propósito de identificar os fatores responsáveis por situações indesejadas na instituição (ISHIKAWA, 1976 apud MARSHALL JÚNIOR; CIERCO, ROCHA, MOTA LEUSIN, 2008). Com base nestas definições, escolhemos uma tarefa que causa grande impacto no serviço de odontologia, que é a coleta seletiva de lixo contaminado. Aplicamos o método à realidade do serviço, trazendo resultados assertivos para sua execução.

Figura 1: Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha de Peixe



Fonte: elaborada pelos autores.

3.4. MODELO SERVQUAL

A Célula de Odontologia do Departamento de Saúde e Assistência Social da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará vem buscando melhorar a qualidade nos serviços prestados aos servidores da Casa Legislativa e comunidade do entorno. Nessa perspectiva, está desenvolvendo um plano de ação para que os serviços prestados à sociedade sejam de excelência.

Sabe-se que a qualidade nos serviços prestados é definida por avaliações realizadas continuamente pelos usuários, na finalização dos tratamentos, sendo esta, focada na percepção do paciente. No entanto, para que esse serviço de qualidade chegue ao usuário, é importante que a instituição também proporcione aos seus colaboradores, qualidade em suas atividades.



Nessa perspectiva, a Célula de Odontologia do DSAS se propõe a desenvolver suas ações de saúde de forma multidisciplinar, integradas e eficientes. Realizando adequação e organização da clínica, capacitação da equipe, parcerias com outras células, participação em eventos, produção de cartilhas e estudos na área, sempre buscando oferecer um serviço de qualidade à sociedade.

Ressaltando a adequação do espaço físico e orientações de ações visando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na Célula de Odontologia, foram realizadas as seguintes ações: 1. Recepção devidamente sinalizada com as orientações de prevenção covid-19, promovendo saúde aos usuários; 2. Promoção da igualdade de gênero e recepção dos pacientes com respeito; 3. Orientação para desligar lâmpadas e ar-condicionado nas salas vazias, visando diminuir o gasto de energia; 4. Bloqueio do uso da cuspeira, reduzindo dessa forma o consumo de água; 5. Na Clínica Odontológica aplicação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; 6. Disponibilização do Escovódromo para atividades educativas; 7. Produção científica e grupo de estudo Capacitação dos colaboradores;

3.5. METAS A SEREM ALCANÇADAS EM 2022

1. 100% da equipe de trabalho motivada
2. Aumentar em 30% o número de atendimentos clínicos curativos: acolhimento, especialistas ortodontia preventiva, periodontia, cirurgia, odontopediatria;
3. Investir na capacitação de 100% dos profissionais da equipe de odontologia.

A SERVQUAL é uma ferramenta de gestão de qualidade que se baseia nas expectativas do cliente em contraponto a sua percepção relativa ao serviço que recebeu. Desenvolvida para mensurar cinco pontos da qualidade (confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e aspectos tangíveis) utiliza uma escala de 1 a 7, sendo o 1 para a pior avaliação e o 7 para melhor avaliação (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988 apud FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010).

- Confiabilidade: Capacidade de entrega do serviço em conformidade com o que foi prometido.
- Responsividade: Atender o cliente prontamente e capacidade de rapidez nas respostas.
- Segurança: Confiabilidade e confidencialidade.
- Empatia: Demonstrar interesse e atenção personalizada aos usuários de um serviço.
- Aspectos Tangíveis: Aparência e evidência das instalações físicas.



Uma análise da relação das ações propostas pela Célula de Odontologia e as cinco dimensões da qualidade de serviços da SERVQUAL, foi perceptível que a mesma perpassa por todas as cinco dimensões do método, indo ao encontro da prestação de serviços com qualidade, no entanto, para que esses pontos possam ser mensurados de forma que identifique todos os bons e os que precisam ser melhorados em sua prestação de serviço, é importante realizar uma validação utilizando o método Servqual, promovendo continuamente a melhoria da gestão da qualidade de serviços prestados pela Célula de Odontologia do DSAS.

3.6. PRINCÍPIOS DA GESTÃO LEAN

Um dos estilos de liderança e um sistema de gerenciamento que investe no atendimento dos clientes, na redução de custos e tempo ((MAGALHÃES et al, 2016)).

Aplicou-se a metodologia LEAN com as ferramentas: fluxograma, PDCA e 5S, como métodos para melhorar continuamente a eficiência da Célula de Odontologia. O fluxograma trata-se de uma representação gráfica de diversas atividades que mapeiam processos e solucionam problemas. Essa ferramenta melhora a qualidade e indica por onde começar o processo.

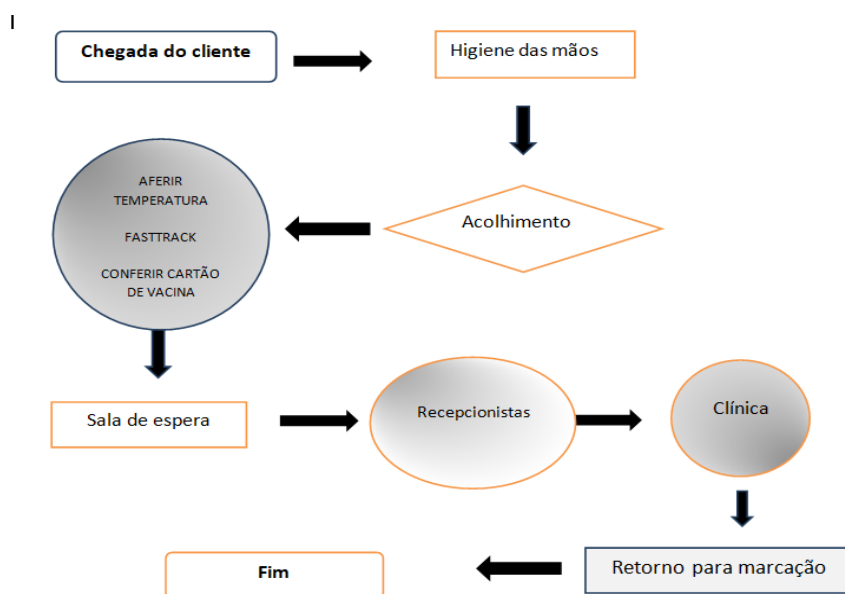
O fluxograma da chegada do paciente à Célula apresentou de forma simplificada a explicação do procedimento a ser realizado, facilitando nossa dinâmica de atendimento.

A ferramenta 5S foi aplicada para a organização do estoque na Célula de Odontologia. Aplicou-se a metodologia Lean e foram realizadas as seguintes condutas:

1. Separação (Seiri): produtos vencidos e qualquer outro item que não eram os mais utilizado na clínica, protocolados antes do devido descarte.
2. Organização (Seiton): Todos os armários foram devidamente identificados, numerados e exposta lista dos produtos, para posterior armazenamento dos materiais observando a devida validade.
3. Limpeza (Seiso): Foi feita a limpeza de todo o ambiente.
4. Padronização e saúde (Seiketsu): Todos foram armazenados por categoria. As prateleiras foram etiquetadas para que essa divisão fosse sempre seguida.
5. Disciplina (Shitsuke): Repassado para toda a equipe da clínica a importância de deixar todo o estoque sempre limpo e organizado, para isso foram designadas 2 pessoas do grupo para protocolar a entrada e saída de material.

Figura 2: Fluxograma Célula de Odontologia





Fonte: Elaborado pelos autores.

A gestão de estoque passou a ser mais organizada, desprendendo menor tempo no manuseio dos produtos, entrada e saída, com maior controle dos possíveis estoques. Os produtos foram catalogados para gerar agilidade e eficiência.

Aplicou-se o **ciclo PDCA** para gestão dos processos relativos à Segurança e Saúde do Trabalho dos profissionais na Célula de Odontologia. Segundo Evangelista et al (2013, p. 464) o PDCA é um método de gestão que visa identificar no processo a solução de problemas e promoção das mudanças necessárias em tempo adequado.

Ciclo PDCA na Célula de Odontologia:

- **Planejar:** Objetivo promover saúde e segurança do trabalhador;
- **Executar:** Protocolos de biossegurança; Capacitação da equipe; Solicitar cartões de vacinação;
- **Verificar:** Analisar os resultados da mudança
- **Agir:** Padronizar a solução e refletir sobre o aprendizado

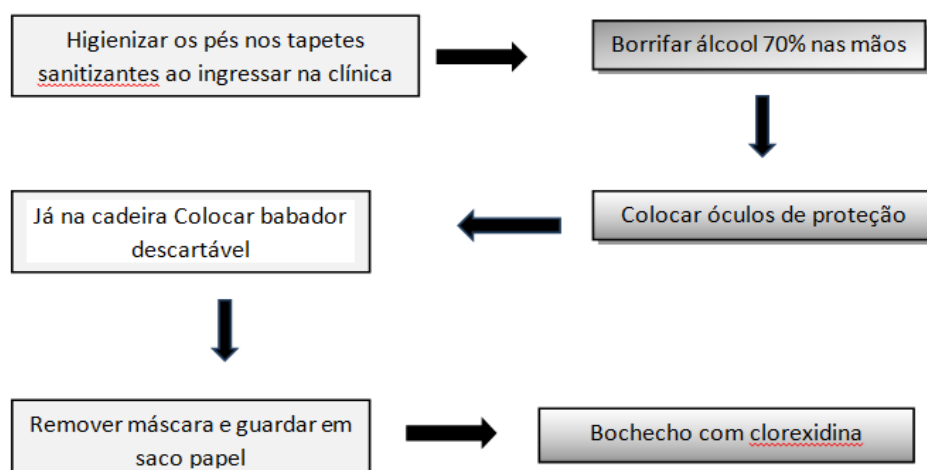
Com a utilização da ferramenta PDCA identificamos melhoria contínua na segurança e saúde do trabalhador.

3.7. FERRAMENTA FMEA

A ferramenta de análise do Modo de Falha e Efeitos na Saúde – HFMEA temo intuito de analisar os riscos de processos, prevenir falhas e reduzir erros na Célula de Odontologia. A busca da melhoria da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes exige envolvimento de todos os membros da organização.

Figura 3 - Fluxograma do Processo de Biossegurança do Paciente ao Ingressar na Clínica Odontológica





Fonte: Elaborado pelos dos autores.

Quadro 2 - Análise de Modos e Efeitos de Falha Potencial

E.P.	MODOS DE FALHA	CAUSAS DE FALHA	EFEITOS DE FALHA	OC (1-5)	DT (1-5)	GV (1-5)	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA DE FALHA
1	Deixar de higienizar os sapatos nos tapetes sanitizantes	Falta de orientação antes de ingressar na clínica	Deficiência na contenção de patógenos externos e sujeira	2	4	3	24	Estabelecer protocolos.
2	Não borrifar álcool nas mãos	Inexistência de treinamento	Contaminação cruzada	2	3	5	30	Capacitação e motivação para seguir protocolos.
3	Não colocar óculos de proteção	Inexistência de treinamento e desatenção	Falta de óculos de proteção pode causar sérios danos ao paciente.	2	2	5	20	Capacitação: alertar a importância do óculos de proteção e responsabilidade da equipe
4	Falta de bochecho clorexidina	Inexistência de treinamento		1	3	4	15	Estabelecer protocolos.

Legenda: E.P – Etapas do Processo; OC – Ocorrência; DT – Detecção; GV – Gravidade.

Fonte: Elaborado pelos Autores (2022)

O RPN (RiskPriorityNumber), produto dos valores atribuídos a três itens: ocorrência, gravidade e detecção, foi calculado utilizando-se a Escala de Likert: de 1 a 5, baseando-se nas informações relativas ao modo de falha pessoal, à severidade da falha e a capacidade de detectar a falha. O índice RPN usado com referência e estipulado pela equipe foram de: falha1: 8 pontos, falha 2: 5 pontos, falha 3: 4 pontos, falha 4: 4 pontos (COSENZA et al, 2021).

Seguem as ações preventivas para corrigir os possíveis erros:

- Falha1. Estabelecer um padrão para definir o ingresso do paciente ao entrar na clínica odontológica;
- Falha 2. Capacitar as atendedoras quanto à importância da higiene das mãos para aumentar segurança do paciente e prevenir as IRAS (Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);



- Falha3. Capacitar e alertar da necessidade da obrigatoriedade do uso dessa proteção individual para os olhos;
- Falha 4. Capacitar e treinar os protocolos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as diversas ferramentas de gestão como matriz SWOT, 5W2H, gráfico de Ishikawa, modelo SERVQUAL, Princípios de Lean, FMEA, e aplicá-las dentro dos processos no nosso serviço, nos permitiu compreender a saúde para além dos sujeitos adoecidos, contribuindo sistematicamente para a qualidade do tratamento prestado ao paciente.

Cada ferramenta utilizada proporcionou uma reflexão com um olhar direcionado para situações específicas da célula, observando cada ponto na sua ambiência. É fato que esse trabalho foi a ponta do *iceberg* para dar início a um processo que já vinha sendo discutido de forma leiga, mas direcionada, viabilizando um embasamento científico nas ações direcionadas pela coordenação da célula.

Entender alguns pontos investigativos realizados com essas ferramentas remete a organização a um posicionamento positivo diante de sua proposta de trabalho para a melhoria da qualidade no atendimento de seu público.

Espera-se que os produtos obtidos nesta pesquisa possam contribuir para a implementação de um plano de ação, com momentos de reflexão, processos e fluxos que direcionem a Gestão da Célula de Odontologia do DSAS na busca contínua da qualidade nos seus serviços.

REFERÊNCIAS

- BACHEGA, S.J.; MARQUES, C.; SILVA, L.C.S. **Aplicação da Matriz SWOT: Um Estudo de Caso Realizado em uma empresa de reciclagem** - Simpósio de Engenharia de Produção Universidade Federal de Goiás – Catalão, Goiás, Brasil
- CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 3ª ed. S. Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 2000.
- COSENZA et al. HFMEA. Uma alternativa para a gestão de risco/Universidade Federal Fluminense. **Revista Lean na UPAS**. LabDGE (Laboratório de Design Thinking, Gestão e Engenharia Industrial). V.2, n.5 (abr. 2021). Rio das Ostras, RJ: Universidade Federal Fluminense, 2021.
- DE PINHO, Ana Paula Nogueira Marques; SILVA, Wilma Madeira. Fortalecimento da gestão de saúde das 27 unidades federativas brasileiras: o que pode resultar dessa intervenção? Planejamento da avaliação de um projeto social do campo da gestão em saúde. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, p. 89-98, 2019.
- EVANGELISTA, et al. Lean Office – escritório enxuto: estudo da aplicabilidade do conceito em uma empresa de transportes: **Revista Eletrônica Produção & Engenharia**, v. 5, n.1, p. 462- 471, Jan/Jun. 2013.



- ESCOLAEDTI, O que é fluxograma. Disponível em: <https://www.escolaedti.com.br/fluxograma>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.
- FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação**. 6^a.ed. Porto Alegre. Bookman, 2010.
- FURTADO, C.F.C.; RODRIGUES, F.S.M.; Guia digital sobre ferramentas da qualidade em saúde na gestão hospitalar. MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE –. MEPGES. Disponível em: <http://www.uece.br › uploads › sites › 2021/06>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.
- JOHNSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Explorando a Estratégia Corporativa**. 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- KATZ, Iana Suly Santos; DO PRADO, Flávia Oliveira; DE SOUZA, Maria Aparecida. Processo de implantação e estruturação do núcleo de inovação tecnológica. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 18, n. 1, p. 225-251, 2018.
- MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.
- MARSHALL, Junior. Isnard. Gestão da Qualidade. **Isnard Marshall Júnior, Agliberto Alves Cierco, Alexandre Varanda Rocha, Edmarson Bacelar Mota, Sérgio Leusin**. 9. ed.-Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.
- MARTINS, M. **Qualidade do cuidado de saúde**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 27-40.
- NASCIMENTO, N.B. **O erro e as violações no cuidado de saúde**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 75-94.
- OSADA, Takashi. **5S'S – Cinco Pontos-Chave Para O Ambiente De Qualidade Total**. 3^a Edição. São Paulo/SP. Editora IMAM – 1992.
- ROTONDARO, GILIOLI, R. SFMEA: análise do efeito e modo da falha em serviços -aplicando técnicas de prevenção na melhoria de serviços. **Revista Produção**, vol.12, n2, p.54-62, 2002.



CAPÍTULO XI

GESTÃO DA QUALIDADE SOB A ÓTICA DE DISCENTES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIAS

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-11

Arildo Sousa de Lima
Fabiana de Sousa Alves
Maria Ione de Sousa Silveira
Luciana Bonfim Jacó De Oliveira
Marcos Cavalcante Paiva
Marialdo Dias Barroso Mendonça
Cora Franklina Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

O ambiente de qualidade é o local onde as tarefas e projetos profissionais são produzidos e executados de forma a se tornarem um fator estimulador para que a produtividade seja evidenciada, expondo os talentos de forma eficiente e eficaz, tendo a segurança como pedra fundamental para um resultado que busque a excelência na assistência. Essa ambiência de qualidade é muito mais desafiadora quando estamos inseridos na área da saúde, uma vez que presenciemos um momento mais vulnerável do usuário, onde as expectativas geradas e os anseios podem variar bastante conforme cada caso, as desigualdades de acesso dos usuários, considerando também os recursos financeiros escassos e/ou mal alocados, são desafios constante da gestão para oferecer Serviços de Saúde qualificados.

2. GESTÃO DA QUALIDADE EM ÂMBITO HOSPITALAR

Tendo como referência uma unidade hospitalar, podemos destacar quatro pontos importantes quando focamos nos quatro componentes da qualidade conforme Donabedian (1966) refere os elementos relevantes em sua composição: construção e análise técnica dos resultados e indicadores tendo como desfecho os processos intersetoriais, cuja principal função é evidenciar o desempenho das atividades, estando estas condizentes com os objetivos e metas; análise de desempenho, participação e alcance de resultados estratégicos e de esforço setorial e individual, como forma de crescimento institucional e profissional; ambientes preconizados conforme normas de segurança e ergonomia, além de uma estrutura organizacional bem distribuída, proporcionando uma prestação do serviço viável e ergonômica, resultando na execução



das atividades de forma segura e ágil; preceitos éticos que zelem pelo bem-estar dos pacientes, familiares e profissionais da saúde com o objetivo de proporcionar segurança e respaldo científico quanto às condutas eleitas para tratamento durante a estadia dos mesmos no hospital os quais devemos garantir a guarda de todas as informações contidas no prontuário do paciente de forma segura.

Uma outra forma de garantirmos a qualidade na assistência é por meio da adequação da regulação do atendimento conforme o nível de atenção que o cidadão necessita, observando capacidade instalada e expertise da equipe multiprofissional, resultando na realização de práticas seguras de trabalho e proporcionando ambientes livres de riscos.

A utilização de equipamentos adequados ao perfil de uma determinada unidade garante a maior eficácia no atendimento prestado ao usuário, minimizando riscos para esse usuário. Assegurar que o perfil da unidade seja adequado ao tipo de problema apresentado, resultará em menor tempo de espera para a solução do problema e melhor resultado para o usuário.

Após a garantia do acesso na rede, os processos assistenciais devem ser norteados pelos planos terapêuticos (previsão da realização de exames, cirurgias, medicações), cujas previsões de atendimento e alta deixam mais evidente o tratamento que será realizado, bem como um possível desfecho terapêutico, aproximando a equipe multiprofissional dos seus pacientes e familiares, dando transparência e um maior conforto para todos.

Escolher o plano terapêutico adequado a cada situação é fundamental para que se possa utilizar de forma mais racional os recursos disponíveis na unidade, tanto materiais quanto relativos às equipes profissionais. Essa utilização adequada perpassa uma análise da estrutura disponível e da necessidade de adquirir novos insumos para a solução do problema apresentado pelo usuário.

Desta forma, os protocolos assistenciais institucionais tendem a padronizar os tratamentos conforme a patologia que acomete cada paciente, assim como a capacidade de atendimento na unidade hospitalar, de forma a desenvolver as melhores práticas nos processos de trabalho em saúde. Orientados por diretrizes técnicas e pressupostos de evidências científicas, a equipe multiprofissional pode proporcionar a maior padronização possível, evitando assim desperdícios, aprimorando cada vez mais a eficiência e a eficácia.

Por vezes, quando se institui um novo protocolo é comum perceber que há relutância por parte de alguns profissionais em aderir a ele, sendo necessário o treinamento desses profissionais na nova metodologia utilizada na unidade. Garantir a padronização e a segurança das novas metodologias é fundamental para que se tenha uma melhor e maior adesão da equipe. Assim, a utilização de protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde pode ser um



caminho mais seguro a seguir, mesmo que nem sempre implique em aceitação imediata por parte da equipe multiprofissional.

Desde quando surgiram as primeiras ISO (Organização Internacional de Normalização) para o controle da qualidade nas instituições, houve uma discussão pela padronização dos processos que também permitiu melhorá-los. Essa otimização tem uma ligação direta com redução de custos desnecessários, seja de tempo ou de dinheiro.

A metodologia de avaliação contínua dos processos, fluxos e interações dentro de uma unidade hospitalar, promove a qualidade e segurança da assistência, aprimorando o modelo operacional conforme a tecnologia, os processos e as pessoas.

Um exemplo claro da otimização de recursos em benefício dos pacientes foi a utilização dos elmos durante a pandemia, que fez com que muitos pacientes que provavelmente não tivessem acesso a um ventilador mecânico, pudessem ter melhores condições de enfrentar a doença enquanto aguardavam leitos em UTIs especializadas.

É importante deixar claro para toda a sociedade quais são os serviços ofertados pela unidade hospitalar, de forma que a busca pelos serviços siga um fluxo pré-estabelecido da rede de saúde, assim como pela necessidade e complexidade de atendimento para cada usuário/cliente. Quanto mais entendível for este perfil, tanto pela população, quanto pela rede de apoio em saúde de um determinado território, melhor será o seu desempenho e sua aceitabilidade, tornando legítima a proposta de atendimento desenhada para esta unidade.

Outro princípio importante a aplicar é o da equidade que assegura tratar os desiguais desigualmente, assegurando mais recursos àqueles que mais necessitam. Assim, pacientes com maior gravidade devem ser atendidos prioritariamente em relação àqueles com menor gravidade, de acordo com os protocolos de classificação de risco.

A Unidade Hospitalar utiliza protocolos de classificação de risco como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e ainda como forma de organização e planejamento do serviço. Percebemos que a classificação de risco causa algumas vezes insatisfação do usuário por não entender como esse processo funciona, principalmente nos casos em que os usuários não estão no perfil da unidade.

3. DESENVOLVIMENTO FERRAMENTAS GERENCIAIS

A ferramenta LEAN possui como responsabilidade a elaboração de políticas públicas voltadas para resolução de problemas. “O Lean é um conjunto de ferramentas, um sistema de gestão e uma filosofia que podem mudar a forma pela qual os hospitais são organizados e



administrados” (GRABAN, 2013, p. 20). Diante do exposto, nasceu o Projeto Lean que se trata de uma filosofia que busca melhoria nos fluxos e processos de trabalho de forma contínua, diminuindo desperdícios de recursos humano e material, ancorado em ferramentas como a 5S e Kaizen, que visam trabalhar a cultura das organizações, com foco na limpeza e padronização de procedimentos.

O PROADI - Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional iniciou, em meados de agosto de 2017, um trabalho com o Projeto Lean in loco nas emergências de importante impacto social dos maiores centros urbanos do país, o qual traça diagnóstico operacional personalizado, mensurando metricamente os gargalos que dificultam a melhoria no serviço prestado, precedido da devida capacitação dos atores envolvidos, contemporizado por fases na implementação do referido projeto. A seguir, foram apresentados três casos exitosos vivenciados por alguns dos autores deste texto a utilização da metodologia Lean.

O primeiro ocorreu em um hospital de pronto atendimento, de referência traumatológica de nível terciário, situado na região Norte, do país, que após reunião conjunta da alta direção entendeu ser necessário intervenção externa especializada. Vale salientar que a filosofia Lean possui como premissa a melhoria de processos baseada em indicadores de qualidade como, tempo de resposta e valor, desenhada para assegurar fluxos contínuos, eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado.

Evidenciou-se como solução oportuna, uma vez que com a referida assessoria, fluxos que eram implementados de forma empírica foram reformulados, atribuições e competências de determinados cargos foram remodelados conforme legislação trabalhista, trabalhou-se questões como autogerenciamento, o que facilitou a percepção das responsabilidades da equipe de um modo geral, reduziu-se absenteísmos visto que se instituiu programas internos de valorização dos trabalhadores, onde houve acionamento da equipe da humanização vinculada ao órgão contratante, em paralelo às questões de cunho administrativo e laboral, reduziu-se tempo de permanência e internamento uma vez que o corpo clínico foi convidado a integrar o novo movimento e esse passou a detalhar melhor os protocolos clínicos e intervenções assistenciais, diminuindo taxa de infecção hospitalar, economia de recursos humanos, farmacológicos, custos com rouparia, alimentação, insumos/materiais, energia, água potável, entre outros, possibilitando reformular o status financeiro.

As reuniões de monitoramento aconteciam com a presença de gestores e técnicos dos 05 municípios, onde eram discutidos dificuldades, desafios, potencialidade e compartilhamento de experiências exitosas. Com a situação pandêmica, esses momentos passaram a ser realizados de forma virtual utilizando as ferramentas meet, formulário Google forms, WhatsApp e



outros. Ao avaliar essa nova modalidade de trabalho, os técnicos municipais e gestores consideraram positivas por questões relacionadas a dificuldades como: transporte, diárias, deslocamento do técnico para participar dos eventos gerando economia financeira, de tempo, mas também demandou uma nova organização na rotina diária.

Com o avanço das Vacinas para covid 19 foi implantada a metodologia de reuniões agendadas individuais com cada município tanto para monitoramento de indicadores, diálogo aberto com gestão, discussão de portarias e notas técnicas como também para oficinas, treinamentos e como produto das reuniões são gerados relatórios para a gestão dos municípios contendo os desafios, pontuando ações exitosas e propondo reavaliações de estratégias quando necessária. Os técnicos municipais relatam que se sentiram mais apoiados e a gestão mais sensível às mudanças propostas .

Já a terceira experiência utilizando a metodologia Lean foi aplicada num Hospital Regional no extremo sul do estado do Ceará, com duas linhas de atendimento consolidadas para a traumatologia é para pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral, mas por ter uma emergência porta-aberta, acaba sendo referência para todas as demais especialidades em situações graves e emergenciais, motivo pelo qual foi um forte candidato a receber essa experiência.

A experiência do Lean nas Emergências resultou em muitos benefícios para nossa instituição, tendo como maior destaque a agilidade proporcionada a partir das tomadas de decisão cada vez mais assertivas e participativas, resultando na internação desta clientela ou na conclusão do atendimento emergencial e posterior encaminhamento para a rede de saúde de uma forma muito ágil.

Todas as ferramentas do Lean foram importantes para a obtenção desses resultados, dentre elas podemos destacar: a reunião multiprofissional e administrativa denominada Huddle, voltada para as altas, que acontece três vezes por dia com representantes de todas as equipes, favorecendo a comunicação, redução do tempo do processo de alta do paciente e do tempo de permanência; a elaboração do Plano de Capacidade Plena que agregou tarefas para dividir a superlotação da emergência com o Hospital inteiro, propiciando que todos da instituição se envolvessem para resolver o “problema” da emergência fortalecendo o comprometimento de todos.

Melhorar a eficiência, tornando-nos ainda mais resolutivos e seguros, por meio de uma assistência de melhor qualidade e utilizando ferramentas a baixo custo deve ser divulgada para todos, independente de fronteiras, pois o maior desafio é alcançar a efetivação de um serviço de excelência e o cuidado centrado no paciente, aproximando toda a equipe e somando todos



os esforços para que toda a complexidade envolvida numa emergência flua de uma forma mais enxuta possível.

4. FMEA (FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS) VS REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

“Um documento de FMEA é tipicamente elaborado em uma planilha e se baseia em *brainstorming* da equipe a respeito de tudo o que poderia dar errado em seus processos” (GRABAN, 2013, p. 165). A FMEA aplicada foi resultado da vivência de alguns dos autores nas emergências hospitalares.

ETAPA DO PROCESSO	MODO DE FALHA	CAUSA DA FALHA	EFEITO DA FALHA	OCORRÊNCIA (0 - 10)	DETECÇÃO (0 - 10)	GRAVIDADE (0 - 10)	RPN	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA DA FALHA
01	Falta de qualidade no atendimento psiquiátrico	Profissionais insatisfeitos, alta demanda	Usuário insatisfeito com o atendimento	07	03	08	168	Organização e parametrização de agendas.
02	Cobertura de CAPS e outros serviços especializados insuficientes para a população do município	Número insuficiente de equipamentos na raps	Pacientes sem atendimento	10	03	07	210	Inauguração de novos equipamentos na RAPS
03	Fragilidade na operacionalização do apoio matricial	Equipes matriciadores insuficientes, baixa adesão das equipes de esf	Superlotação dos serviços raps	07	02	07	98	Incremento com agenda de matriciamento em cada UAPS. CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE ESF.

A análise FMEA propõe que “cada categoria recebe uma nota em uma escala de 1 a 10 (baixa a alta), e esses escores são multiplicados em conjunto para dar um número de prioridade de risco (RPN) para cada módulo de falha” (COSENZA et al, 2021; GRABAN, 2013, p. 165). Nesta lógica, as ações para reduzir a ocorrência de falhas e seus pesos (RPN) no caso estudado foram: organização e parametrização de agendas (168); Inauguração de novos equipamentos na RAPS (210); incremento com agenda de matriciamento em cada UAPS; e capacitação das equipes de ESF (98).



5. MATRIZ SWOT

A ferramenta para análise das Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats – SWOT ou forças, oportunidades, fraquezas e ameaças - FOFA foi didaticamente estruturada por Andrews, Christensen (1961 apud SOUZA et al. 2013). O objetivo da SWOT é o de aprimorar o planejamento estratégico de qualquer empresa e pode ser utilizada no planejamento estratégico. Sua finalidade é avaliar os ambientes internos e externos de uma organização, identificando os pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades. Sendo que forças (*Strengths*) e fraquezas (*Weakness*) correspondem ao ambiente interno (aquele que a empresa controla), oportunidades (*Opportunities*) e as ameaças (*Threats*) ao ambiente externo.

5.1. UNIDADE: HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE ESPECIALIZADA

MATRIZ SWOT	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
	Forças (Strength)	Fraquezas (Weakness)
Fatores Internos (organização)	<ul style="list-style-type: none">-Profissionais capacitados;-Parque tecnológico com manutenções preventivas e corretivas executadas;-Gestão com foco nas práticas de segurança ao paciente e na qualidade;-Gestão participativa e colegiada com metas e indicadores estabelecidos;-Hospital Escola.	<ul style="list-style-type: none">-Comunicação interna ainda com evidências de 'ruídos';-Níveis de absenteísmo elevado;-Pacientes necessitando de internação aguardando no setor da emergência a mais de 24h;-Parque tecnológico em quantidade inferior à demanda.
	Oportunidades (Opportunity)	Ameaças (Threats)
Fatores Externos (ambiente)	<ul style="list-style-type: none">-Central de regulação estadual ativa e com sistema operacional;-Região de Saúde com comissão intergestora atuante e participativa;-Região com gestores capacitados;-SAMU participativo e colaborativo;-Região metropolitana, com comércio vasto para aquisição de insumos e materiais médicos hospitalares;-Elevada quantidade de instituições de graduação na área da saúde.	<ul style="list-style-type: none">-Vazios assistenciais no desenho da rede de assistência à saúde;-Pactuações de prestação de serviços desatualizada;-Municípios da rede distantes do Hospital polo, dificultando o deslocamento da população para o mesmo (ambulâncias municipais em situações precárias).

Fonte: Matriz *SWOT* adaptada de Andrews, Christensen (1961 apud SOUZA et al. 2013) ao Hospital de Alta Complexidade Especializada



6. MATRIZ GUT

A Matriz conhecida como GUT foi criada por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe, especialistas em resoluções de problemas empresariais. Essa matriz auxilia na priorização das resoluções dos problemas, identificando por onde a empresa deve iniciar suas ações. Essa matriz classifica cada problema que os líderes julgam importantes utilizando três critérios: Gravidade, Urgência e Tendência, com suas respectivas probabilidades de piora em um determinado período. Diante dessa classificação, é possível evidenciar o que deve ser priorizado.

MATRIZ GUT						
EIXO TEMÁTICO	PROBLEMAS	G R A V I D A D E	U R G Ê N C I A	T E N D Ê N C I A	G x U x T	P R I O R I D A D E
Atenção primária à saúde	Aumento da demanda pela saúde mental atrelado a dificuldade de Compreensão das atribuições do profissional de saúde.	2	3	3	18	6º
Regulação em Saúde	Falta de raciocínio epidemiológico em Saúde Mental e planejamento.	2	2	2	08	7º
Atenção Especializada	Números insuficientes de profissionais na atenção secundária no âmbito da saúde mental, neurologia e oncologia.	3	3	3	27	5º
	Fragilidade na operacionalização do apoio matricial (Atenção Primária – CAPS);	4	4	4	64	1º
Urgência e Emergência	Falta de qualificação para o atendimento dos pacientes da Saúde Mental no SAMU;	3	3	4	36	4º
Atenção Especializada	Cobertura de CAPS e outros serviços especializados insuficientes para a população do município;	4	3	5	60	2º
Vigilância em saúde	Quantitativo de serviços de saúde mental insuficiente.	4	3	5	60	3º

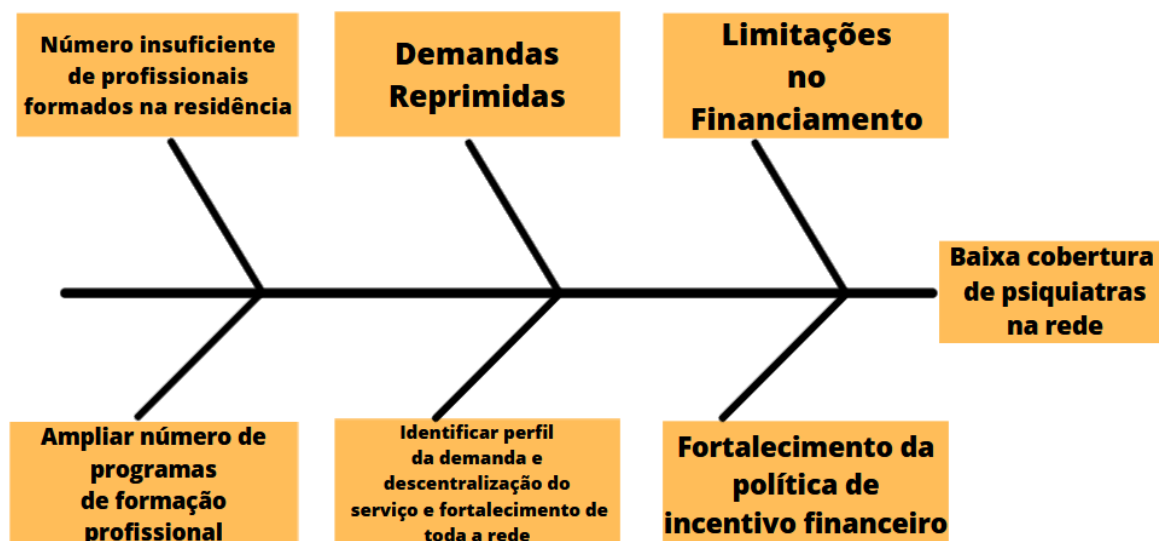
Matriz GUT(Adaptada)

7. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

O Diagrama de Ishikawa, também chamado Espinha de Peixe, é uma ferramenta usada para analisar as causas que levam um processo a um desempenho inadequado. O nome Ishikawa, originou-se do seu criador, Kaoru Ishikawa, desenvolveu a ferramenta através de uma ideia básica: fazer as pessoas pensarem sobre causas e razões possíveis que fazem com que um



problema ocorra, tendo como principal objetivo a visualização de todas as possíveis causas de um problema específico, através das principais entradas do processo.



Fonte: Adaptado de Diagrama de ISHIKAWA(1976 *apud* MARSHALL JÚNIOR *et al.* 2003, p. 105).

7.1. ESCALA SERVQUAL

A escala SERVQUAL mede a qualidade do serviço prestado de acordo com as expectativas do cliente, baseado na percepção que o mesmo tem em relação ao serviço recebido. Com a metodologia SERVQUAL, é possível determinar em que ponto esses gaps se encontram e qual é o seu grau de seriedade” (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014, p. 45). A SERVQUAL utiliza uma escala para medição dos cinco pontos (TAGUCHI; CLAUSING, 1990 *apud* FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010). Avaliando as cinco dimensões da prestação de serviços de qualidade, será descrita a realidade de uma agência transfusional que atende a pacientes internos e externos, na cidade de Manaus.

A confiabilidade dos serviços prestados, é assegurada por meio de avaliações internas semestrais e avaliações externas anuais que integram o “Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede”. O referido programa possui como ferramenta um guia para implementar avaliações nos serviços de hematologia e hemoterapia, adaptado ao ciclo de Deming, sendo esse baseado na avaliação e plano de melhoria, projeto de melhoria e adequação, mobilização e execução, verificação dos resultados, aprendizagem e mobilização para novo ciclo.

O serviço de hemoterapia apresenta capacidade de resposta positiva e em tempo oportuno tendo em vista que ele possui controle de estoque, em períodos regulares, conforme rotina já instituída, com a devida reposição dos produtos mediante a necessidade. Portanto, é garantida a assistência ao usuário do serviço em tempo hábil.



Os hemocomponentes e hemoderivados possuem confidencialidade, pois são codificados durante a doação do sangue total, ficando a identificação do doador, apenas para o Hemocentro regulador. A rastreabilidade e monitoramento do destino dos hemocomponentes distribuídos fica a cargo da Hemorrede.

A confiabilidade é assegurada pois os hemoderivados e hemocomponentes passam por exames sorológicos, imuno-hematológicos e são inspecionados e selecionados com alto rigor de qualidade e, posteriormente identificados para a certeza de uma transfusão segura.

Assegurar assistência personalizada e com perfil individualizado é o que faz com que esse atendimento seja considerado empático, seguindo o princípio da equidade, pressupondo que cada indivíduo receba o atendimento adequado às suas necessidades, qualificando assim a empatia como um sentimento de importante valia para os prestadores do serviço.

Quanto aos aspectos tangíveis do serviço, é necessário definir quais estruturas são indispensáveis para a manutenção do funcionamento do mesmo. Em relação ao parque tecnológico, existem duas necessidades fundamentais quanto aos equipamentos, a inovação, que é a aquisição de equipamentos compatíveis com as práticas mais modernas utilizadas nas agências transfusionais e, em paralelo a isso, deve acontecer a renovação de equipamentos obsoletos substituindo-os por outros mais modernos.

Deve-se enfatizar que de acordo com a legislação vigente é de competência imediata do gestor do serviço a reposição dos equipamentos, bem como a manutenção destes.

8. METODOLOGIA

Trabalho construído em equipe de carácter descritivo qualitativo, baseado em relato de experiências profissionais dos discentes do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES, foi amplamente discutido durante o curso da disciplina de Gestão da Qualidade em Saúde, optou-se por utilizar as ferramentas de gestão da qualidade : matriz GUT, diagrama de Ishikawa, e matriz SWOT. A primeira ferramenta utilizada colaborou na priorização da resolução de problemas por meio de três critérios: gravidade, urgência e tendência, a segunda é uma ferramenta gráfica usada pelo setor administrativo para o gerenciamento e o controle de qualidade em diversos processos que utiliza causas e efeitos para solucionar problemas existentes na unidade analisada e a última é uma técnica de planejamento estratégico utilizada para auxiliar pessoas ou organizações a identificar forças, fraquezas, oportunidades, e ameaças relacionadas à competição em negócios ou planejamento de projetos.

As experiências citadas fazem parte da rotina de trabalho de integrantes da equipe e foram apresentados relatos diferentes, um para cada tipo de ferramenta utilizada no processo



de aprendizagem. As experiências foram: Avaliação da saúde mental de uma cidade do Ceará (Matriz GUT e Diagrama de Ishikawa); e análise da estratégia de qualidade em um hospital do interior do Ceará (Matriz SWOT).

A utilização de ferramentas de gestão possibilita a identificação de gargalos nos serviços e oferece a possibilidade de encontrar soluções adequadas a cada tipo de situação apresentada e identificada. Tornar essas ferramentas conhecidas por toda equipe das unidades onde se pretende implantá-las é fundamental para que se possa tirar o melhor proveito delas e tenhamos os resultados desejados, tais como mudança de comportamento de profissionais, redução de gastos, otimização de recursos, dentre outras.

A partir do relato das experiências individuais foi possível cruzar experiências coletivas, comuns a cada membro da equipe e analisar a viabilidade ou não da utilização de cada uma das ferramentas apresentadas e ainda perceber qual delas melhor se enquadra em cada situação proposta.

O processo metodológico adotado viabiliza a adoção de ferramentas seguras tanto para a gestão quanto para os usuários finais dos serviços de saúde, que têm a garantia de que os serviços oferecidos por um determinado prestador, estão dentro de padrões de qualidade nacionais e internacionais e que podem assegurar-lhe a melhor opção de tratamento para seu problema.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fica evidente que a qualidade é um dos principais fatores críticos quando aborda a satisfação do cidadão. Cada vez mais as unidades de saúde buscam metodologias, ferramentas e estratégias da qualidade para garantir que seu serviço seja satisfatório ao que o usuário precisa e busca.

As ferramentas da qualidade aplicadas ao estudo em questão e que podem ajudar a tornar a unidade detentora de um padrão de atendimento que busque alcançar a excelência, estabelecendo uma melhoria contínua, alavancando os resultados e reduzindo desperdícios que possam estar ocorrendo nos seus processos foram: Matriz GUT, Diagrama de Ishikawa, FMEA, SERVQUAL e SWOT. Desta forma, estas ferramentas foram aplicadas no estudo para contribuir com sugestões de melhoria aos processos e serviços a fim de fazer uma boa gestão da qualidade total.

A FMEA e a GUT mostraram as ações que precisam de priorização, o diagrama de Ishikawa possibilitou a análise das causas que acometem a baixa cobertura de psiquiatras na rede essencial para aplicação de ações de mudança para solução da problemática. A análise SWOT



aplicada ao Hospital de Alta Complexidade Especializada é uma grande possibilidade de desenvolvimento de objetivos mais reais à realidade e ponto importante para o processo de planejamento estratégico da qualidade.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela qualidade nos serviços de saúde deve ser um processo contínuo, que envolva todos os profissionais da unidade, quer administrativos ou profissionais de saúde propriamente ditos. Nesse processo, é preciso perceber que há várias ferramentas utilizadas para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos à população e que cada gestor tem condições de utilizar aquela ou aquelas que melhor se adaptem à sua realidade local, levando em consideração questões estruturais e o tipo de serviço prestado.

A escolha da ferramenta certa é o primeiro passo para garantir o êxito na implantação da qualidade total no serviço de saúde. Outro ponto fundamental é a realização constante de treinamentos e avaliações junto à equipe de trabalho para assegurar que todos compreenderam a nova metodologia de trabalho e que estão pondo-a em prática conforme orientações dos gestores.

Durante o processo de avaliação, caso sejam observados pontos de dificuldade para a obtenção das metas estabelecidas, deve-se atuar junto à equipe para que se estabeleça um novo fluxo de trabalho e se possa assegurar as condições adequadas à implantação das mudanças necessárias. Neste contexto, a SERVQUAL foi aplicada ao serviço de hemoterapia que possibilitou mostrar como a metodologia pode ser aplicada na análise das questões de confiabilidade, confidencialidade, empatia e aspectos tangíveis do serviço. As sugestões para estudos futuros é ampliar a aplicação da SERVQUAL com o uso da escala de Likert.

REFERÊNCIAS

- BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie A. **A excelência em serviços**. São Paulo: Saraiva, 2014.
- BOLIGON, J. A. R.; GODOY, L. P. ; MEDEIROS, F. S. B. Balanced Scorecard: estratégia de gestão vinculada à melhoria da qualidade organizacional. **Revista Geintec**, v. 4, n. 3, p. 1228-1243, 2014. Disponível em: <<http://www.revistageintec.net/portal/index.php/revista/article/view/360>>. Acesso em: 03 set. 2017.
- BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1055-1068, mar., 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473038>>. Acesso em: 03 set. 2017.
- BURMESTER, H. **Gestão da Qualidade Hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.



- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <http://search-ebshost-com.ez76.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16279964&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação**. 6ª.ed. Porto Alegre. Bookman, 2010.
- GRABAN, Mark. Hospitais Lean [recurso eletrônico] : melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários / Mark Graban; tradução: Raul Rübenich. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Bookman, 2013. ISBN 978-85-8260-007-8
- KAPLAN, S.; NORTON, D. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- LUCINDA, M. A. **Qualidade: Fundamentos e práticas para cursos de graduação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.
- SOUZA, Luis Paulo Souza et al. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 1911-1921, 2013.
- TORRES, M. C.; TORRES, A. P. **Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.



CAPÍTULO XII

EXPERIÊNCIAS NA BUSCA DE MELHORIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM APLICAÇÃO DE CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE

DOI: 10.51859/AMPLLA.GQS072.1122-12

Francimones Rolim de Albuquerque
Francisca Airlene Dantas e Silva
Francisco Silvan Magalhães Moreira
Pedro Henrique de Oliveira Coelho
Thiago Ibiapina Coelho
Cora Franklina do Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como prerrogativa compilar as atividades realizadas na Disciplina Gestão da Qualidade em Saúde. Na referida disciplina foram tratados os seguintes temas: Metodologias e Ferramentas da Qualidade para solução de problemas e processos; Qualidade com aplicação do SERVQUAL e MEG-SAÚDE; Metodologia LEAN TO HEALTH CARE; Análise de modo, causa e efeito (FMEA).

O conceito de qualidade aplicado a cuidados à saúde é, na prática, abordado em termos de um conjunto de atributos desejáveis. Donabedian (1990) propõe sete atributos, por ele chamados de pilares de qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Diante da atual conjuntura do sistema único de saúde, notadamente o financiamento para sua manutenção, é imprescindível trabalhar a gestão da qualidade em saúde, procurando otimizar recursos financeiros, tempo, pessoal e social.

O objetivo geral foi descrever relatos de experiência com as contribuições de profissionais da saúde nas melhorias do serviço de saúde. Os específicos foram identificar as ferramentas adequadas às unidades de saúde na busca de melhorias e compartilhar experiências na busca de melhorias dos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

Trabalho do tipo qualitativo e descritivo realizado durante o Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, na disciplina Gestão da Qualidade em Saúde, no período de 03 a 05 de fevereiro de 2022. Trata-se do consolidado de todas



as atividades relacionadas às práticas de gestão da qualidade desenvolvidas por um grupo de profissionais da saúde e acadêmicos da disciplina.

Com o objetivo de compor a seção dos resultados foi utilizado como instrumento de análise os 4 componentes da qualidade e os 7 pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1986, 1990). Para tanto, o estudo teve por metodologia a aproximação da teoria com as práticas nos ambientes de trabalho.

3. RESULTADOS

A análise dos resultados foi elaborada com base nos componentes da qualidade que envolvem o gerenciamento técnico, gerenciamento de relacionamento, acolhimento do atendimento e os princípios éticos na conduta da assistência (DONABEDIAN, 1986, p. 6). No Quadro 1 foram apresentados os resultados comparativos entre teoria e prática.

3.1. COMPONENTES DA QUALIDADE NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Quadro 1: Componentes da qualidade

Gerenciamento técnico da saúde e da doença	Monitoramento dos indicadores de assistência, como de morbimortalidade, taxa de alta hospitalar, taxa de permanência e outros indicadores que a equipe assistencial elenca como importantes como por exemplo: incidência de escaras, infecções de dispositivos como cateteres centrais e sondas vesicais.
Gerenciamento do relacionamento interpessoal entre os prestadores de cuidados e seus pacientes	Quanto a comunicação interpessoal, uma ouvidoria atuante contribuirá para garantir a satisfação dos usuários e uma comunicação efetiva entre a equipe e paciente/família.
As comodidades do atendimento	A educação permanente da equipe contribuirá para melhoria dos serviços e assistência prestada.
Princípios éticos que regem a conduta em geral e a empresa de assistência médica em particular	Os princípios éticos devem nortear todo o trabalho assistencial da equipe, garantindo os direitos do paciente/família.

Fonte: DONABEDIAN (1986, p. 6).

A partir dos resultados descritos no quadro 1 foi possível verificar que os quatro componentes da qualidade estão presentes nas práticas dos 3 profissionais de saúde que relatam suas experiências.

3.2.3.2 PILARES DA QUALIDADE NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E A VISÃO DE DONABEDIAN (1990)

Os sete Pilares de Donabedian (1990) para qualidade foram relacionados às práticas dos profissionais de saúde e apresentam associações importantes no sentido de configurar a



qualidade nas atividades exercidas em ambientes hospitalares. Os pilares relacionados foram: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A eficácia está associada as condições oferecidas por meio do serviço de saúde que efetivamente produzam efeitos positivos em um tratamento. No caso dos profissionais selecionados, a eficácia está diretamente relacionada à estrutura física existente, aos equipamentos, ao pessoal, aos insumos e aos materiais para se alcançar um produto que pode ser a recuperação e reabilitação do paciente, alta hospitalar. A percepção indica na visão de Donabedian (1990) que a eficácia na saúde reúne as melhores condições em termos de equipamentos, estruturas, processos e melhores soluções ao tratamento de pacientes.

A efetividade é o resultado de melhora visível de um paciente depois de submetido a um tratamento de saúde com utilização dos recursos disponíveis. Uma situação rotineira no ambiente hospitalar que são as altas dos pacientes após períodos de internação. Alguns pacientes recebem alta e permanecem com sequelas oriundas de falhas nos processos assistenciais, como extubação acidental e úlcera por pressão, gerando um custo adicional, e podendo ser permanente esse custo ao SUS no caso das sequelas irreversíveis. Paciente recebeu alta, mas faltou efetividade na condução do caso, haja vista, o comprometimento da qualidade de vida do paciente e do custo gerado para o SUS na reabilitação do mesmo após a alta. "O julgamento da qualidade varia também de acordo com o nível de análise. Os profissionais de saúde preocupam-se com o bem-estar de seus pacientes, e os pacientes preocupam-se com sua própria saúde e bem-estar" (DONABEDIAN, 1986, p.6).

A eficiência está em utilizar os métodos certos, inovadores ao tratamento do paciente sem desperdício e riscos desnecessários na ausência de comprovação científica dos cuidados ao paciente. Os profissionais de saúde relataram na pesquisa que é fundamental trabalhar tecnologias inovadoras, processos de trabalho com implantação de protocolos e educação permanente diante do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde – SUS e da instabilidade do mercado no fornecimento de insumos e medicamentos e ao mesmo tempo garantir a assistência ao paciente sem prejuízos.

Otimização é uma busca pela relação investimento-benefício gerado ao paciente em uma proposta de melhoria contínua. A empresa deve criar um ambiente de inovações nos processos a fim de melhorar a relação. No relato dos profissionais de saúde utilizaram um exemplo das atividades das UTIs, que é a troca de curativo de acesso central recomendaram o uso do material película transparente e impermeável de proteção prolongada, apesar de investimento maior para aquisição, apresenta menor risco de infecção, otimiza o tempo dos profissionais



porque a troca não é diária e sim semanal, menor manipulação do paciente, e garante a finalidade que o curativo tradicional poderia proporcionar.

A “aceitabilidade do paciente e da família precisam ser receptivos ao tratamento de saúde proposto. O profissional da saúde precisa se relacionar bem com o paciente e sua família para alcançar a confiança e engajamento ao tratamento proposto” (DONABEDIAN, 1986, p.6). Os pacientes diagnosticados como paliativos sem prognóstico, e a família não aceita a conduta médica/tratamento proposto, exigindo procedimentos invasivos para prolongar a vida do mesmo. É importante as unidades possuírem comissão de palição para sensibilizar a família quanto ao tratamento proposto.

“A legitimidade é caracterizada quando a instituição de saúde alcança o respeito da sociedade em determinada especialidade” (DONABEDIAN, 1986, p.6). A legitimidade das instituições de saúde ocorre pelo poder de resolução dos agravos/doenças e pela oferta de serviços. Como exemplo hipotético alguns hospitais são legitimados porque alcançam o respeito da sociedade em algumas cidades. Em Fortaleza há hospital referência de queimados e trauma, hospital com atendimento dos acidentes vascular cerebral e clínicos, hospital de urgências cardiopulmonares e transplante cardíaco em âmbito nacional.

“A equidade é a premissa que orienta o tratamento igual para todos os pacientes em instituições de saúde. As instituições de saúde devem desenvolver, implantar e implementar políticas justas aos pacientes” (DONABEDIAN, 1986, p.6). A regulação é uma importante ferramenta que trabalha equidade no Sistema Único de Saúde – SUS, onde os pacientes são regulados de acordo como quadro clínico apresentado no sistema, conforme o grau de prioridade.

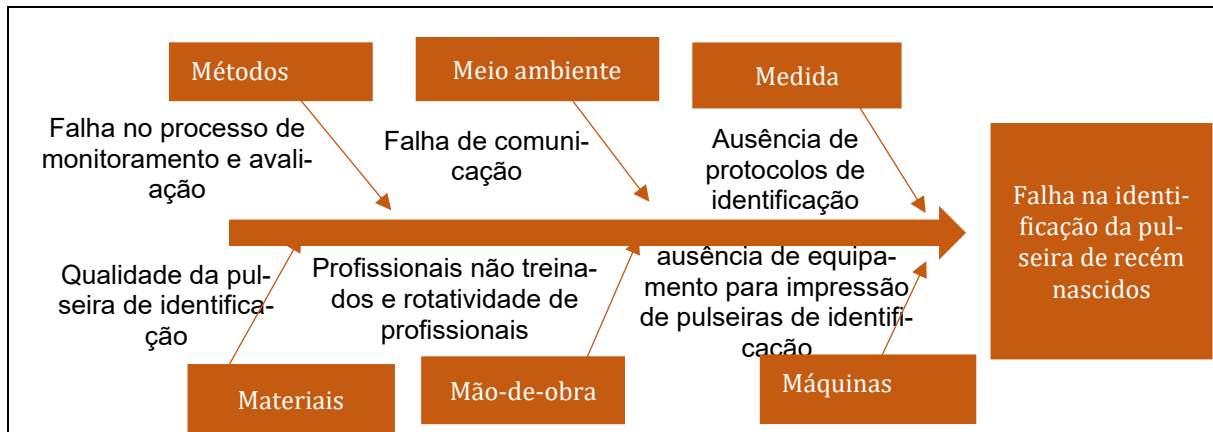
4. METODOLOGIAS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE PARA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS E PROCESSOS

4.1. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

O diagrama de causa e efeito é uma ferramenta para entender um possível problema a partir da identificação das suas causas (ISHIKAWA, 1976 apud MARSHALL JÚNIOR; CIERCO, ROCHA, MOTA LEUSIN, 2008). Para tanto, foi escolhida para análise da identificação dos recém-nascidos.



Figura 1: Diagrama de Ishikawa



Fonte: Adaptado de Ishikawa (1979 apud MARSHALL JÚNIOR et al 2003) pelos autores.

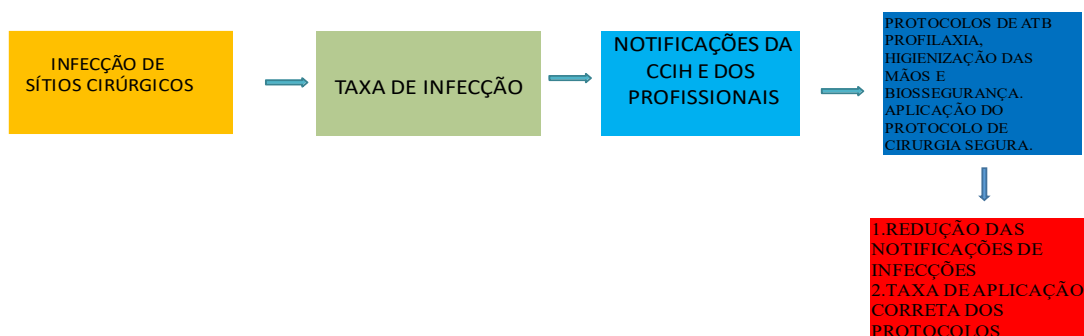
Os pesquisadores utilizaram para análise a ferramenta de causa e efeito para trabalhar a identificação dos recém-nascidos de partos ocorridos em maternidades, garantindo segurança na identificação correta dos bebês nas unidades.

A partir da análise a falha da identificação dos recém-nascidos é ocasionada por profissionais não-treinados, rotatividade de profissionais, falha de comunicação, falta de qualidade da pulseira de identificação, ausência de protocolos de identificação e falha no processo de monitoramento conforme descrito na Figura 1.

4.2. FERRAMENTA DMADV

Utilizou-se a metodologia que representa o acrônimo DMADV: Definir (Define); Medir (Measure); Analisar (Analyze); Desenhar (Design); Verificar (Verify) para trabalhar o controle das infecções cirúrgicas hospitalares. Essa ferramenta apoia a análise de resolução de problemas e define objetivos de melhoria de processo interrelacionada à demanda e à estratégia organizacional.

DMADV



4.3. FERRAMENTA 5W2H

A ferramenta 5W2H representa uma indicação para colaboração no mapeamento de processos “... é uma ferramenta para elaboração de planos de ação que, por sua simplicidade, objetividade e orientação à ação, tem sido muito utilizada em Gestão de Projetos, Análise de Negócios, Elaboração de Planos de Negócio, Planejamento Estratégico” (LAUTENCHLEGER; FLECK; STAMM, 2015, p. 5).

Sua aplicação consiste em realizar questões que orientam sobre a condução do processo (MARSHALL JÚNIOR et al, 2008). O 5W2H é o acrônimo para as seguintes questões: “why? (por que?) what? (o que?) who? (quem?) Where?(onde?) When? (quando?), how? (como?) How Much? (quanto custa?)” (MARSHALL JÚNIOR et al, 2008, p. 113).

Utilizaremos essa ferramenta para trabalhar a Informatização de Unidades Básicas de Saúde da Família, conforme quadro 2.

Quadro 2 - 5W2H

What (o que) O que será feito? (etapas)	Informatizar as unidades básicas de saúde da família.
Why (por que) Por que será feito?	Ampliar acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde Análise e acompanhamento real de indicadores de saúde Otimizar o tempo dos profissionais de saúde
Where (onde) Onde será feito? (local)	Nas Unidades Básicas de Saúde da Família
When (quando) Quando será feito?	Durante o ano de 2022
Who (quem) Por quem será feito?	Gestão da Secretaria de Saúde Municipal
How (como) Como será feito (método)	Por meio de processo licitatório para a aquisição de equipamentos de informática
How Much (quanto custará fazer?)	Fazer contação eletrônica

Fonte: Adaptado de Marshall Júnior et al, 2008 pelos autores

5. QUALIDADE COM APLICAÇÃO DA SERVQUAL

A SERVQUAL é um “instrumento para medir a percepção dos clientes relativa à qualidade em serviços” (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014, p.33).

confiabilidade (a capacidade do departamento de compras de realizar o serviço prometido de forma confiável e precisa), responsividade (a vontade do departamento de compras em ajudar os clientes internos e fornecer serviço rápido), segurança (o conhecimento e cortesia do departamento de compras). funcionários do departamento e sua capacidade de transmitir confiança), empatia (o cuidado e atenção individualizada que o departamento de compras oferece aos clientes) e tangíveis (a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação do departamento de compras) (PARASURAMAN, 1985, 1988, apud HEMSWORTH, 2016, p. 133).



A SERVQUAL foi utilizada neste estudo como elemento de análise da qualidade do serviço em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Na qual foram avaliadas as dimensões de confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e elementos tangíveis.

A confiabilidade demonstrada por meio do cuidado ao paciente grave, com resultados através de bons indicadores como a mortalidade relativa dentro do esperado e baixo índice de infecções relacionados a assistência à saúde.

Quanto a responsividade podemos demonstrar em uma acessibilidade ágil a um leito de UTI de um paciente crítico. Infelizmente, esse quesito não é realidade na maioria dos serviços no Brasil. E quando o paciente está interno na unidade, caso necessite de alguma intervenção urgente a equipe está de prontidão, treinada e com suporte adequado.

Na UTI há garantia do sigilo médico quanto às informações referentes ao quadro do paciente, inclusive no pós-morte.

O plano terapêutico individualizado faz parte da rotina das UTI's, entendendo o paciente como um indivíduo único e em todos os seus aspectos incluindo o apoio psicossocial e à família.

Na UTI são importantes os aspectos de higienização do ambiente, dos enxovais, luminosidade, inclusive a natural, manutenção de equipamentos, locais para acolher a família, repouso para os profissionais e copa são aspectos que influenciam na assistência ao paciente, na sua recuperação e no trabalho da equipe multiprofissional.

6. PRINCÍPIOS DA GESTÃO LEAN

“O lean é um conjunto de ferramentas, um sistema de gestão e uma filosofia que podem mudar a forma pela qual os hospitais são organizados e administrados” (GRABAN, 2013, p.3) . Para a descrição dos Princípios da Gestão Lean utilizaremos como exemplo o Agendamento da Vacinação Contra a COVID 19 na Plataforma Saúde Digital.

No que se refere ao princípio e fluxo de valor a satisfação do usuário é percebida através da facilidade do agendamento, já que o mesmo pode fazer na comodidade do seu lar, na simplicidade do uso do aplicativo – de fácil acesso e do tempo de espera reduzido em virtude de já está com hora agendada. Quanto ao Princípio do Fluxo Contínuo identificamos a otimização do tempo dos profissionais de saúde envolvidos no processo de vacinação, bem como o tempo de espera dos usuários.

No que diz respeito ao princípio produção puxada visualizamos que a vacinação do cidadão é garantida no momento do agendamento. O Princípio da Perfeição é verificado quando através do agendamento existe um planejamento da equipe no que se refere ao dimensionamento de pessoal, insumos e imunobiológicos.



Diante da descentralização da Plataforma Saúde Digital para todos os municípios do estado do Ceará, podemos garantir que promoveu fluidez ao processo de vacinação, tornando as atividades mais precisas e eficientes, promovendo satisfação ao usuário e evitando desperdícios.

A *Failure Mode and Effects Analysis - FMEA* é uma ferramenta que tem por objetivo analisar os modos e efeitos de falhas. “Trata-se de uma ferramenta prospectiva de avaliação de risco usada para reduzir os erros, melhorar a segurança do paciente e a integralidade do cuidado humanizado em ambientes de saúde que adotam o pensamento enxuto” (COSENZA et al., 2021, p. 6). Após a utilização da FMEA as ações para garantia de Cirurgia Segura da Unidade Hospitalar, conforme quadro 3.

Quadro 3: Garantia de Cirurgia Segura na Unidade Hospitalar

ETAPAS DO PROCESSO	MODO DE FALHA	CAUSAS DE FALHA	EFEITOS DE FALHA	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	GRAVIDADE	RPM	AÇÕES PARA REDUZIR A OCORRÊNCIA DE FALHAS
1	Identificação Incorreta do procedimento cirúrgico	Falta de atenção; Não realizar o check list com dupla checagem	Realização do procedimento incorreto do que foi programado	5	3	9	135	Realização obrigatória do check list de cirurgia segura; Uso obrigatório da pulseira de identificação;
2	Erro na lateralização do Procedimento cirúrgico	Falta de Identificação do lado correto da cirurgia	Iatrogenia no paciente	3	2	9	54	Obrigatoriedade de identificação do local cirúrgico antes do procedimento; Registro correto no prontuário do paciente.
3	Infecção do sítio cirúrgico	Não profilaxia ATB; assepsia e antisepsia incorreta	Aumento da morbimortalidade	7	3	9	189	Lavagem das Mãos, uso correto dos EPI's, funcionamento padrão da CME, uso dos protocolos.

Fonte: Adaptado de Cosenza (2021)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos apresentados, pode-se observar que a gestão da qualidade em saúde desempenha um papel primordial, quando usa ferramentas sempre de forma rígida e criteriosa que promovem o aprimoramento das atividades nas organizações.

Os usuários estão cada vez mais conscientes e, portanto, mais exigentes nas suas expectativas quanto a produtos ou serviços ofertados, não aceitando mais serem prejudicados por causa de decisões tomadas de forma unilateral pelo prestador.

Dessa maneira, conclui-se que toda e qualquer organização deve se conscientizar e realizar a gestão de qualidade em suas várias instâncias: seja para corrigir eventuais falhas em um



sistema já existente, criar formas de controle, para estar legalizada com o seu funcionamento junto aos órgãos responsáveis pelo setor ou melhorar a sua imagem perante os usuários, principal foco de qualquer entidade de saúde.

REFERÊNCIAS

- BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie A. **A excelência em serviços**. São Paulo: Saraiva, 2014.
- COSENZA et al. HFMEA. Uma alternativa para a gestão de risco. **Revista Lean na UPAS**. Universidade Federal Fluminense. LabDGE (Laboratório de Design Thinking, Gestão e Engenharia Industrial). V.2, n.5 (abr. 2021). Rio das Ostras, RJ: Universidade Federal Fluminense, 2021
- DONABEDIAN, Avedis. Quality assurance in our health care system. **Quality assurance and utilization review**, v. 1, n. 1, p. 6-12, 1986.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: <http://search.ebscohost-com.ez76.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2241519&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- GRABAN, Mark. **Hospitals Lean**. Available from: VitalSource Bookshelf, (2nd Edition). Grupo A, 2013.
- HEMSWORTH, D. An Empirical Assessment Of The EFQM Excellence Model In Purchasing. **International Business & Economics Research Journal (IBER)**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 127-146, 2016. DOI: 10.19030/iber.v15i4.9715. Disponível em: <https://www.clutejournals.com/index.php/IBER/article/view/9715>. Acesso em: 29 jul. 2022.
- LAUTENCHLEGER, Eliezer Paulo; FLECK, Diogo; STAMM, Pablo Rubens. Ferramentas da Qualidade: uma abordagem conceitual. **Semana Internacional de Engenharia e Economia - FAHOR**. 20 a 22 de Outubro de 2015, Horizontina, RS, Brasil.
- MARSHALL, Junior. Isnard. **Gestão da Qualidade**. Isnard Marshall Júnior, Agliberto Alves Cierco, Alexandre Varanda Rocha, Edmarson Bacelar Mota, Sérgio Leusin.-9. ed.-Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.



POSFÁCIO

O livro **GESTÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE: CONCEITOS E FERRAMENTAS DA QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO E PRÁTICAS EM GESTÃO EM SAÚDE** trouxe conteúdos com aplicações práticas hipotéticas e reais resultantes das vivências teóricas e práticas de estudantes de um mestrado em gestão em saúde e em suas atuações no cotidiano da saúde a partir da participação dos discentes na disciplina da Gestão da Qualidade em Saúde.

Com uso de metodologias mediadas pelo computador, ferramentas da qualidade e os conhecimentos trazidos pelos estudantes este livro proporciona ao leitor, de forma didática e prática, meios para entender a qualidade, aplicar ferramentas de análise da qualidade e metodologias na prática.

O conteúdo da obra é um norteador para práticas pedagógicas em gestão em saúde e inspiração para ações práticas de aplicação de conceitos, ferramentas e estratégias da gestão da qualidade nos ambientes ligados em gestão em saúde. Essas práticas podem salvar vidas, promover mais saúde física e mental aos usuários desse serviço, além de promover justiça social.

Neste olhar desejamos que os profissionais em gestão em saúde possam desfrutar de uma leitura didática e tornar essa obra como fonte de inspiração às suas atuações no âmbito da saúde física e mental.

Cora Franklina do Carmo Furtado



SOBRE OS ORGANIZADORES

CORA FRANKLINA DO CARMO FURTADO

Formada em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Ceará (1990), Mestre em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e Doutora em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza (2016). Atualmente atua na Vice-Coordenação dos Cursos de Administração e Coordenação do Curso de Administração Pública modalidade EAD da Universidade Estadual do Ceará. É Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Gestão e Saúde. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração, atua principalmente nos seguintes temas: administração, administração pública, empreendedorismo, qualidade e cultura de consumo.

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Pós - Doc. em Saúde Coletiva pela Unicamp. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista de produtividade CNPq 1B. Tem experiência na área de Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, enfermagem, representações sociais, mulheres e cuidados de enfermagem, saúde coletiva, avaliação, produção do Cuidado e Gestão do Cuidado. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, na Universidade Estadual do Ceará - UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq e Emérita da Universidade Estadual do Ceará.

DAMIÃO MAROTO GOMES JUNIOR

Possui graduação em Odontologia pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI (2009); especialização em Implantodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic (2012); e especialização em Ortodontia pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Ortodontia - CEPO (2017). Atuou como cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família e em clínica privada entre 2010 e 2020, com experiência em clínica geral, reabilitação com implantes osseointegráveis e tratamento ortodôntico nas técnicas de Straigh Wire, MEAW-GEAW e alinhador estético. Desde março de 2021 exerce o cargo de diretor-geral do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Crato. Outras passagens pela gestão pública: coordenador municipal de saúde bucal e secretário municipal de saúde (2017). Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira e Advogada. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre (1999) e Doutora (2003) em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP, 2012). Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq desde 2009. Vice Coordenadora do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE (2022-2024). Coordenadora do Mestrado Profissional Gestão em Saúde da UECE (2022-2024). Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1A. Consultora Ad hoc de vários periódicos. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, Saúde pública-Saúde coletiva, Pesquisa quantitativa em saúde, Epidemiologia, Doenças crônicas (hipertensão e diabetes), Adesão terapêutica, Tecnologias, Covid-19, Coronavírus.



SOBRE OS AUTORES

ALAÍDE MARIA RODRIGUES PINHEIRO

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (1996). Especialista em Hematologia e Hemoterapia; responsável técnica do Hemocentro Regional de Sobral (Hemoce); Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Centro Universitário UNINTA. Responsável técnica pelas agências transfusionais da SCMS e Hospital Regional Norte (HRN). Experiência na área de Medicina, com ênfase em Hematologia, atuando principalmente nos seguintes temas: anemia falciforme e aloimunização. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

ALINE MARIA OLIVEIRA LOUREIRO

Graduada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem. Membro da Equipe de Transplante Hepático do Hospital Geral de Fortaleza no período de 2009 a 2017. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

ÁLVARO DE PAULA CAVALCANTE

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em 2015. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em 2017. Anestesiologista formado pelo Instituto Doutor José Frota, com conclusão em fevereiro de 2021. Experiência em unidade de terapia intensiva e eixos críticos hospitalares e de unidades de pronto atendimento. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

ANA ELIZÂNGELA DO MONTE ALMEIDA

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de Fortaleza (2003). Pós-graduada em Fonoaudiologia Hospitalar com Enfoque em Disfagia pela Faculdade de Tecnologia do Ceará (FATECI). Experiência na área de Fonoaudiologia Hospitalar e Coordenação de Fonoaudiologia do Hospital Regional Unimed Fortaleza através da Empresa Fonovida - Serviços de Fonoaudiologia. Formação em Analista de Acreditação em Saúde, concluindo MBA em Gestão e Governança Clínico-Hospitalar. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

ANA LÚCIA CARVALHO FURTADO

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte (2009). Enfermeira do Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. UNIVERSIDADE ATENEU - UNIATENEU. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Unidade de Terapia Intensiva, Urgência e Emergência, Gestão Hospitalar e Docência em Preceptoria. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

ANAZIRA LIMA DE SALES FEITOSA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1992). Especialização em Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú -UVA e Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional - CEQUALE. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.



ANDRÉA PARENTE CAMELO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú(1997). Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal do Maranhão(2002) e especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará(2001). Atualmente é Enfermeira Coordenadora da Emergência do Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará

ARILDO SOUSA DE LIMA

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1999). Especialização em Psiquiatria pela Faculdades Unidas do Norte de Minas (2017), especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (2000), pós-graduação em Psicopatologia e Dependência Química pela Universidades in Company de São Paulo (2019), residência-médica pela Universidade Federal do Ceará (2005), Curso de Formação de Multiplicadores em Urgência e Emergência em Saúde Mental pelo Ministério da Saúde (2021) e Curso Introdutório em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (1999). Atualmente é médico do Programa Saúde da Família (PSF) da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria. Atuando principalmente nos seguintes temas: Pediatria, Saúde da Criança. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

ARTEMISA SALDANHA DE MENEZES FORTES

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (2007). Coordenadora de Experiência do Paciente na Unimed Fortaleza. Especialista em Gestão de Serviços em Saúde pela Unifor (2019-2020). Especialista em Gerontologia pela Ateneu (2012). Possui ainda experiência em Coordenação de atendimento e Gestão de atendimento Domiciliar liderando equipes multidisciplinares. Atuando principalmente nos seguintes temas: serviço social, comunicação e atendimento domiciliar. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará

AURELINA CEDRAZ DE CARVALHO

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2014). Especialização em Saúde Mental pela UECE (2016). Diretora da Clínica Aurea Cedraz. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica. Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Professor do curso de medicina da Faculdade Estácio/IDOMED de Canindé. Técnico da célula de vigilância epidemiológica de Fortaleza, professor e orientador do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Coordenador de cenários de prática do Centro UniAteneu. Ex-assessor técnico da OPAS para o COVID-19 no Estado do Ceará. Ex-coordenador da Coordenadoria de política de saúde mental, álcool e outras drogas do Estado do Ceará, professor visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará. Na pesquisa atua e orienta nas áreas de saúde coletiva, vigilância epidemiológica, saúde mental e gestão em saúde.



ANA SÁSKYA VAZ DE ARAÚJO

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de Fortaleza (1994). É coordenadora do Centro Inclusivo para Atendimento e Desenvolvimento Infantil (CIADI) da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará e presta assessoria técnica à Organizações da Sociedade Civil. Experiência em gerenciamento, elaboração de Projetos Sociais e captação de recursos. Experiência no terceiro setor e órgão público. Capacidade de liderança (coordenação de grupos de mulheres e jovens, formação de grupo produtivo e educação de adultos); habilidade na facilitação de trabalhos em grupo; experiência em gestão social, gestão de projetos, planejamento participativo. Participou, sendo delegada em 2006, da I Conferência Nacional de Economia Solidária, e no trabalho de Política de Proteção à Criança e ao Adolescente. Na Coordenação da Associação Familiar do Parque Água Fria foi auditada pelas empresas BDO/TREVISAN Auditores Independentes e Ernest & Young Terco. No setor público atuou como Orientadora de Células das Coordenadorias de Empreendedorismo - COEMP e da Promoção do Trabalho e Renda- CPTR, da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social-STDS do Estado do Ceará e Orientadora da Célula de Fonoaudiologia do Departamento de Saúde e Assistência Social da Assembleia Legislativa do Ceará. Atuou como fonoaudióloga no Hospital da Polícia Militar do Ceará na implementação do setor, acompanhamento a pacientes de leito, avaliação, diagnóstico e habilitação de pessoas com patologias fonoaudiológicas; bem como na clínica Novo Sete na avaliação, diagnóstico, habilitação e acompanhamento de pessoas deficientes. Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

ANTÔNIO AUGUSTO FERREIRA CARIOCA

Graduado em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (2011). Mestre em Ciências (2014), área de concentração Nutrição em Saúde Pública. Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2017). Faz parte dos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas pela UECE e Grupo de Estudos Epidemiológicos e Inovação em Alimentação e Saúde pela FSP-USP. Possui expertise em Nutrição Humana e Epidemiologia, com avaliação das interações dieta-doença. Atualmente, exerce atividade de docência na Universidade de Fortaleza. Professor dos programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UNIFOR) e Nutrição e Saúde (UECE)

CARINA NOGUEIRA DIÓGENES

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2012). Experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia, Psicologia clínica e Equoterapia. Pós-Graduação e MBA em Gestão Estratégica de Pessoas na Fundação Getúlio Vargas- FGV (2018). Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

CAROLINA BUENOS AIRES CABRAL TAVARES

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (2004), residência médica e em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Ceará (2007) e título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia aprovado pela AMB e FEBRASGO(2007). Atualmente é médica ginecologista e obstetra cooperada da UNIMED Fortaleza, médica do PSF da Prefeitura Municipal de Fortaleza e participa do Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal da Regional III de Fortaleza. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD

Pós-doutorado em Saúde Coletiva, Doutora em Ciências Farmacêuticas, Mestre em Ciências Fisiológicas, Especialista em Gestão pública de Saúde. Farmacêutica com Habilidade em Análises Clínicas pela Universidade Federal do Ceará. Possui experiência em farmácia clínica e comercial; sistema nervoso central;



dor e analgesia; saúde coletiva. Professora universitária com expertise em Imunologia Clínica, Farmacognosia, Farmacologia Atua principalmente, nos seguintes temas: Epidemiologia da Saúde da Criança e do Adolescente, Educação e Profissionais de Saúde.

CLÉCIA REIJANE LUCAS DE OLIVEIRA BOECKER

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2004). Especialista em Gestão Hospitalar (2019) e em Enfermagem em UTI - Unidade de Terapia Intensiva (2020) pela Faculdade Batista de Minas Gerais. Atualmente é enfermeira do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Gerenciamento em saúde, Regulação de Pacientes e em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

CORA FRANKLINA DO CARMO FURTADO

Formada em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Ceará (1990), Mestre em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e Doutora em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza (2016). Atualmente atua na Vice-Coordenação dos Cursos de Administração e Coordenação do Curso de Administração Pública modalidade EAD da Universidade Estadual do Ceará. É Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Gestão e Saúde. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração, atua principalmente nos seguintes temas: administração, administração pública, empreendedorismo, qualidade e cultura de consumo.

DAMIÃO MAROTO GOMES JÚNIOR

Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI (2009); especialização em Implantodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic (2012); e especialização em Ortodontia pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Ortodontia - CEPO (2017). Atuou como cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família e em clínica privada entre 2010 e 2020, com experiência em clínica geral, reabilitação com implantes osseointegráveis e tratamento ortodôntico nas técnicas de Straight Wire, MEAW-GEAW e alinhador estético. Desde março de 2021 exerce o cargo de diretor-geral do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Crato. Outras passagens pela gestão pública: coordenador municipal de saúde bucal e secretário municipal de saúde (2017). Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

ELAINE GOMES BÔTO

Graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário UNINTA (2011). Especialização em: Seguridade e Serviço Social pelo Centro Universitário UNINTA (2012), Gestão em Políticas Públicas pelo Instituto de Formação Superior do Ceará, IFESC (2016), Gestão em Saúde Pública pela Faculdade da Região Serrana FARESE (2021). Assistente Social com atuação técnico-operativa no campo das Políticas Públicas, com experiência na Política de Assistência Social, Serviço Social no âmbito empresarial, no espaço sócio-ocupacional hospitalar e docência. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará

EVELINE LIMA MAIA

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (1996). Especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela UNIFOR. Especialização em Psicomotricidade pela UECE. Título de Especialista em Fisioterapia Respiratória pela ASSOBRAFIR. Especialização em Preceptoria em Saúde pela UFRN. Fisioterapeuta do Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, concursada pela SESA. Fisioterapeuta do



Hospital Universitário Walter Cantídio, concursada pela EBSEH. Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

ELAYNE CRISTINA APOLIANO DOS SANTOS

Graduada em Enfermagem no Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) em 2012. Especialista em Gestão de Centro de Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú. Experiências Acadêmicas: Interna de Enfermagem no Hospital UNIMED de Sobral e Centro de Saúde da Família Leda Prado IV (2012); Experiência Profissional: Preceptora de enfermagem para o curso técnico de enfermagem do Centro Integrado de Educação Profissional (CIEP) no Hospital Chagas Barreto em Meruoca - Ceará (2013); Preceptora do Curso Técnico de Enfermagem no Hospital Municipal de Coreaú - Ceará (2013); Experiência em sala de aula durante um ano ministrando aula para o curso técnico de enfermagem do Centro Integrado de Educação Profissional (CIEP); Gerente no Centro de Saúde da Família Jose David Aragão - Caiocá no município de Sobral - CE (2015); Enfermeira Assistencial no Centro de Saúde da Família em Sobral; Atuando na vigilância epidemiológica do município de Sobral. Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

GEZIEL DOS SANTOS DE SOUSA

Doutor em Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, bacharel em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do quadro permanente do MBA Profissional em Gestão em Saúde da UECE na disciplina de Geotecnologias aplicadas à Gestão em Saúde. Assessor técnico em Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza com enfoque nos temas: análise espacial, geoprocessamento, bioestatística, ciência de dados com foco em sistemas de informação em saúde. cursando Pós-doc na Pós-Graduação em Saúde Coletiva- PPSAC.

GLAUCIA POSSO LIMA

Possui graduação em Nutrição e doutorado em Saúde Coletiva. Atualmente é Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Lotada no Colegiado do Curso de Nutrição. Docente Permanente do Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde e do Curso de Mestrado Profissional Gestão em Saúde. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Processos Formativos e Educação Interprofissional em Saúde e Tecnologias Leves em Saúde.

HELENA ALVES DE CARVALHO

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1976), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1987) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (1996). É professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE), lecionando nesta desde 1980 e é membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE, respondendo pelas disciplinas Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Letramento em Saúde. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE, respondendo pela disciplina Gestão da Clínica em Saúde e Estratégias de Letramento em Saúde. Especialista em Literacia em Saúde na Prática, Métodos, Estratégias e Intervenção, pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), de Portugal. Bolsista de Produtividade CNPq - PQ2, triênio 03/2011-02/2014. É líder do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas. É integrante da International Health Literacy Association (IHLA), da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS). Na REBRALS integra a diretoria executiva e a diretoria científica. Também é membro fundador da Academia Cearense de Saúde Pública (ACESP).



INDARA CAVALCANTE BEZERRA

Farmacêutica pela Universidade de Fortaleza (2004). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2013). Doutora em Saúde Coletiva pelo programa de Pós-Graduação Ampla Associação das Instituições Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR) (2016). Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR (2017-2019). Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - UECE. Docente do Curso de Especialização em Saúde Mental - UECE. Membro do núcleo de pesquisa 'Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem' (CNPq), vinculado à UECE. Membro do grupo de pesquisa "Políticas e práticas na promoção da saúde da mulher", vinculado à UNIFOR. Membro do grupo de pesquisa Cuidados de Enfermagem e Tecnologias em Saúde (CNPq) do Instituto para o Desenvolvimento da Educação. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação em saúde, gestão, tecnologias em saúde, metodologias qualitativas de pesquisa, produção do cuidado, assistência farmacêutica, uso abusivo de drogas, saúde da mulher, saúde do idoso e saúde mental.

FABIANA DE SOUSA ALVES

Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (2007). Atualmente é Diretora de Gestão e Atendimento do Hospital Regional do Cariri / Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, sendo também membro do Comitê de Ensino e Pesquisa desta unidade hospitalar. Empreendedora Social e Diretora Financeira voluntária do Instituto Anjos da Enfermagem. Áreas de atuação: Assistência de Enfermagem, Gestão de Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Regionalização da Assistência em Saúde e Humanização. Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

FABÍOLA ALENCAR DE BISCUCCIA

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (1980). Atualmente é Diretora do Hemocentro Regional de Crato. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Mestranda do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará

FERNANDA FRANÇA CABRAL

Graduada em Farmácia pela Universidade de Fortaleza (2004). Especialista em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal da Bahia (2009). Atualmente coordena a Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

FRANCISCO GEORNES PEIXOTO SALDANHA

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá (2005) e em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (2016). Atualmente trabalha como Fisioterapeuta na cidade de Barreira/Ce e professor do Curso Técnico em Gestão de Saúde pela Fundação Universidade Estadual do Ceará (FUNECE). É Pós-graduado em Fisioterapia Traumatológica e Ortopédica Funcional e Terapias Manuais pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pós-graduado em Gestão da Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (UNESA); Pós-graduado em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atuou como Gerente de Serviços de Saúde na Sociedade Beneficente de Barreira (Hospital de Barreira) entre Julho/2007 a Março/2019; Gerente do Centro de Reabilitação Motora e Ultrassom no período de Julho/2007 a Março/2019; Fisioterapeuta na Prefeitura Municipal de Barreira entre Agosto/2007 a Março/2019; Terapeuta Ocupacional na APAE na cidade de Guaiúba/Ce no período de Março/2019 a Março/2021 e Terapeuta Ocupacional Residente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Guaiúba/Ce entre Março/2019 a Março/2021. Tem experiência na área de Fisioterapia, Terapia Ocupacional



e Administração Hospitalar com ênfase em Traumatismo-Ortopedia, Saúde Mental e Gestão de Serviços de Saúde respectivamente. Mestrando do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

FRANCISCO LUCIANO CAVALCANTI FILHO

Graduado em ciências econômicas pela UFRN (1999). Pós-graduado com MBA em gestão empresarial pela FGV/RJ; com proficiência em inglês pela UECE e cursos de segunda língua no San Jacinto College e College of The Mainland (Texas/EUA). Atualmente sou gerente de vendas da BD (Becton Dickinson Indústrias Cirúrgicas Ltda) para as regiões NE e NO, gerencia uma equipe de 10 profissionais clínicos. Atuou como oficial do Exército Brasileiro durante 5 anos (1992-1998), como gerente de loja farmacêutica do Grupo de Farmácias Globo Guararapes (1999), coordenou as ações de merchandising da Procter e Gamble no RN (1999). Mestrando do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ISRAEL ALMEIDA FERNANDES

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA (2000). Atualmente é enfermeiro plantonista do Hospital Senador Ozires Pontes - HSOP e enfermeiro responsável pela Triagem Clínica do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) - Regional de Sobral. Tem experiência na área de Enfermagem em Saúde Pública e Hospitalar, com ênfase em Obstetrícia, é especialista em Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE (2010) e especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Pará - UEPa (2003). Mestrando do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

JOSYANE REBOUÇAS DA SILVA

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (1998). Atualmente é Enfermeira da UTI Cárdio Pulmonar (UCP) do Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes e Coord. de Enfermagem do Unimed Lar - Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Gestão e Gerenciamento. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

LÍDIA ANDRADE LOURINHO

Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Mestre em Educação em Saúde (UNIFOR). Pedagoga. Fonoaudióloga. Psicopedagoga. Pesquisadora do Laboratório de Saúde nos Espaços Educacionais com foco na Educação em Saúde e na Formação em Saúde, ligado ao Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista de doutorado da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Bolsista do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da CAPES na Universidade de Massachusetts em Amherst. Possui experiência docente na área da Saúde e da Educação e em tutorial presencial e a distância, atuando principalmente nos seguintes temas: Formação em Saúde; Ensino na Saúde, Educação em Saúde, Saúde na escola. Atualmente é avaliadora de curso de graduação do INEP-MEC. É docente dos Cursos de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, Gestão em Saúde e Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. Professora do curso de Enfermagem e Psicologia e presidente da Comissão Própria de Avaliação da Faculdade Luciano Feijão.

LUIZ ONETE ALVES DE ABREU

Graduado em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (1986). Especialização em Especialização em Fisioterapia nos Distúrbios Temporomandibulares pela Faculdade Integrada do Ceará (2005). É



fisioterapeuta - Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, onde exerceu a Chefia de 2007 a 2021. Experiência em Osteopatia, Fisioterapia Esportiva e Coluna Vertebral. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

MARDÊNIA GOMES VASCONCELOS PITOMBEIRA

Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Possui graduação em Pedagogia e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pelo programa de Pós-Graduação Ampla Associação das Instituições Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Atualmente é membro representante do corpo docente da Comissão Própria de Avaliação (CPA) na Unichristus. Atua também como professora e orientadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE. Tem experiência na área de Enfermagem e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado de enfermagem na saúde da criança e do adolescente e suas famílias, saúde mental e saúde coletiva.

MARIA AMÉLIA CAPELO BARROSO

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (1985). Especialização em Periodontia pela Universidade Camilo Castelo Branco (1995). Cursos de aperfeiçoamento em: Oclusão e Reabilitação Oral, Oclusão para Clínicos e Especialistas e Odontologia Estética. Atualmente é orientadora da Célula de Odontologia - Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

MARIA ELIANA PEIXOTO BESSA

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2004), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2007) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2012). É especialista em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) e Enfermagem do Trabalho (UECE) e possui Formação em Terapias Integrativas e Complementares (Árvore da Vida - CDH). Possui experiência na área assistencial como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, na área Hospitalar, Saúde Mental, Práticas integrativas e complementares. Na área da docência (início em 2007) leciona disciplinas direcionadas para saúde coletiva, saúde do idoso e saúde mental. Tem ainda experiência na área de gestão acadêmica e gestão hospitalar. Estuda didática do ensino superior, com ênfase nas metodologias ativas e as novas tecnologias educacionais. Na área da pesquisa tem como ênfase a Gerontologia, atuando principalmente nas seguintes temáticas: idoso, enfermagem, idoso fragilizado, instituições de longa permanência, atenção básica e saúde mental.

LUCIANA BONFIM JACÓ DE OLIVEIRA

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (1989). Especialista em Dentística Restauradora pela Universidade Camilo Castelo Branco (1998) e Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial pela Associação Brasileira de Ortodontia - CE (2004). Possui cursos de aperfeiçoamento em: Ortodontia, Odontopediatria, Ortodontia Clínica, Ortodontia na Técnica do Arco Reto e Ortodontia Técnica Rickett's. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

MARCOS CAVALCANTE PAIVA

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1996). Especializações em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (2003)



e em Saúde da Família e Comunidade, pela Universidade Estadual do Ceará (2009). Atualmente é enfermeiro do Hospital São José de Doenças Infecciosas e enfermeiro da Estratégia Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Gestão e Gerenciamento, como coordenador da Área Técnica de IST/Aids e Hepatites Virais de Fortaleza, atuando principalmente nos seguintes temas: prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, da Sífilis e das Hepatites B e C. Coordenou o Projeto Fortalecimento e Implementação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Carlos Ribeiro, em parceria com o Ministério da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Mestrando do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

MARIA DA CONCEIÇÃO NUNES DA SILVA

Graduada em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo (1999), Graduada em Enfermagem pela Centro Educacional Nove de Julho (2019), Especialização em Gestão de Marketing de Serviços pela Fundação Armando Álvares Penteado (2005) e MBA em Gestão e Tecnologia da Qualidade pela Universidade de São Paulo (2008), Especialização em Saúde Pública e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Futura (2021). Tem experiência na área de Atendimento, Projetos e de Gestão da Qualidade com ênfase em processos de acreditação pelas metodologias da Organização Nacional de Acreditação, Acreditação Canadense e Joint Commission International. Atua como Diretora de Enfermagem e como consultora de Qualidade sendo responsável pelo processo de implantação do Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição - Metodologia Brasileira de Acreditação. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

MARIA DE SOUSA NORONHA

Graduada em Serviço Social pela Fundação Nilton Lins (2012). Especialização em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação PRE pela Faculdade Ratio (2014). Pós-graduanda em Gestão, Auditoria e Perícias em Sistemas de Saúde. Experiência na área de saúde hospitalar, gestão em saúde, saúde mental e dependência química, política de assistência social e educação. Atualmente é Assistente Social no Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

MARIA GERLANE BARBOSA DE PAIVA

Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Inta, UNINTA (2014). Pós-graduanda em Gestão de Unidade de Alimentação e Nutrição-UAN (2020). Coordenadora Municipal dos Programas de Aquisições de Alimentos -PAA de Ubajara-CE. Atua na área da Nutrição Clínica com atendimentos personalizados. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

MARIA IONE DE SOUSA SILVEIRA

Graduada em Enfermagem pela FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (1998). Atualmente Coordenadora Regional de Saúde da Área Descentralizada de Saúde/Camocim - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, enfermeira da PREFEITURA MUNICIPAL DE URUOCA - CE, atuou na Assessoria Técnica da Secretaria de saúde de Uruoca, facilitadora da Escola de Saúde Pública do Ceará em Curso de Aperfeiçoamento e curso Técnico, facilitadora da ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA Em Curso de Especialização Técnica e curso técnico na área de enfermagem, Facilitadora a distância pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, plataforma Sabiá, Tutora a distância pela Fundação Oswaldo - FIOCRUZ. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão em Saúde, na docência como facilitadora de aperfeiçoamento e de cursos técnicos, tutoria de curso a Distância e ainda enfermeira plantonista em Hospital de Pequeno Porte. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).



MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Pós - Doc. em Saúde Coletiva pela Unicamp. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1C. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, na Universidade Estadual do Ceará - UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq e Emérita da Universidade Estadual do Ceará.

MARIALDO DIAS BARROSO MENDONÇA

Graduado em Enfermagem pela FAMETRO-CE (2010). Possui experiência na assistência, administração, docência e gestão em serviços de saúde. Atuei na qualidade de Supervisor Técnico em Agência Transfusional, Coordenador em Cooperativa de Saúde; Coordenador em Curso Profissionalizante de nível médio. Sou Especialista em Gestão Pública/ UEA, em Hematologia Clínica e Hemoterapia/ EDUCAC e em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família/FPU e curso Especialização em Genética Humana/UEA. Atua principalmente nos seguintes temas: enfermagem, hemoterapia, gestão do cuidado, tecnologia, avaliação em serviços de saúde. Mestrando do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

MILENA LIMA DE PAULA

Pós-doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Christus (2012), graduada em psicologia pela Universidade de Fortaleza (2007), membro do " grupo de pesquisa em saúde mental, família, práticas em Saúde mental e enfermagem" (GRUPSFE) desde 2011. Atua principalmente nas áreas de psicologia da educação e saúde

Nívia Monte Araújo Possui graduação em Psicologia pela Faculdade Luciano Feijão. Graduanda em Administração pela Faculdade Anhanguera. Pós-Graduação em MBA em Gestão Estratégica de Pessoas e Liderança Executiva. Pós-graduanda em Gestão da Saúde pela FAVENI. Pós-graduanda em MBA em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas. Atualmente é Diretora Administrativa na Clínica São Gonçalo e Espaço Recrear. Tem experiência na área de Psicologia clínica e organizacional.

NÚBIA DIAS COSTA CAETANO

Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (1994). Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UNICAMP, Formação em Gestalt Terapia pelo laboratório Experimental de Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico Existencial. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva, na linha de pesquisa, Políticas e práticas do cuidado na atenção primária à saúde, ênfase na estratégia saúde da família.(UECE). Tem experiência na área da Saúde Coletiva, Formação em Saúde, Educação Permanente em Saúde, Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Docência, Facilitação, Tutoria, Preceptoria, Assessoria e Gestão no campo da atenção psicossocial e mobilização social e política em prol da reforma psiquiátrica. Militante do Movimento Social da Luta Antimanicomial. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

PAULA DE VASCONCELOS PINHEIRO

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (2016). Especialização em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (2019) e Enfermagem em Urgência e Emergência (2021), ambas pela Faculdade de Quixeramobim, UNIQ. Atualmente é secretária de saúde da Prefeitura de Novo Oriente. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).



ROSANA DA SAÚDE DE FARIAS E FREITAS

Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário UNINTA (2017). Especialista em Farmácia clínica e serviços farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ (2018). Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú - UVA (2022). Tem experiência no âmbito privado e público, atuando nas áreas de Análises Clínicas, Farmácia Comunitária, Atenção Primária à Saúde, Docência e Enfrentamento da pandemia por Covid-19. É tutora/professora do curso de farmácia da Uniasselvi e farmacêutica comunitária. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

SOCORRO DE SOUZA BEZERRA

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Integrada do Ceará (2006). Especialização em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Farias Brito (2017). Cursos em Extensão Teórico-Prático em Fisioterapia Hospitalar e Formação Completa em Pilates. Atualmente é da Coordenação de Pilates do Núcleo Fisioterapia da Assembleia Legislativa do Ceará. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) na Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Coletiva pelo PPSAC e Discente da Especialização em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). É Membro do grupo de pesquisa "Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem" (GRUPECCE) vinculado à UECE e tem interesse nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Vulnerabilidade em Saúde, Epidemiologia descritiva, analítica e social/crítica, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa e Enfermagem em Saúde Coletiva e Enfermagem em Saúde do Adulto/Idoso.

RAQUEL SARAIVA NOGUEIRA

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão - FCRS (2009), Instituição de Ensino Superior na cidade de Quixadá, no Estado do Ceará. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú - UVA. Diretora da Policlínica Dr Francisco Carlos Cavalcante Roque-Quixadá/CE. Mestranda do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ROSANA SILVA MACHADO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1995). Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, UVA-CE (2002). Especialização Internacional de Qualidade em Segurança do Paciente pela Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/FIOCRUZ (2015). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Terapia Intensiva, Gestão em Saúde e Gestão em Enfermagem. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

SINARA ALVES TOMÁS

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, UFC (1997). Atualmente é Cirurgiã Dentista do Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)



THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira e Advogada. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre (1999) e Doutora (2003) em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP, 2012). Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq desde 2009. Vice Coordenadora do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE (2022-2024). Coordenadora do Mestrado Profissional Gestão em Saúde da UECE (2022-2024). Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1A. Consultora Ad hoc de vários periódicos. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, Saúde pública-Saúde coletiva, Pesquisa quantitativa em saúde, Epidemiologia, Doenças crônicas (hipertensão e diabetes), Adesão terapêutica, Tecnologias, Covid-19, Coronavírus.

VALCIDES JOSE PIO ALVES

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (1996). Especialização em Docência na Área de Vigilância da Saúde pela ENSP - FIOCRUZ (2011). Assessor Técnico da Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Membro da Câmara Técnica de Vigilância em Saúde na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Ceará. Técnico de referência para a Política de Saúde da População LGBTQIA +. Coord. de Enfermagem do Serviço de Controle de Infecção do Hospital Dr. César Cals da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Coord. de Enfermagem de Blocos do Hospital Dr. César Cals da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Dr. César Cals da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Coordenador da Atenção Primária responsável pela macroárea de territórios rurais na Secretaria de Saúde de Sobral - CE. Coordenador e gerente da unidade de CTA/ COAS em Sobral - CE. Coordenador de Tuberculose e Hanseníase em Sobral - CE. Gerente de Unidade Básica de Saúde na Atenção Primária em Sobral - CE. Enfermeiro Técnico da Vigilância Epidemiológica no município de Sobral - CE. Enfermeiro Técnico da Vigilância Epidemiológica responsável pelas DANTs. Enfermeiro Assistente no Hospital César Cals. Atuação Profissional em docência: Coordenador do Curso Técnico de Vigilância em Saúde pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - Sobral - CE. Professor dos cursos de pós-graduação das Faculdades INTA - Convidado / CE nos cursos de pós-graduação em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Facilitador no curso de Técnico de Enfermagem pela categoria EaD. Facilitador do Curso Técnico de Enfermagem da Escola de Saúde da Família - Sobral/CE. Professor dos cursos técnicos de enfermagem em Fortaleza e Sobral. Tutor da Especialização em Saúde do Adolescente da Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral - CE. Facilitador das disciplinas de Saúde Coletiva e Vigilância Epidemiológica nas Residências Multi de Saúde da Família em Sobral CE. Facilitador das capacitações e atualizações nas Educações Permanentes dos profissionais de saúde do município de Sobral. Monitor Voluntário de Vigilância PET na UFC Sobral. Tutor do Sistema de Saúde Escola de Sobral / CE da IX Turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia Sobral - CE; Preceptor do Internato do Curso de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica de Sobral - CE. Facilitador de oficinas sobre Sexualidade humana; IST/HIV/Aids; Facilitador de educação sobre: Dengue, tuberculose, aplicação permanente e leitura sobre PPD, Hanseníase, Prevenção de incapacidade na Hanseníase, autocuidado em Hanseníase, Notificação compulsória no SINAM Ficha Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Curso nas áreas de: tuberculose, hanseníase, IST, HIV/aids, movimentos sociais. Expertise em Processos de Reconhecimento de Competência Adquirida - RAC capacitado pelo Projeto de Intercâmbio de Conhecimentos Brasil - Canadá EXPERTISE EM ABORDAGEM POR COMPETÊNCIA: elaboração de cursos, planos de aulas e estimativas utilizando o método de abordagem por competência. PUBLICAÇÕES: Livros Publicados Em Parceria Com O Projeto De Cooperação Brasil - Canadá: Reconhecimento de Competências Adquiridas; Formação Técnica em Sistemas de Informação em Saúde; Introdução A Profissão De Técnico Em Sistemas De Formação Em Saúde - Guia do estudante; Introdução A Profissão De Técnico Em Sistemas De Informação Em Saúde - Guia Do Facilitador; Capacitação Pedagógica Para Facilitadores; Capacitação Pedagógica para Facilitadores. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.



VALDENRIQUE MACEDO DE SOUSA

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal do Ceará (1994). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Mastologia. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

YASMIN ESTEFANY DA SILVA MELO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Maurício de Nassau (2017). Especialista em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Quixeramobim (2019), Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Ibra de Brasília - FABRAS (2021) e MBA em Gestão de Pessoas e Liderança de Equipe pela Faculdade Instituto Brasileiro de Ensino - IBRA em andamento. Professora da Universidade de Quixeramobim (UNIQ) dos cursos de pós-graduação em Urgência e Emergência e de Enfermagem em Neonatologia e Pediatria, tendo iniciado a carreira docente em 2020. Atualmente é coordenadora da Enfermagem Obstétrica do Instituto Compartilha SAMEAC desde 2018 apoiando a gestão e coordenação de 13 municípios do estado do Ceará com consultoria nas áreas materna e fetal, na busca de humanizar a assistência e melhorar seus indicadores de saúde. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.



