2021

Coordenação Científica
André Minervino Ruggiero
Gilvane Lolato

A JORNADA DA

ACREDITAÇÃO

Série 20 anos

ONA 20 ANOS
Organização Nacional de Acreditação

A JORNADA DA

ACREDITAÇÃO

Série 20 anos

Coordenação Científica
André Minervino Ruggiero
Gilvane Lolato

Presidência

Cláudio José Allgayer – Presidente – Confederação Nacional da Saúde (CNSaúde)

Ivo Garcia do Nascimento – 1º Vice-Presidente – Federação Brasileira de Hospitais (FBH)

Fábio Leite Gastal – 2º Vice-Presidente – Unimed do Brasil (Unimed)

Conselho

Fernando José Pedro Conselheiro – Conselheiro – Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE)

José Luiz Spigolon – Conselheiro – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas (CMB)

Paulo Aparecido Brandão Pinto – Conselheiro – Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC)

Vera Queiroz Sampaio de Souza – Conselheira – Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)

Superintendência

André Minervino Ruggiero – Superintendente Administrativo-Financeiro

Péricles Góes da Cruz – Superintendente Técnico

Coordenação Científica

André Minervino Ruggiero – Coordenador Científico

Gilvane Lolato – Coordenadora Científica

2021

Coordenação Científica
André Minervino Ruggiero
Gilvane Lolato

A JORNADA DA

ACREDITAÇÃO

Série 20 anos

ONA 20 ANOS
Organização Nacional de Acreditação

© 2021. ONA – Organização Nacional de Acreditação
Qualquer parte desta obra poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.000 exemplares

Informações e elaboração:
Organização Nacional de Acreditação
Rua Bela Cintra, 986 – Cj 101 – Consolação
São Paulo/SP
CEP: 01415-002

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

R931j

Ruggiero, André Minervino.
A jornada da acreditação: série 20 anos. / Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.
176 p. ; 21x29,7cm.

ISBN 978-65-993547-0-0

1. Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). 2. Acreditação. 3. Padronização, processos. 4. Gestão. 5. Qualidade, gestão. 6. Sistema de Saúde Brasileiro. I. Gilvane Lolatto. II. Título. III. Subtítulo.

CDD – 362

Produzido no Brasil / Produced in Brazil

VIVA COMUNICAÇÃO GROUP

Coordenação do Projeto
Revisão Textual
Edição de Conteúdo
Projeto Gráfico e Diagramação

SUMÁRIO

HISTÓRIA ONA		8
AUTORES		16
APRESENTAÇÃO		20
PALAVRA DO PRESIDENTE		22
PREFÁCIO		24
Capítulo 1	Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA)	32
Capítulo 2	Gestão da qualidade	48
Capítulo 3	Gestão e avaliação dos processos	62
Capítulo 4	Gestão de resultados dos processos	74
Capítulo 5	Gestão de riscos em saúde	86
Capítulo 6	Núcleo de Segurança do Paciente e fluxo de notificação	96
Capítulo 7	Ferramentas de gestão da qualidade	110
Capítulo 8	Como ser um líder propulsor da cultura de segurança do paciente	124
Capítulo 9	Melhoria contínua de processos	138
Capítulo 10	O papel da liderança na gestão estratégica de pessoas: pilar de sustentação da Acreditação Hospitalar	150
Capítulo 11	Comunicação como ferramenta para a qualidade e segurança do paciente	160
GALERIA		170

HISTÓRIA ONA

O PAPEL DA ONA NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O PANORAMA BRASILEIRO E A FUNDAÇÃO DA ONA

No início dos anos 1990, o Brasil passava por uma série de transformações e mudanças políticas que seriam determinantes para o futuro da nação. Entre as novidades, houve a nova Constituição da República, promulgada em 1988, que passou a garantir a saúde como um direito de todos e, também, um dever do Estado.

Para garantir o cumprimento desse direito – "acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 1988) –, foi estruturado o chamado Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda como consequência de acontecimentos relacionados à saúde pública no geral, foi criada, em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

"A história da Organização Nacional de Acreditação (ONA) está vinculada às iniciativas do SUS nos anos 1990. A ONA e a Anvisa são entidades contemporâneas, diretamente conectadas com a construção do que hoje é o SUS e com as políticas nacionais de saúde, em especial, os serviços de saúde", explica Fábio Leite Gastal, vice-presidente da ONA.

Enquanto isso, o resto do mundo passava pelo amadurecimento de propostas relacionadas à segurança do paciente e pelo surgimento de metodologias de padronização das atividades hospitalares com a criação, em 1951, da Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) e da International Society for Quality in Health Care (ISQua), em 1985.

No Brasil, as discussões sobre acreditação e qualidade ocorriam de forma isolada, sendo que muitos não entendiam ainda o conceito de acreditação. Isso começa a mudar em 1990, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) firmou um acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a elaboração de um Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe. O compêndio foi resultado de uma parceria entre o médico brasileiro Humberto Novais e o argentino José Maria Paganini, então dirigentes da Opas.

O documento final foi apresentado em 1992 para mais de 120 representantes, de 22 países da região. No Brasil, o material foi distribuído às instituições associadas à Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Péricles Góes da Cruz, que, na época, coordenava o Programa de Garantia e Aprimoramento de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde (MS) e, atualmente, é o superintendente técnico da ONA, ressalta a baixa adesão ao Manual. "Nessa época, ainda não se percebia muito foco e preocupação com implantação de processos de melhorias da qualidade dentro dos hospitais", relembra.

Apesar de a iniciativa da Opas e da OMS não ter prosperado nacionalmente, foi o suficiente para que quatro grupos, em diferentes regiões do país, passassem a ter a acreditação como objeto de estudo principal. Cada equipe atuava regionalmente, nos estados do Rio Grande do Sul, do Paraná, de São Paulo e do Rio de Janeiro, estudando o assunto e propondo o aprimoramento de práticas hospitalares de forma orientada, de acordo com a realidade local.

Tendo ciência dos grupos trabalhando de forma isolada, o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, convidou o médico Humberto Novais para atuar como consultor em um projeto que resultaria na criação de um **Manual de Acreditação brasileiro único**, com o intuito de padronizar as iniciativas regionais em um projeto nacional.

Assim, baseado no Manual original da Opas, nas metodologias internacionais existentes, nos trabalhos e na experiência dos grupos regionais, surgiu o Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais, publicado em 1998, e, inicialmente, testado em 17 hospitais espalhados por todas as regiões do país.

Foi ainda na fase de testes que o MS entendeu que, para além da elaboração do Manual, seria necessário desenvolver um **Sistema Brasileiro de Acreditação** (SBA), que precisaria ser gerido por uma instituição criada para esse fim. Nascia, assim, a **Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1° de junho de 1999**.

A fundação da ONA foi oficializada em 2001, por meio de uma portaria do MS que reconheceu as atribuições da organização.

Como estrutura de base da ONA, foram definidos alguns pontos que permanecem até hoje, como o Conselho de Administração. "A ideia básica era de que a organização não recebesse direcionamento de entidades específicas. Então, foi criado um Conselho de Administração plural, com representantes de entidades compradoras de serviços de saúde, prestadoras de serviços de saúde e governamentais", relembra Péricles Góes da Cruz.

Fizeram parte da fundação da ONA as seguintes entidades:

» Associação Brasileira de Hospitais Universitários (Abrahue);
» Confederação Nacional de Saúde (CNS);
» Federação Brasileira de Hospitais (FBH);
» Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge);
» Associação Brasileira de Autogestão em Saúde;
» Federação Nacional de Seguros Privados e Capitalização;
» Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass);
» Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed).

A ELABORAÇÃO DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (SBA)

Para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe, a Opas realizou um levantamento em mais de 15.000 hospitais em toda a América Latina, identificando perfis e desafios regionais.

O resultado da pesquisa foi bastante heterogêneo, com impressões tanto sobre instituições mais avançadas quanto com a descoberta de locais com falta de condições mínimas até para prevenção de infecção hospitalar. De acordo com o médico e consultor Humberto Novaes, uma "quantidade razoável" desses hospitais "não resistiria a uma mínima avaliação para garantir uma qualidade permanente em todos seus serviços" (NOVAES, 2015).

Para responder às diferentes necessidades regionais, durante a elaboração de seu Manual, a Opas contratou o Instituto Técnico para a Acreditação de Estabelecimentos de Saúde (Iates), cuja sede fica na Argentina, que **sugeriu a elaboração de fases para que o processo de acreditação pudesse ter melhor adesão entre as diferentes instituições de saúde**.

O nível 1 seria uma marca de corte para atestar se a instituição tinha condições suficientes para oferecer assistência de qualidade ao paciente. O intuito era que os hospitais em nível 1 continuassem a aprimorar seus processos para alcançar a excelência em níveis mais altos.

Outra questão levantada foi a necessidade de adaptar padrões e indicadores de qualidade específicos para os diferentes setores do hospital, mas sem perder a noção do todo.

A Opas definiu, então, que **a acreditação se daria pela unidade hospitalar de forma integral**, ou seja, um serviço não poderia ser acreditado se obtivesse na avaliação um item de forma isolada com nível 3, mas com demais ambientes que não preenchessem os requisitos necessários para o nível 1, por exemplo.

Para a realidade brasileira da época, a incorporação dessas fases no sistema de qualidade foram fundamentais para o engajamento do processo. Até então, os manuais internacionais não traziam classificação semelhante.

Em 1998, na primeira publicação do Manual Brasileiro de Acreditação, a classificação por níveis é mantida. Na segunda edição, após a aplicação do Manual em 17 hospitais, foi excluído o nível 4, que estava presente no Manual da Opas.

Assim, foram instituídas as conhecidas fases:

» Nível acreditado (ONA 1);
» Nível acreditado pleno (ONA 2);
» Nível acreditado com excelência (ONA 3).

O nível 1 trataria da estrutura em um conceito abrangente que aborda desde espaço físico até recursos humanos, legislação, conformidade regulamentar, entre outros. O nível 2, além de incorporar os itens do nível anterior, adicionaria a verificação dos processos. Por último, o nível 3, além de atender aos requisitos anteriores, mostraria que a entidade conseguiu resultados diferenciados na assistência.

Ao longo dos anos iniciais de atuação da ONA, os padrões para o nível 1 preconizados na primeira versão do Manual, em 1999, foram sendo incorporados aos hospitais. "Os níveis serviram para que as organizações incorporassem métodos de gestão internamente, métodos de segurança do paciente e assim por diante. Foi um processo educativo para as organizações, que foram construindo sua gestão por meio dos níveis", conta Jaqueline Gonçalves, que foi gerente de Normas e Sistemas da ONA entre 1999 e 2014 (ONA, 2019c).

Os princípios norteadores de cada um dos níveis não mudaram ao longo do tempo. O nível 1 manteve o foco nos padrões e nos requisitos que envolvem segurança; o 2 é dedicado aos processos e à gestão integrada; já a fase 3 atesta a excelência em gestão da instituição. Porém, com o passar dos anos e o amadurecimento das organizações de saúde, a ONA tornou-se mais rigorosa em relação aos critérios que compõem cada um desses níveis. Em outras palavras, o nível 1 do começo da década passada nada se assemelha com o que é requerido pelo mesmo selo atualmente.

A EVOLUÇÃO DOS MANUAIS DE ACREDITAÇÃO

A primeira publicação realizada pela ONA, o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, volume 1, foi lançada em 2001.

De uma forma geral, o **Manual Brasileiro de Acreditação é revisado a cada quatro anos**, com novas versões publicadas em 2004, 2006, 2010, 2014 e 2018.

Sempre que há o processo de atualização de um manual, a equipe técnica da ONA realiza visitas em algumas instituições como forma de pesquisa, escuta ativa e *feedback* sobre manuais e processos anteriores. Além disso, são envolvidos representantes de organizações profissionais relacionadas a serviços de saúde, que dialogam com a equipe técnica da ONA para entender expectativas e necessidades.

Também são envolvidas, na atualização do Manual, as Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs) e seus avaliadores, que ajudam a ONA a entender a realidade dos hospitais já acreditados e dos que ainda vão passar pelo processo. Como se verá adiante, IACs são as empresas credenciadas junto à ONA que a representa junto aos clientes em todo o Brasil.

Nas etapas finais da elaboração do Manual, são abertas consultas públicas sobre o conteúdo proposto.

A partir de 2001, uma série de convênios firmados com a Anvisa demandaram que fossem elaborados **padrões e manuais não só para hospitais, mas para outros tipos de estabelecimentos**.

Por meio de parcerias com instituições como, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) foram lançados manuais específicos para determinadas áreas e atividades relacionadas à saúde, como o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviço de Hemoterapia, o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratórios Clínicos e o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, todos publicados em 2003.

Em 2006, a ONA já havia lançado diferentes manuais de acordo com segmentos específicos: serviços de hemoterapia, laboratório clínico, nefrologia e terapia renal, hospitalares, radioterapia e serviços ambulatoriais. Em 2010, esses manuais citados são consolidados em uma única publicação.

No ano de 2011, os serviços adjacentes à saúde, como esterilização e reprocessamento de materiais, serviço de manipulação de drogas antineoplásicas e de dietas parenterais, lavanderia e serviços de dietoterapia, ganham publicação específica: o Manual para Avaliação e Certificação dos Serviços para a Saúde. Os serviços passam a ser certificados com o **Selo de Qualificação ONA.**

No ano seguinte, é a vez dos serviços odontológicos ganharem manual próprio, fruto de uma parceria da ONA com as IACs, a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) e a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD).

Em 2013, **o primeiro reconhecimento internacional chega aos Manuais da ONA, por meio da chancela da ISQua**, e, no ano seguinte, é lançada a edição do manual certificada pelo órgão internacional. Entre as mudanças, está a incorporação dos conceitos da Classificação Internacional para Segurança do Paciente, da OMS.

A versão mais recente do Manual, de 2018, foi novamente submetida e referendada pela ISQua.

A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ACREDITADORAS CREDENCIADAS (IACS)

Em seu início, a ONA atuava de um escritório localizado em Brasília (DF).

Para encarar o desafio de levar a cultura da qualidade ao conjunto das instituições de saúde de um país com o tamanho do Brasil, a ONA contou com o trabalho fundamental das IACs.

As IACs foram as responsáveis por oferecer capilaridade necessária à expansão do sistema e, ao mesmo tempo, promover e executar de forma eficiente a metodologia do SBA.

"Uma única organização, em um país com dimensões continentais como o nosso, não teria condições de fazer avaliação no grande número de organizações existentes. Temos no Brasil quase 7 mil hospitais, 12 mil laboratórios, entre tantas outras organizações de saúde", analisa Péricles Góes da Cruz, superintendente técnico da ONA. "Com essa premissa, foi estabelecida pela ONA a criação de Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs)", completa (ONA, 2019a).

Desde o começo, as IACs têm funcionado como a representação da ONA no Setor Saúde. São elas as responsáveis pelo diagnóstico, pela execução das tarefas, por aferir e certificar as instituições conforme as diretrizes do SBA, por capacitar os avaliadores que realizam o trabalho em campo.

Logo nos anos 2000, a ONA começou a credenciar as certificadoras. As pioneiras foram:

» Fundação Carlos Alberto Vanzolini;
» Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS);
» Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde (Ipass);
» Det Norske Veritas Germanischer Lloyds (DNV/GL);
» Instituto Qualisa de Gestão, hoje IQG Health Services Accreditation.

Essas empresas atuam ao lado da ONA até hoje. Mais tarde, o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES) juntou-se ao grupo de certificadoras credenciadas. Somadas, as seis foram responsáveis pelas 864 acreditações vigentes até o início de 2020.

A ADESÃO DOS HOSPITAIS

No começo dos anos 2000, a procura dos hospitais e das instituições de saúde pelo processo de acreditação ainda era baixa e incipiente. "Naquela época, os hospitais precisavam de um tempo de maturação e preparação para serem acreditados", analisa Péricles Góes da Cruz, superintendente da ONA ([s.d.]).

No início do movimento de acreditação, alguns fatores influenciaram os hospitais a buscarem mais informações sobre o tema e, posteriormente, a se submeterem à avaliação; um deles era a preocupação das entidades com a segurança do paciente e com aprimorar seu sistema de qualidade. O outro fator motivador foi a busca pelo certificado como forma de evidenciar o diferencial competitivo da instituição.

Em 2001, a criação da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) dá mais um impulso ao movimento, ao exigir a acreditação dos interessados a se tornar um hospital associado.

É a partir deste período, também, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passa a incentivar mais políticas de qualidade no setor. Em 2011, ela publica a Resolução Normativa 277, que institui um programa voluntário de acreditação de operadoras de planos de saúde. Para conquistar a acreditação junto à ANS, a operadora passa a exigir de seus prestadores informações que comprovem a qualificação do serviço.

INOVAÇÃO EM PROCESSOS

Para ajudar a cumprir o desafio de levar a cultura da qualidade ao conjunto das instituições de saúde do país, a ONA teve que inovar em sua estrutura.

A primeira inovação veio por meio do ONA Educare, um programa de educação a distância baseado na web, com conteúdo sobre conceitos de qualidade, análise e avaliação para a acreditação, utilizando os critérios baseados na Metodologia ONA.

"A ONA foi uma das primeiras instituições de saúde que apostou em educação a distância apoiada pela web. Usamos intensivamente a educação a distância para capacitar profissionais de saúde das Vigilâncias Sanitárias municipais e estaduais, e, também, para a formação de avaliadores", conta Fábio Gastal, que, na época da criação do ONA Educare, atuava como superintendente da Organização (ONA, 2019d).

Outra inovação relacionada à tecnologia foi o lançamento do sistema ONA Integrare, em março de 2013. Desenvolvido exclusivamente pela ONA com o objetivo de automatizar todo o processo de acreditação, ele permite uma tramitação mais rápida de documentação, envio e troca de informações pela internet.

O principal trunfo da ferramenta é que ela possibilita a integração de todos os envolvidos na acreditação em um ambiente seguro e de fácil navegação. Avaliadores, IACs, organizações acreditadas e em processo de avaliação têm acesso a dados e documentos de cada etapa em andamento, garantindo mais agilidade, transparência e segurança.

"O sistema ONA Integrare é o único sistema especializado em processos de acreditação em todo o mundo. Essa afirmativa se deu após uma avaliação internacional realizada pela ISQua. Na ocasião, após a apresentação das funcionalidades do ONA Integrare, os avaliadores elogiaram o sistema e disseram que era a primeira vez que tinham se deparado com um processo de acreditação sistematizado", relata Cássia Manfredini, ex-gerente de Normas e Sistemas da ONA (2019b).

O LEGADO DA ONA

Desde o começo, a ONA teve a preocupação de adaptar a metodologia de acreditação para a realidade do Setor de Saúde brasileiro. A proposta sempre foi incentivar melhorias nas organizações e estimular o aprimoramento contínuo dentro de um processo de aprendizado rumo ao ONA 3, o nível de excelência em gestão.

Ao conquistar a chancela ONA, não importa o nível, a entidade de saúde sinaliza ao seu público o compromisso com padrões reconhecidos de qualidade e segurança. Nas instituições acreditadas, os pacientes, por exemplo, podem desfrutar de um ambiente mais seguro. Os médicos, por sua vez, sentem-se mais confiantes para realizar procedimentos em uma organização com processos certificados e por saberem que o paciente está bem assistido. A percepção também se estende aos fornecedores, pois continuar prestando serviço a uma entidade certificada significa atender aos requisitos necessários para tal – o que começa a ser aferido já no nível 1.

Na atual gestão da ONA, a meta é atingir 1.000 instituições acreditadas até março de 2021.

Para isso, a organização trabalha para aprimorar o sistema de tecnologias e dados, com o objetivo de agilizar o processo de avaliação e monitoramento e adotar uma nova estratégia de comunicação com o mercado. "Entendemos que a ONA deve fortalecer o seu papel de protagonismo na saúde brasileira e mundial, colaborando para o desenvolvimento do Setor Saúde no nosso continente", analisa Cláudio Allgayer, presidente da ONA (ONA, [s.d.]).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

NOVAES, H M. História da acreditação hospitalar na América Latina: o caso Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 14, p. 49-61, 2015. Disponível em: https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2693. Acesso em: 7 dez. 2020.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. As Instituições Acreditadoras Credenciadas. **ONA**, 2019a. Disponível em: https://www.ona.org.br/20anos/as-instituicoes-acreditadoras-credenciadas/. Acesso em: 7 dez. 2020.

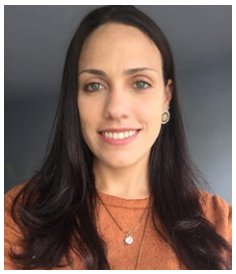
_____. Crescer e se transformar. **ONA**, 2019b. Disponível em: https://www.ona.org.br/20anos/crescer-e-se-transformar/. Acesso em: 7 dez. 2020.

_____. Evolução em níveis. **ONA**, 2019c. Disponível em: https://www.ona.org.br/20anos/evolucao--em-niveis/. Acesso em: 7 dez. 2020.

_____. Legado. **ONA**, 2019d. Disponível em: https://www.ona.org.br/20anos/legado/#:~:text=%E2%80%9CA%20ONA%20foi%20uma%20das,a%20dist%C3%A2ncia%20apoiada%20pela%20web.&text=Assim%2C%20nascia%20o%20ONA%20Educare,crit%C3%A9rios%20baseados%20na%20metodologia%20ONA. Acesso em: 7 dez. 2020

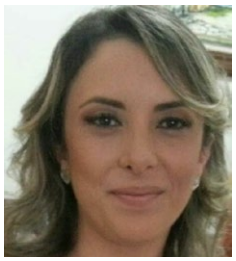
_____. O papel da ONA na construção do sistema de saúde brasileiro. **ONA**, [s.d.]. Disponível em: https://www.ona.org.br/anexos/resumo_pt.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

AUTORES



Adriana V. Torres de A. Fernandes

Farmacêutica formada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), com título de especialista em Farmácia Clínica e em Gestão da Qualidade em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Docente em cursos de curta duração e pós-graduação em Gestão da Qualidade e Acreditação em Saúde. Atualmente, atua como analista da Qualidade e Observadora ONA na Organização Nacional de Acreditação (ONA).



Aline Beviláqua

Enfermeira com MBA em Gestão da Saúde, Auditoria e Acreditação Hospitalar pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenadora do MBA em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente e docente de cursos de extensão, imersão e pós-graduação no Iespe. Enfermeira coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente e da Gestão do Corpo Clínico do Hospital Monte Sinai, em Juiz de Fora. Coordenadora do Núcleo Zona da Mata Mineira da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp). Membro da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp). Professora e palestrante da ONA.

Ana Paula Gonçalves Stutzel

Especialista em Ciência da Melhoria pela Improvement Science Consulting (ISC), com curso de Ciência da Melhoria pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Possui MBA Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora de Qualidade e Processos do Hospital Santa Teresa – Rede Santa Catarina. Atuou como técnica em Avaliação da Conformidade no Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), e em diversas comissões de estudo da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Auditora ISO 9001.

Andréa Prestes

Graduada em Administração e mestranda em Gestão da Saúde pela Universidade Nova de Lisboa/Portugal. Possui MBA em Gestão Hospitalar e Especialização em Qualidade nos Serviços de Saúde. Especialista em Lean Healthcare, com certificação Master Black Belt Lean Six Sigma. Leader Coach, Personal & Professional Coach, Executive & Business Coach, Positive Psychology Coach e Alpha Coach. Coordenadora científica do Manual do Gestor Hospitalar, volumes 1 e 2, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Professora conteudista da Organização Nacional de Acreditação (ONA). CEO do Andréa Prestes Institute (API) e general manager Portugal da American Accreditation Commission International (AACI).

Audrey Rippel

Mestra em Calidad e Seguridad del Paciente pelo Instituto Universitario Avedis Donabedian – Universidad Autonoma de Barcelona. Possui MBA executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), curso de extensão em Controladoria pela FGV, capacitação em Segurança do Paciente pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Especialista em Administração Hospitalar pelo Ipep. Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Realizou dezenas de coordenações de diagnósticos, certificações e manutenções nas metodologias de acreditação da ONA e da ACI. Atualmente, é diretora da Health Search Brasil Americas (HSB/A).

Camila Deister

Enfermeira formada pela Universidade Severino Sombra. Especialista em Cardiologia pela Universidade Gama Filho e em Gestão da Qualidade em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Docente em Gestão de Saúde. Atualmente, atua como analista da Qualidade e Observadora ONA na Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Cássia Manfredini

Formada em Administração de Empresas pela Universidade Anhembi Morumbi. Tecnóloga em Gestão da Qualidade pela Universidade Santo Amaro. Especialista em Gestão por Processos pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) e em Gestão da Informação pela Universidade Anhembi Morumbi. Trabalha há mais de 12 anos na área da Saúde. Ex-gerente de Normas e Sistemas da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Daniela Siccardi Menezes

Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela mesma instituição. Mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Doutora em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fellowship ISQua. Improvement advisor IHI/ISC.

Fabiana Rigolo

Enfermeira formada pela Universidade de Marília, com título de pós-graduação em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Universidade de Lisboa, e em Unidade de Terapia Intensiva e Gerenciamento do Serviço de Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo. Atuou, até 2020, como analista da Qualidade e observadora ONA na Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Fabrízio Rosso

Administrador hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Especialista em Didática do Ensino Superior pela Universidade Mackenzie-SP e em Dinâmica Organizacional – Liderança e Motivação pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Mestre em RH pela Universidade Mackenzie-SP. Autor dos livros "Gestão ou Indigestão de Pessoas? Manual de Sobrevivência para RH na área da Saúde" e "Liderança em 5 Atos – Ferramentas Práticas para Gestores na Área da Saúde". Sócio e diretor executivo da Fator RH. Docente em vários cursos de pós-graduação na área de Gestão Hospitalar.

Gilvane Lolato

Graduada em Administração de Empresas pela Universidade Gama Filho (UGF), com MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção pelo Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (Inesp). Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pela Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Mestranda em Gestão e Metodologias da Qualidade e Segurança da Atenção em Saúde no Instituto Avedis Donabedian, Espanha. Coordenadora do MBA Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto de Pós-Graduação e Graduação (Ipog). Atua na Gestão da Qualidade em Saúde há mais de dez anos, área na qual também é docente. Gerente de Educação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Fellowship ISQua.

José Antônio Ferreira Cirino

Comunicólogo, gestor de qualidade, professor e pesquisador. Doutor em Comunicação e Sociabilidade pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com pós-doutorado em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Comunicação pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Gestão de Projetos pelo Instituto de Pós-Graduação e Graduação (Ipog). Black Belt em Lean Six Sigma. Autor do livro "Gestão da Comunicação Hospitalar", coordenador científico do "Manual do Gestor Hospitalar", volumes 1 e 2, da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e organizador das obras "Mídias e Desigualdade" e "Comunicação e Mídia: interfaces com a cidadania e com a cultura". Professor conteudista da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Péricles Góes da Cruz

Médico, pós-graduado em Administração Hospitalar e em Gerência Hospitalar. Um dos fundadores da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Coautor da primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, em 1998, e dos demais Manuais de Acreditação desenvolvidos pela ONA até os dias atuais. Atualmente, é superintendente técnico da ONA.

Renata Michele Guimarães Pereira Macedo

Graduada em Enfermagem, com especialização em Saúde Pública e Terapia Intensiva. Possui MBA e cursos em escolas de negócios como Fundação Getúlio Vargas (FGV) e Fundação Dom Cabral (FDC). Possui vasta experiência no mercado corporativo, atuando em posições técnicas e gerenciais ligadas à Qualidade e à Administração Hospitalar. Atuou como avaliadora no IQG Health Services Accreditation, nas metodologias ONA e Qmentum. Atualmente, é gerente administrativa do Hospital Vila da Serra.

Rúbria Coutinho

Graduada em Psicologia e mestra em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). Certificada pela People Change/Prosci em Change Management. Possui especializações em escolas de negócios como Fundação Dom Cabral (FDC), Kellogg School of Management, Insead Executive Education e Esade Business School. Sócia-fundadora da Rúbria Coutinho Consultoria Empresarial Ltda. É professora-associada da FDC e professora convidada do IEC/PUC-Minas. Mentora em Liderança e Gestão de Pessoas. Possui vasta experiência no mercado corporativo.

APRESENTAÇÃO

Apresentação

A jornada pela segurança e pelo aperfeiçoamento da experiência do paciente tem sido o grande fio condutor das ações implementadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), nessas duas décadas de atuação.

Como única instituição acreditadora no Brasil, responsável por desenvolver e gerir altos padrões de qualidade e segurança para assistência prestada em hospitais, clínicas, laboratórios e centros de saúde, a ONA também tem evidenciado a sua vocação educativa no preparo de líderes. Suas contribuições têm possibilitado a capacitação de profissionais que podem e devem promover as transformações necessárias ao aprimoramento do setor.

Esse protagonismo da instituição, na qualificação do sistema de saúde brasileiro, alcançou, neste ano de 2020, o mais alto reconhecimento da International Society for Quality in Health Care (ISQua). Desde o mês de outubro, a ONA passou a integrar o Conselho de Governança da mais importante autoridade de saúde e segurança do planeta, parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com esta obra, lançada como parte das comemorações do aniversário de 20 anos da instituição, a ONA dá mais uma contribuição à formação e à contínua atualização dos atores que constroem cotidianamente o sistema de saúde brasileiro. Sua importância ainda deve ser destacada pelo contexto e pela singularidade do ano de 2020, marcado por um cenário pandêmico que impactou todos os sistemas de saúde do mundo.

Esse quadro revelou como é imprescindível aos serviços de saúde estarem prontos para as possíveis intempéries no setor, ou seja, gestores precavidos contra cenários adversos, abertos a inovações e tecnologias e, sobretudo, municiados de um bom time de colaboradores capacitados e atualizados.

É importante ter em mente que a missão de promover mudanças na cultura organizacional dos estabelecimentos de saúde, com a perspectiva de aprimorar os serviços prestados à população, não é uma tarefa fácil. Requer liderança e contínuo preparo de todos os colaboradores da instituição.

Nesta obra, estão elencados os temas que auxiliarão gestores e profissionais de saúde a obterem uma visão sistêmica do funcionamento dos serviços nos quais atuam. São oferecidos conhecimentos práticos que ajudarão esses atores a organizar processos de trabalho, atuar com planejamento estratégico, mapear e gerir riscos, bem como estabelecer uma cultura corporativa voltada à qualificação dos resultados apresentados pela unidade.

PALAVRA DO PRESIDENTE

Palavra do Presidente

Ao longo dos últimos 20 anos, a atuação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) tem sido imprescindível para a construção e o contínuo aprimoramento do sistema de saúde brasileiro. Os padrões e as metodologias desenvolvidos pela instituição, para aferição da qualidade dos serviços prestados à população, têm contribuído com a geração de uma cultura de qualificação, que abrange espaços físicos, rotinas de produção e preparo de líderes que estão em posição estratégica para contribuir com o aperfeiçoamento de toda a cadeia de serviços da saúde.

Essa importante missão de atuar como uma indutora de políticas e práticas voltadas à melhoria contínua da assistência ofertada em hospitais, clínicas, consultórios e centros de saúde pelo país tem possibilitado à ONA promover transformações gerenciais e comportamentais, com uma única meta em vista: estabelecer uma marca de credibilidade para o cliente final, ou seja, o paciente.

Os reflexos dessa contribuição estão presentes na forma como as organizações de saúde passaram a trabalhar, com metas de segurança definidas, além de modelos de gestão estruturados; na implementação de políticas bem conduzidas para o desenvolvimento de recursos humanos; na adoção de tecnologias adequadas para segurança do paciente; e na geração de uma cultura do conhecimento e da qualificação permanente no setor.

Esta publicação é mais uma contribuição da ONA ao aprimoramento do sistema de saúde brasileiro. Ela tem o propósito de fornecer aos gestores e profissionais da área, de forma acessível, orientações para a implementação da Gestão da Qualidade, da Segurança do Paciente e da Acreditação em Saúde.

O contexto em que esta publicação é lançada, a singularidade deste ano de 2020, não poderia deixar de ser abordado. A pandemia de Covid-19 impactou de forma surpreendente os serviços de saúde em todo o mundo, estabelecendo transformações significativas no dia a dia dos profissionais. Neste cenário, de tamanha imprevisibilidade, o grande desafio colocado às gestões é oportunizar aos profissionais de saúde a melhoria contínua de sua atuação, com todo o suporte de conteúdos e capacitações acessíveis.

Certamente, esta obra oferece as orientações que auxiliarão cotidianamente o gestor em tomadas de decisões focadas, sempre, na obtenção do máximo de benefícios com o mínimo de riscos à saúde de pacientes e profissionais.

Em nome do seu Conselho Administrativo, a ONA agradece aos autores que contribuíram com a construção desta importante ferramenta gerencial. Aos leitores, fica o sincero desejo de que esta obra possa auxiliá-los a promover transformações e melhorias em suas atuações profissionais e, consequentemente, no estabelecimento de saúde em que atuam.

Boa leitura!

Cláudio José Allgayer
Presidente da ONA

PREFÁCIO

Prefácio

A QUALIDADE E A ACREDITAÇÃO COMO VALOR AGREGADO E PERCEBIDO PELOS PROFISSIONAIS E PACIENTES

Péricles Góes da Cruz

INTRODUÇÃO

O valor do cuidado de saúde é a qualidade em relação à assistência prestada. E a qualidade da assistência prestada deve ser percebida pelo paciente. Mas, para que isso aconteça, é importante estabelecer o meio do caminho com valor agregado para os profissionais que são responsáveis pela prestação da assistência. Para tanto, é necessário capacitar os profissionais e fazer com que eles percebam o quanto as atividades que são executadas agregam valor para eles e são percebidas pelos pacientes. Ao final, conseguiremos ter os profissionais satisfeitos, pois realizaram um trabalho excelente e de resultados positivos, e um paciente satisfeito, pois as suas expectativas foram atendidas.

Atualmente, o momento na área da saúde é de ascensão para implantação da qualidade e da acreditação nas organizações de saúde. Profissionais de saúde, independentemente da categoria, buscam, cada vez mais, profissionalização nestas áreas para trabalhar e promover as organizações de saúde. Mas, ao mesmo tempo, precisamos diminuir o abismo entre o que se espera em relação à qualidade e à acreditação e o que, de fato, acontece. Não podemos afastar os profissionais de saúde do cuidado ao qual foram designados para que possam gerar evidências para qualidade e acreditação onde, ao final, não irão gerar valor agregado para os profissionais e muito menos valor percebido aos pacientes. A grande prioridade sempre deve ser a segurança dos pacientes dentro das organizações de saúde, e o lado humano dos profissionais jamais deve ser deixado de lado.

O Institute of Medicine (Instituto de Medicina, uma organização não governamental sem fins lucrativos), dos Estados Unidos, publicou, em 2001, um relatório intitulado "*Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*" (em tradução livre: "Cruzando o Abismo da Qualidade: um Novo Sistema de Saúde para o Século 21). O relatório provoca uma reflexão sobre a necessidade de transformação do sistema de saúde, e relata que problemas de qualidade ocorrem devido à forma como o cuidado está organizado (IOM, 2001).

Não podemos mudar a forma da prestação do cuidado forçando os profissionais a trabalharem mais, e sim capacitando os profissionais de saúde para mudarem a maneira de trabalhar, otimizarem recursos e utilizarem de novas tecnologias que possam apoiar e facilitar o trabalho no dia a dia. Pesquisas e experiências demonstram como podemos melhorar a forma como trabalhamos, evitando, assim, hipóteses ou mudanças sem sucesso, alcançando resultados positivos. Podemos adaptar o que já deu certo em algum lugar e em alguma organização para a realidade das nossas organizações. Para que este processo aconteça e seja mantido, precisamos de uma liderança forte e efetiva dentro das organizações de saúde. Uma liderança que influencia de forma positiva, para que os profissionais percebam o valor agregado nas atividades que executam.

O livro "Uma Transformação na Saúde" conseguiu evidenciar que é possível um tipo diferente de assistência à saúde. "Uma assistência mais focada no paciente, com menos desperdício e custos, e melhores resultados médicos" (TOUSSAINT; GERARD; ADAMS, 2012).

Toussaint, Gerard e Adams (2012) acreditam que o foco no paciente, no valor e no tempo está consolidado como um fundamento da melhoria contínua em que são possíveis melhores resultados.

> Partindo da ideia e do valor proporcionado aos pacientes e pensando cuidadosamente o processo de provimento a fim de criar este valor, provamos que é possível aperfeiçoar a experiência do paciente e[,] ao mesmo tempo[,] melhorar radicalmente os resultados médicos e reduzir os custos (TOUSSAINT; GERARD; ADAMS, 2012).

No decorrer da leitura, é possível perceber a preocupação e a importância do envolvimento e do comprometimento de uma equipe inteira, desde a operação até a mais alta liderança, e que precisamos, de forma urgente, entender como se entrega valor na assistência à saúde. Este entendimento precisa partir de todas as partes interessadas, sejam elas ligadas diretamente ou indiretamente à assistência, sejam pacientes, familiares e cuidadores, sejam órgãos reguladores ou as mais diversas organizações que, de alguma forma, têm relação com o sistema de saúde.

Levantar e discutir esse tema é muito importante, porém precisamos de ação e resultados mais rápidos e efetivos. Compreender o que, de fato, acontece no interior do sistema de saúde é essencial para gerar a transformação.

E falando sobre transformação no sistema de saúde, Vincente Falconi Campos, em seu livro "Gerenciamento da Rotina de Trabalho no Dia a Dia", apresenta um fluxograma da caminhada para a excelência por meio de fases que são desde entendendo seu trabalho, arrumando a casa, ajustando a máquina, até caminhando para o futuro. Durante as fases, propõe a padronização dos processos, a eliminação das anomalias, a implantação de melhorias e o monitoramento (CAMPOS, 2004). Precisamos, de fato, organizar a casa, aprender a gerenciar e a trabalhar com resultados. Mas toda metodologia implantada precisa fazer sentido para quem utiliza; caso contrário, torna-se um peso em vez de ser uma transformação positiva.

Os líderes são peças fundamentais para toda essa transformação. Eles impulsionam as equipes para a melhoria contínua dos processos nas organizações de saúde.

COMO A QUALIDADE E A ACREDITAÇÃO PODEM AGREGAR VALOR PARA OS PROFISSIONAIS?

Figura 1 – Valor gerado para profissionais de saúde

Fonte: Google.com

O histórico da qualidade e da acreditação é promover melhorias nas organizações de saúde, fazendo com que os resultados sejam melhores a cada dia. A qualidade, quando implantada em toda uma organização, pode proporcionar a esta a oportunidade de almejar uma acreditação ou uma certificação como reconhecimento de um trabalho realizado. Porém, muitas das vezes, acontece o contrário: a acreditação acaba sendo uma mola propulsora e um grande motivo para implantar a qualidade.

A qualidade, quando implantada em uma organização, precisa fazer sentido para os profissionais. Eles precisam entender o quanto que ela irá apoiar a realização das atividades no dia a dia. Que o grande objetivo da qualidade é atender às necessidades e satisfazer as expectativas do cliente-paciente.

O método de implantação da qualidade será o grande diferencial para fazer com que esta agregue valor para os profissionais e diminua cada vez mais o abismo que existe entre a assistência prestada e a planejada. E este método de implantação depende de um modelo de gestão que seja eficaz e, de fato, promova melhores resultados para as organizações de saúde.

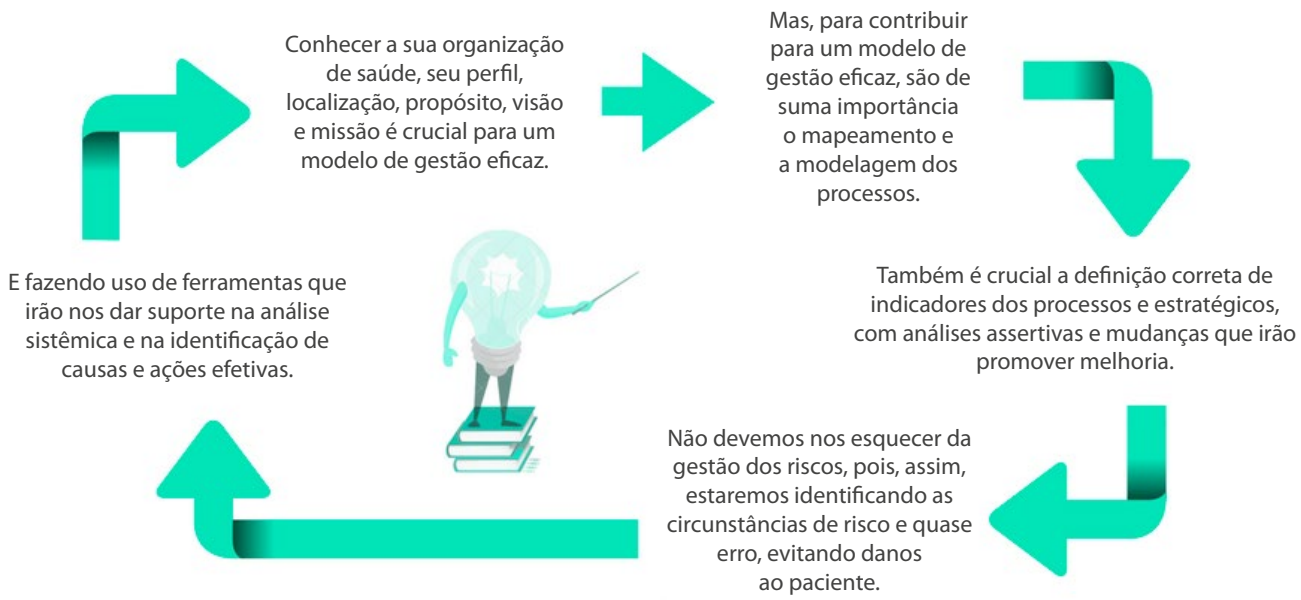


Figura 2 – Exemplo de um método de implantação da qualidade

Fonte: elaboração do autor.

No exemplo citado acima, o modelo de gestão é alinhado à estratégia e desdobrado até os processos, que, por sua vez, são modelados e claramente identificados pelos profissionais como gerenciais, primários e apoios. Desta forma, cada profissional, dentro do seu processo, entende o produto do processo, bem como suas entregas, seus riscos e o resultado esperado do processo. A partir deste resultado esperado é que são definidos os principais resultados de gestão, que são indicadores, relatórios de auditorias, relatórios de circunstâncias de riscos, quase erros, eventos adversos, não conformidades dos processos, satisfação do cliente etc.

Com os resultados levantados e monitorados, é possível utilizar das ferramentas de gestão da qualidade para análise de causa e definição de mudanças que irão gerar melhorias nos processos.

Dessa forma, a qualidade faz sentido para os profissionais, pois, assim, toda ação será a partir da análise do resultado do processo, todo documento estará vinculado a algum processo, e a estratégia será desdobrada até a ponta.

O profissional que executa a atividade no dia a dia passará a entender que esta tem um impacto no resultado do processo, e que este resultado terá impacto no alcance da estratégia organizacional, ou seja, tudo passa a fazer sentido, pois tudo está interligado de alguma forma, e, assim, passa a ter valor agregado. Consequentemente, o profissional irá executar as atividades de forma prazerosa e com amor ao trabalho, pois entende, por exemplo, que, se não monitorar a temperatura de uma geladeira da forma adequada, terá um medicamento sem efeito terapêutico, além de uma grande perda financeira, e que este medicamento sem efeito terapêutico vai gerar uma insatisfação no paciente, resultando no não atendimento da sua expectativa, pois não irá melhorar no tempo certo e sem eventos adversos.

Demonstrar toda essa lógica na prática do dia a dia aos profissionais de saúde é um desafio constante da liderança, que, por sua vez, precisa estar capacitada e preparada.

Preparar pessoas é investimento, jamais custo! Um profissional preparado para liderança terá sabedoria para utilizar os recursos da melhor forma, evitando, assim, os desperdícios, influenciando a equipe para o melhor resultado e atendendo às expectativas e às necessidades dos pacientes.

Dessa forma, a organização estará preparada para receber o certificado de uma acreditação, pois cumpre, naturalmente, com os padrões de qualidade e segurança dos pacientes.

Portanto, a qualidade e a acreditação podem e devem gerar valor agregado para os profissionais de saúde.

A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA QUE AGREGA VALOR

A implantação de ações de melhoria e boas práticas da qualidade e segurança do paciente em serviços da saúde associados à acreditação proporcionam aumento da produtividade, maior satisfação aos pacientes e clientes, e agregam valor à instituição.

A TRANSFORMAÇÃO PROVOCADA DURANTE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

Os resultados provenientes da implantação do processo de acreditação promovem mudanças positivas nas organizações de saúde, tais como:

» Torna a gestão por processos base de toda a organização para a obtenção da segurança por meio das medidas preventivas;
» Busca provocar nos colaboradores o olhar para os resultados de maneira que a tomada de decisão seja consistente e a gestão assertiva;
» Faz com que a interface entre os processos seja de fato uma entrega de valor entre as equipes de saúde;
» Organiza a atuação dos núcleos de segurança e qualidade, de modo que as ações estejam alinhadas o tempo todo;
» Utiliza ferramentas da qualidade para a transformação não somente nos processos e nas pessoas, mas, também, na organização, internalizando a cultura de segurança em todas as partes interessadas.

Desta forma, o papel da liderança é essencial, bem como a comunicação eficaz, estruturando uma ponte de ligação entre todos os processos da organização.

COMO A QUALIDADE E A ACREDITAÇÃO PODEM GERAR VALOR PERCEBIDO PARA OS PACIENTES?

Figura 3 – Valor gerado para os pacientes

Fonte: Google.com

O investimento para reduzir custos e, também, diminuir desperdício podem ser algumas iniciativas que agregam valor aos pacientes. Se estamos computando reinternações, retornos, eventos adversos evitáveis, é crucial que estas informações sejam trabalhadas e analisadas em tempo real, para a tomada de decisão ser assertiva. Porém, o que acontece, muitas das vezes, é que a organização de saúde não quer ter este tipo de investimento e acaba acessando a informação tardiamente, perdendo a oportunidade de melhorar e de promover transparência para com o paciente, que, com certeza, seria muito mais satisfeito se soubesse da real situação e o quanto a organização está se esforçando e investindo para que aquilo não volte a acontecer.

Sabemos, há muito tempo, que uma das principais causas para eventos adversos evitáveis é a falha na comunicação. Estamos cientes do quanto a falha ou a falta da comunicação e da transparência provoca insatisfação nos pacientes e, mesmo assim, não preparamos como deveríamos os nossos profissionais e não investimos o necessário em sistema de coleta, tratamento e monitoramento de informações que poderiam nos ajudar a ter uma tomada de decisão mais assertiva.

Para uma organização de saúde, se o tratamento presente for inadequado ou causar dano ao paciente, qualquer preço a pagar será sempre muito elevado, e, para o paciente, pode custar a sua vida.

Quando a organização atende à necessidade do paciente e supera suas expectativas em relação ao que realmente importa para ele, ela consegue gerar valor. É o olhar que a organização pode ter para além da prestação da assistência. Olhar para a sociedade onde este paciente vive, suas condições e seus familiares, e levar tudo isso em consideração para o tratamento ou, simplesmente, para o conforto.

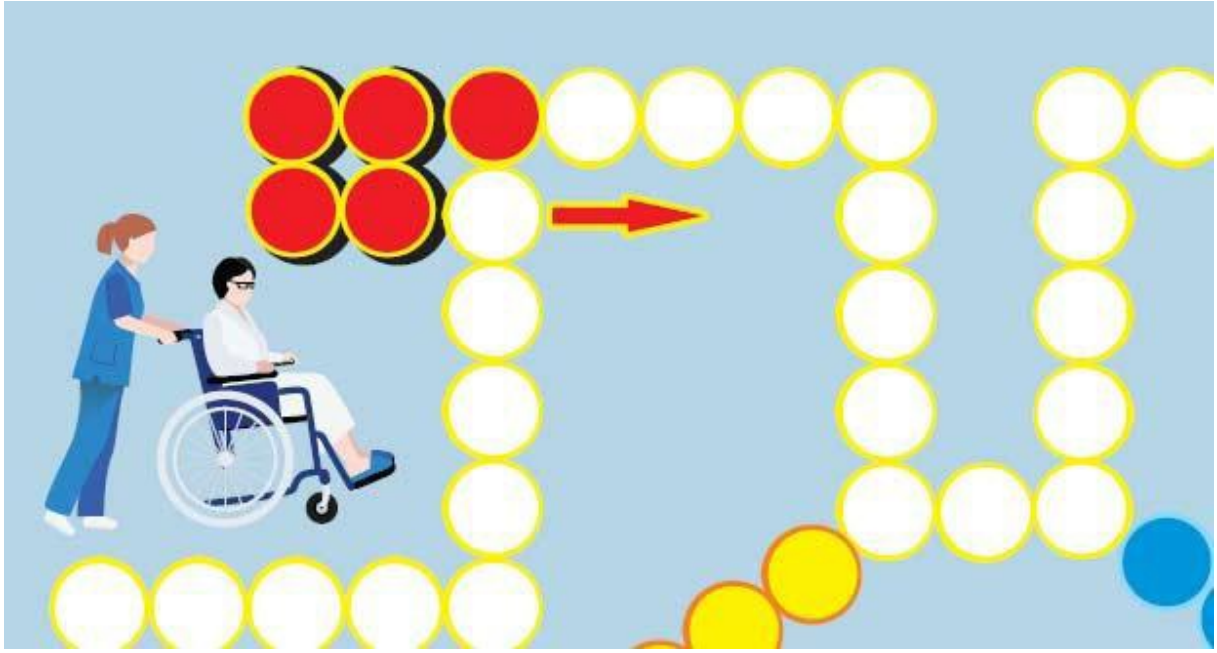


Figura 4 – Valor gerado para os pacientes

Fonte: Harvard Business Review.

O valor percebido pelo paciente é:

» Quando ele chega na recepção de uma organização de saúde e o profissional lhe atende com um sorriso no rosto, lhe cumprimenta e o trata com atenção, como se fosse o único paciente naquele momento;

» Quando ele é atendido em uma emergência dentro do tempo certo, com o cuidado e a delicadeza necessários, bem como clareza nas informações;

» Se precisar ser internado, é levado com carinho e cuidado até seu leito, recebendo todas as informações necessárias para o seu tratamento;

» Quando ele é ouvido, mas também sabe ouvir, para que ambas as partes possam dar o seu melhor.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. São Paulo: INDG, 2004.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st Century. Washington: IOM, 2001.

TOUSSAINT, J.; GERARD R. A.; ADAMS, E. **Uma transformação na saúde**: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman, 2012.

SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (SBA)

1

Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA)

Gilvane Lolato
Cássia Manfredini

INTRODUÇÃO

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) surgiu com a necessidade de desenvolvimento de padrões de qualidade e segurança para acreditação de organizações prestadoras de serviço de saúde.

O SBA é independente, privado, constituído de forma representativa por membros que compõem os diversos segmentos sociais relacionados à saúde, à sociedade civil e ao sistema de saúde brasileiro.

É, também, constituído por um conjunto de estruturas, processos e instituições que têm por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil.

Composição do SBA ONA:

» Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como objetivos principais a normatização, a coordenação e a implementação do processo de acreditação nas organizações e nos serviços de saúde;
» Entidades fundadoras e entidades associadas;
» Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs) com a função de executar as atividades do processo de acreditação;
» Organizações prestadoras de serviços de saúde;
» Organizações prestadoras de serviços odontológicos;
» Organizações que prestam serviços para a saúde (selo de qualificação);
» Avaliadores do SBA;
» Profissionais de saúde.

Figura 1 – Composição do SBA ONA
Fonte: elaboração das autoras.

ONA

A ONA é responsável pelo desenvolvimento e pela gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde.

Fundada em 1999 como uma instituição privada, de interesse coletivo e sem fins lucrativos, sua função é coordenar e gerir o SBA, bem como incentivar o Setor Saúde a aprimorar seus processos de gestão e qualidade dos serviços prestados.

Com 20 anos de atuação e mais de 800 instituições certificadas, a ONA consolidou-se como a principal acreditação de saúde do Brasil.

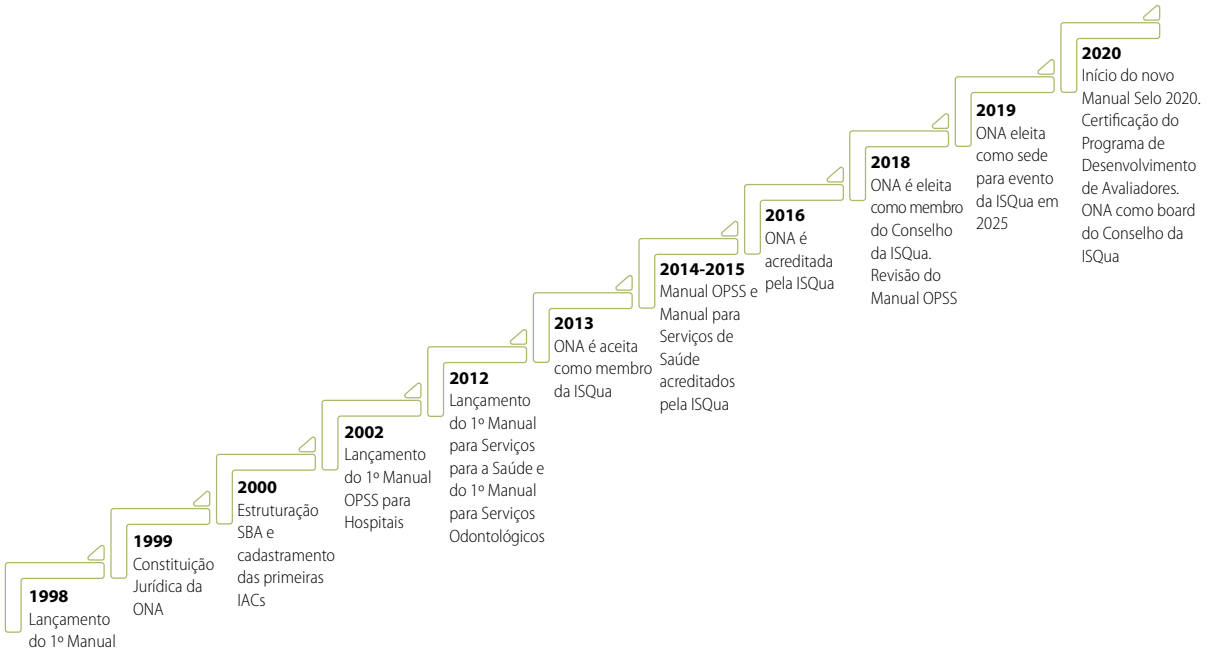


Figura 2 – Linha do tempo: marcos ONA

Fonte: elaboração das autoras.

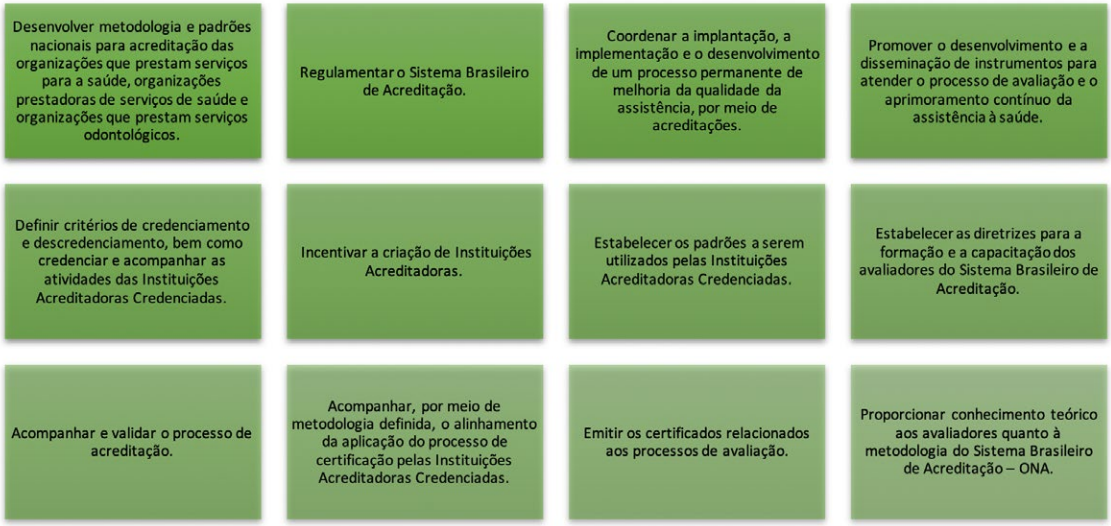


Figura 3 – Atribuições e responsabilidades da ONA

Fonte: elaboração das autoras.

A ONA é reconhecida pela International Society for Quality in Health Care (ISQua), associação parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que conta com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países.

A parceria com a ISQua foi muito importante para o crescimento do SBA ONA, uma vez que proporciona atualização e conexão com as tendências mundiais para a melhoria contínua, tanto no sistema quanto nos serviços de saúde, como também o conhecimento do que está acontecendo no mundo em relação à acreditação, à qualidade e à gestão dos serviços de saúde.

Ser uma organização reconhecida pela ISQua atesta que a ONA está entre as melhores acreditadoras mundiais, mesmo em comparação a países desenvolvidos.

Figura 4 – Certificações da Acreditação ONA

Fonte: elaboração das autoras.

O primeiro produto certificado pela ISQua é o Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

Com essa conquista, os padrões praticados pela ONA passam a ser reconhecidos internacionalmente pela ISQua, a mais importante instituição de acreditação mundial em saúde e a única que certifica outras organizações acreditadoras.

Isso significou um grande ganho não só para a ONA, como também para todo o Brasil, uma vez que, hoje, aproximadamente 80% das instituições acreditadas no país adotam os padrões ONA, que é a única organização responsável pelo desenvolvimento e pela gestão dos padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde em todo o Brasil.

ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

A acreditação é um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. É uma ferramenta de gestão que vai propiciar ao hospital ou à instituição de saúde mecanismos para se atingir a tão sonhada qualidade.

Ela pode ser concedida por uma entidade nacional ou internacional a um serviço de saúde que atende a determinados padrões estabelecidos de qualidade e segurança.

Trata-se de uma metodologia que busca preencher lacunas, remover deficiências e estabelecer uma cultura de melhoria contínua e da excelência gerencial e assistencial.

A acreditação, longe de representar apenas um certificado de qualificação, constitui-se um processo de alinhamento dos mais variados serviços, unidades e setores, que proporcionam o desenvolvimento e a execução de atividades, promovendo a melhoria do desempenho gerencial e assistencial das organizações de saúde.

Quando as organizações optam por fazer parte do processo de acreditação, elas escolhem incluir mudanças positivas, como:

- Estabelecimento de modelos de gestão;
- Maior interação entre os processos;
- Melhor desempenho dos processos;
- Capacitação e desenvolvimento dos colaboradores;
- Gestão por resultados;
- Melhora no desfecho clínico dos pacientes;
- Segurança dos pacientes;
- Interação, qualificação e desempenho de fornecedores e prestadores de serviço.

A ACREDITAÇÃO ONA

O SBA considera que a organização de saúde é um sistema complexo, no qual as estruturas, os processos e os resultados da organização estão interligados de tal forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. No processo de avaliação e na lógica do SBA, não se avalia um setor ou processo isoladamente.

A Acreditação ONA é um método de avaliação sistêmica que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no Setor Saúde. Por meio dela, as organizações de saúde adquirem reconhecimento público e proporcionam, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados.

Trata-se, portanto, de mérito que une a constatação da competência técnico-assistencial com o estímulo à contínua melhoria dos serviços prestados.

Realizada de forma voluntária e reservada, a Acreditação ONA não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua.

O processo de Acreditação ONA é uma ferramenta desenvolvida para auxiliar as organizações a avaliarem seus processos e a identificarem onde são necessárias melhorias. É, também, uma abordagem objetiva, mensurável e de aplicação fácil e coerente.

A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA QUE AGREGA VALOR

A implantação de ações de melhoria e boas práticas da qualidade e segurança do paciente em serviços de saúde, associada à acreditação, proporcionam aumento da produtividade, maior satisfação dos pacientes e dos clientes, e agregam valor à instituição.

A acreditação:

» É a mola propulsora para a estruturação e o desempenho dos processos de apoio e assistenciais, de modo a estabelecer melhores resultados;
» É o alicerce para a implantação da gestão da qualidade e segurança do paciente, associada à rotina do dia a dia dos colaboradores, que encontram motivação e oportunidade de colocar em prática ideias e ações que beneficiarão a organização como um todo;
» Promove a busca contínua por um padrão de orientação aos pacientes e aos familiares quanto aos procedimentos realizados, por meio de processos bem equacionados, aumentando, assim, os níveis de segurança no atendimento;
» Estimula e impulsiona as organizações a definirem diretrizes por meio das políticas, dando aos gestores apoio e sustentação para a tomada de decisão;
» Otimiza a utilização dos recursos humanos, de infraestrutura e financeiros, bem como provoca a organização para a gestão financeira, de maneira que tenha a redução de desperdícios;
» Traz, de forma assertiva, a importância de a organização desenvolver seus colaboradores e, principalmente, capacitar os líderes para conduzir todo o processo, envolver a equipe como um todo, tornando o processo da acreditação agregador e sustentável.

MANUAIS DE ACREDITAÇÃO DO SBA

O Manual Brasileiro de Acreditação é um instrumento consistente e objetivo, colocado à disposição de todos aqueles que prestam assistência de qualidade aos pacientes.

Nossos manuais são específicos para diferentes tipos de estabelecimentos: hospitais, ambulatórios, laboratórios, *home care*, clínicas de hemoterapia, serviços de pronto atendimento, odontológicos, de hiperbárica, de terapia renal substitutiva e de diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear.

A ONA também certifica serviços de apoio a instituições de saúde, como lavanderia, engenharia clínica, higienização, nutrição, dietoterapia, esterilização e manipulação.

Por não ter caráter prescritivo, a Metodologia de Acreditação da ONA não traz recomendações específicas sobre ferramentas, técnicas, processos ou linhas metodológicas a serem seguidos pelas organizações que se submetem à avaliação.

Os manuais da coleção Manual Brasileiro da Acreditação são instrumentos de avaliação desenvolvidos para verificar a qualidade e a segurança nas organizações do Setor Saúde. É a referência nacional para ser utilizada pelas IACs do SBA, coordenado pela ONA, atualizado periodicamente em seus níveis, padrões e requisitos.

Os manuais que atualmente compõem o SBA são:

1. Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde;
2. Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços Odontológicos;
3. Manual dos Serviços para a Saúde: Selo de Qualificação.

Organizações e serviços de saúde de qualquer porte, perfil e complexidade podem se candidatar ao processo de acreditação, desde que estejam em conformidade com os requisitos descritos nas normas orientadoras e nos manuais.

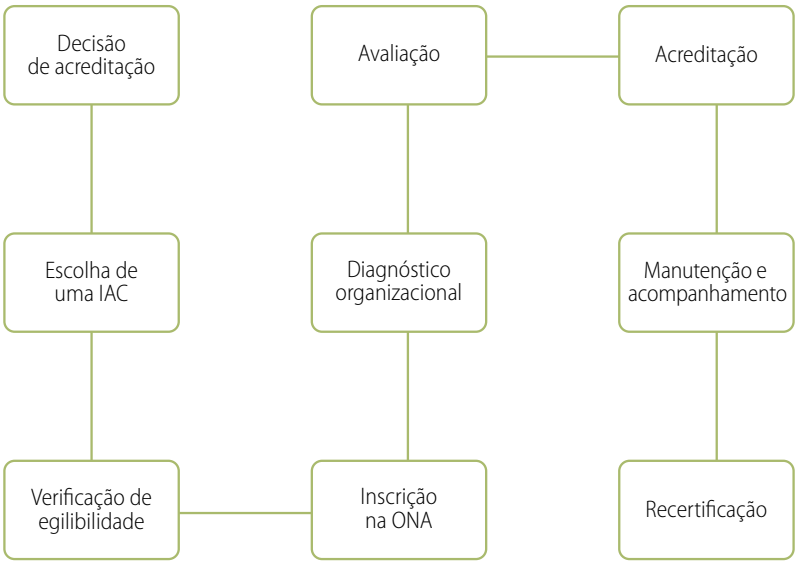


Figura 5 – Passo a passo para acreditação

Fonte: elaboração das autoras.

METODOLOGIA DE ACREDITAÇÃO ONA

O SBA ONA está consolidado em um conjunto de fundamentos de gestão.

A metodologia do SBA e seus manuais da ONA são consolidados por meio de um conjunto de fundamentos de gestão, orientados por estes fundamentos e pelas dimensões da qualidade e tendo a estrutura proposta por Donabedian (1980) – estrutura, processo e resultado – como base para definição dos padrões e dos requisitos.

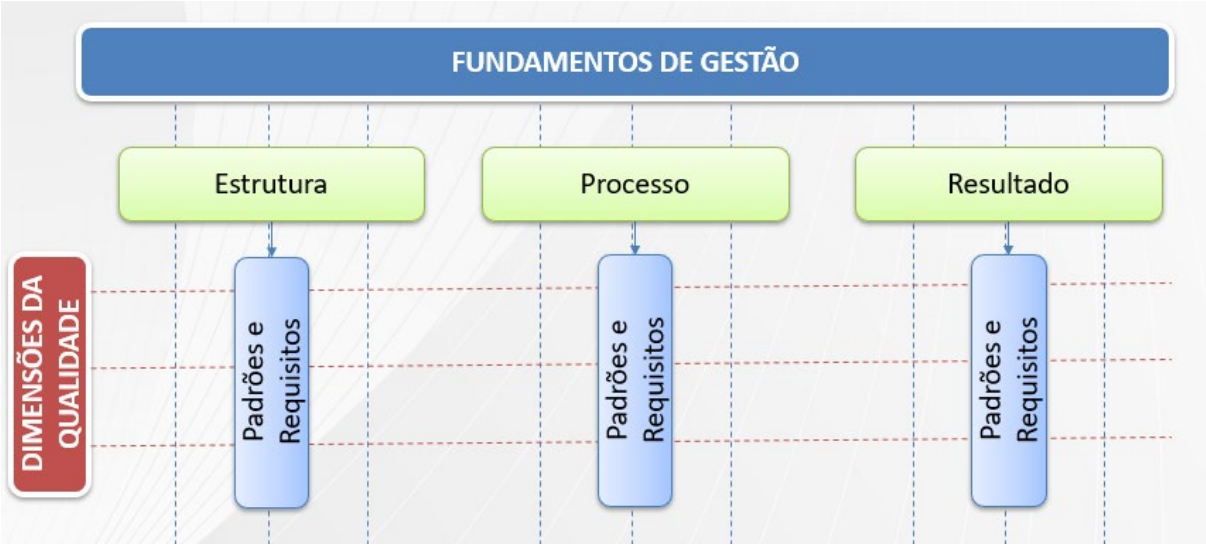


Figura 6 – Fundamentos de gestão

Fonte: elaboração das autoras.

Os níveis da ONA têm como base a estrutura proposta por Donabedian (1980), conforme a seguir:

Figura 7 – Níveis de acreditação ONA

Fonte: Manual OPSS ONA (2018).

E os níveis possuem requisitos voltados para a qualidade e a segurança do paciente. Na figura a seguir podemos conferir alguns:

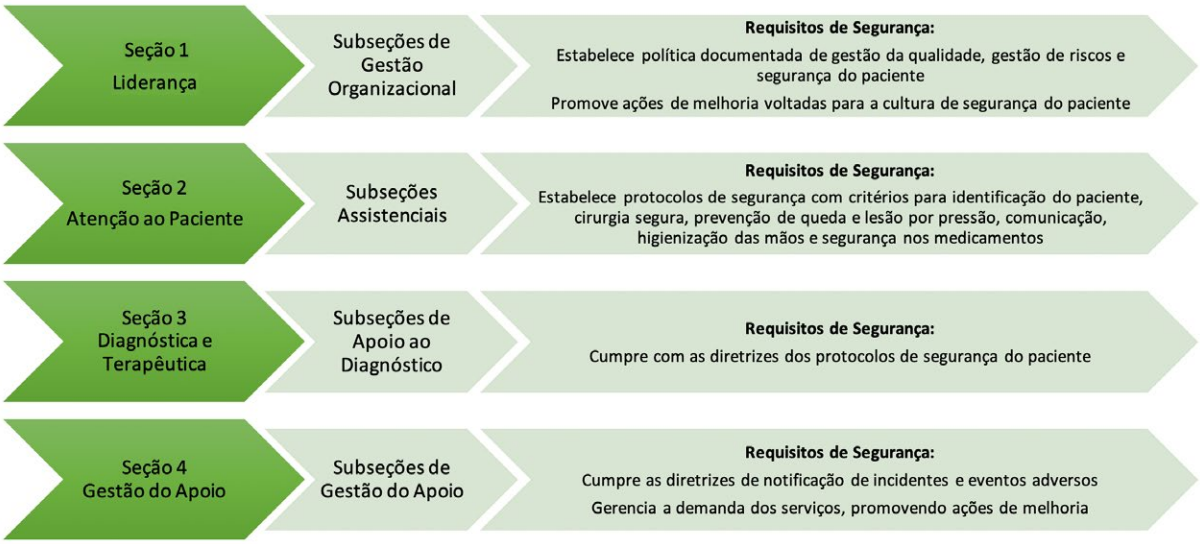


Figura 8 – Requisitos de segurança

Fonte: Manual OPSS ONA (2018).

Estes fundamentos expressam-se por meio dos padrões e dos requisitos dos manuais, e as práticas e os fatores de desempenho das organizações de saúde acreditadas devem demonstrar tais fundamentos.

Visão sistêmica

Forma de entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas de negócio e compreender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo (MOTTA, 2012).

Liderança

Mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo os fatores que afetam a organização em curto e longo prazos, visando à sua sustentabilidade (TCU, 2014 *apud* FUNDAMENTOS..., 2019).

Gestão por processos

Gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos, alinhados à visão e às estratégias da organização, focando constantemente as necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e na análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados (ONA).

Desenvolvimento de pessoas

Engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, por meio do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional (ONA, 2018).

Foco na segurança

Promoção de um ambiente seguro, mediante a adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade de a organização antecipar-se às situações indesejáveis, por meio da identificação e da avaliação dos riscos, ao longo do seu ciclo de vida, de forma a garantir que os riscos aos empregados, ao público externo, ao meio ambiente e às instalações estejam consistentemente controlados dentro dos limites de tolerância da organização (*Guidelines for Risk Based Process Safety* – CCPS, 2011).

Responsabilidade socioambiental

Relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e da minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos (ONA, 2018).

Cultura da inovação

Promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas (ONA, 2018).

Melhoria contínua

Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho (ONA, 2018).

Ética e transparência

Condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados (ONA, 2018).

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ONA

Um dos principais pilares do SBA é o Conselho de Administração da ONA, que trabalha com condutas baseadas nos princípios de transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa, desenvolvendo suas atividades de forma muito mais sustentável.

O Conselho de Administração da ONA realiza o direcionamento estratégico dos negócios, de acordo com os principais objetivos do SBA como um todo, protegendo seu patrimônio e maximizando o retorno sobre seus investimentos. A atuação deste órgão não está comprometida pelos interesses de um único membro ou grupo específico ou benefícios em prol de somente uma das partes interessadas.

A implantação, a estruturação e a atuação desse órgão consolidam um modelo de gestão com excelência, inovação e diferenciação, tornando a ONA uma organização com diferencial competitivo sustentável e estratégico no mercado, ajustado à sua realidade atual e à situação futura desejada.

A eleição dos membros do Conselho de Administração da ONA ocorre a cada três anos, em Assembleia que acontece no primeiro quadrimestre do ano. Os membros eleitos para um mandato de três anos podem ser reeleitos, e tomam posse no dia da eleição. O presidente e o vice-presidente do Conselho de Administração são definidos pela maioria de votos, pelos próprios membros do Conselho eleitos em Assembleia.

Cada conselheiro atua de forma técnica, com isenção emocional, financeira e sem a influência de quaisquer relacionamentos pessoais ou profissionais. Os conselheiros não recebem remuneração por atuar como membro do Conselho de Administração da ONA, bem como um membro de qualquer comitê ou grupo nomeado pelo Conselho.

Um dos passos importantes adotados pelo Conselho de Administração na trajetória da ONA é a adoção das boas práticas de governança corporativa, buscando diminuir suas principais fragilidades e melhorar o sistema de gestão da organização, adaptando-se à realidade do mercado, que, a cada dia, demanda um ambiente corporativo mais transparente, justo e responsável.

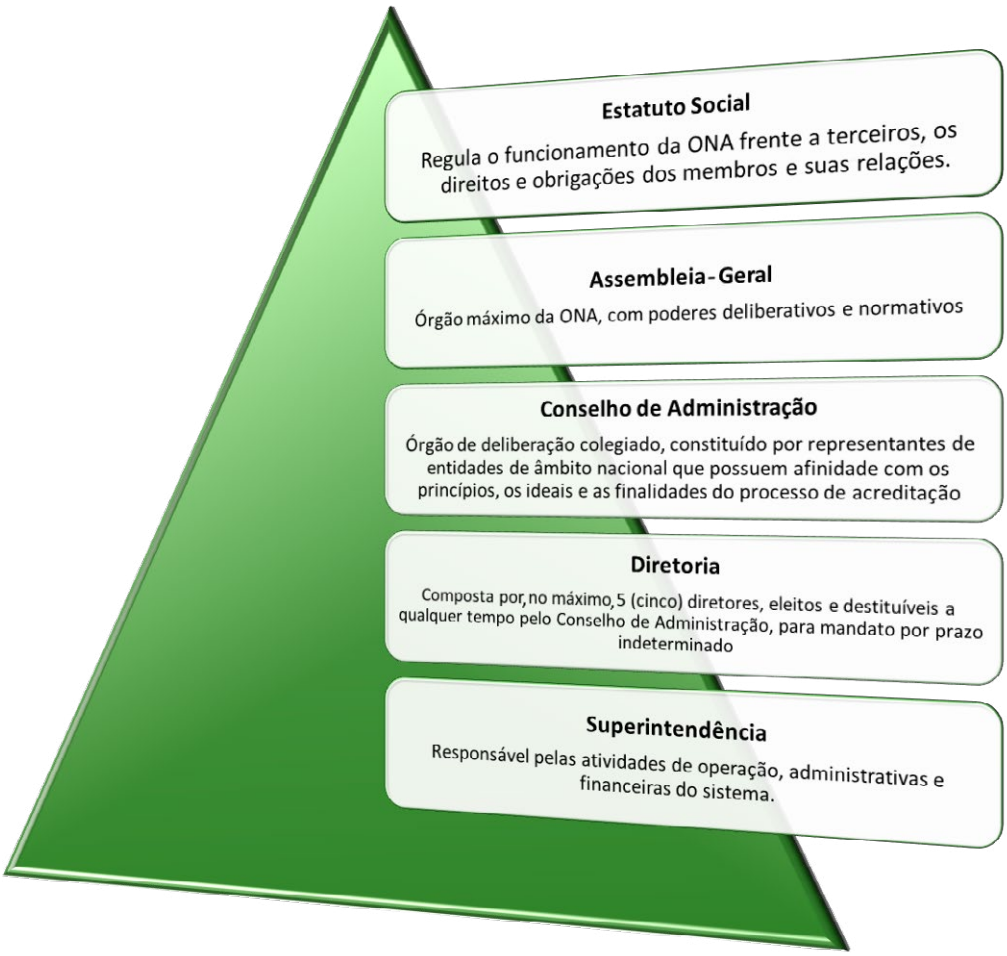


Figura 9 – Estrutura organizacional da ONA

Fonte: elaboração das autoras.

ENTIDADES FUNDADORAS E ASSOCIADAS

As entidades fundadoras associadas participaram do desenvolvimento e da implementação da Metodologia Brasileira de Acreditação desde seu início, e possuem assento permanente no Conselho de Administração da ONA.

As entidades associadas passaram a participar do processo de implementação e consolidação da Metodologia Brasileira de Acreditação ao longo dos seus anos de atuação, e podem indicar membros para a eleição dos integrantes do Conselho de Administração da ONA.

Qualquer entidade que represente interesses do Setor Saúde e que possa contribuir para a missão da ONA pode se tornar membro associado, desde que suas atividades sejam reconhecidas pela sociedade, que sua representatividade seja exercida de forma ética e em conformidade à legislação brasileira, bem como esteja constituída formalmente mediante estatuto, contrato social ou documento semelhante.

As entidades fundadoras e associadas que fazem parte do Conselho de Administração da ONA têm como papéis, atribuições e responsabilidades:

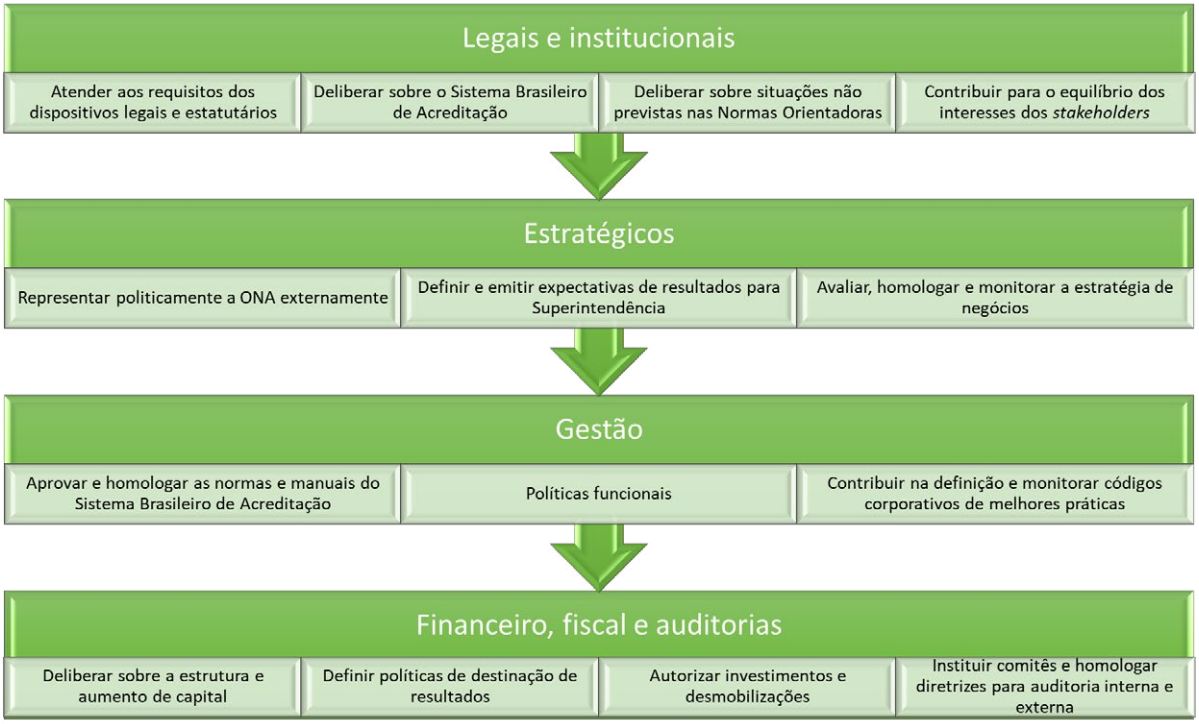


Figura 10 – Papéis, atribuições e responsabilidades das entidades fundadoras e associadas

Fonte: elaboração das autoras.

Entidades fundadoras:

» Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge);

» Confederação Nacional de Saúde (CNS);

» Federação Brasileira de Hospitais (FBH);

» Federação Nacional de Saúde (FenaSaúde).

Entidades associadas:

» Confederação Nacional das Misericórdias do Brasil (CMB);

» Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC);

» Unimed do Brasil (Unimed).

IAC

O objetivo geral da acreditação é proporcionar confiança a todas as partes de que um sistema de gestão de saúde atende a requisitos específicos, que proporcionem a segurança do paciente e a qualidade da assistência. O valor da acreditação é o grau de confiança pública estabelecida por meio de uma avaliação competente e imparcial, realizada por uma terceira parte.

Para que um organismo de acreditador possa oferecer uma acreditação que proporcione confiança, é necessário que ele seja imparcial e percebido como tal.

Portanto, a ONA, em sua origem, determinou o organismo de avaliação denominado Instituição Acreditadora Credenciada (IAC). As IACs são instituições de direito privado, com ou sem fins econômicos, credenciadas pela ONA, responsáveis por realizar as avaliações das organizações prestadoras de saúde, de acordo com os procedimentos e a metodologia definidos nas normas orientadoras e nos Manuais de Acreditação da ONA.

As IACs atuam desde o início da ONA, em que foi possível ampliar os limites e o alcance territorial das instituições de saúde acreditadas.

A IAC é responsável por avaliar evidências objetivas suficientes, nas quais possa basear uma recomendação de acreditação e do nível. Com base nas conclusões da avaliação realizada pela IAC, a ONA toma a decisão de conceder a acreditação, se houver evidência suficiente de conformidade e o cumprimento de todas as normas, ou de não conceder a acreditação, se não houver evidência suficiente de conformidade ou se houver infração quanto ao cumprimento das normas estabelecidas.

A IAC é o orientador das organizações de saúde que se candidatam à acreditação ONA, quanto ao cumprimento dos padrões e requisitos determinados pela metodologia do SBA ONA.

A experiência do cliente com o processo de avaliação para acreditação deve ser sistematicamente avaliada pela IAC, e essas informações devem gerar melhorias nos processos de trabalho.

O número de Instituições Acreditadoras a serem credenciadas é definido pelo Conselho de Administração, e o credenciamento é realizado única e exclusivamente pela ONA.

O ciclo de credenciamento de uma IAC dura três anos, sendo possível o recredenciamento. Ao longo deste ciclo, a ONA monitora a operacionalização das IACs, bem como o desempenho e os ciclos de melhoria.

Existem procedimentos na ONA que asseguram que somente sejam credenciadas Instituições Acreditadoras com condições de desenvolver um trabalho de avaliação e certificação de qualidade dentro das normas vigentes.

Hoje, a ONA conta com seis IACs para atuar em todo o território brasileiro e em todas as metodologias definidas.

Figura 11 – IACs que atuam em todo o território nacional

Fonte: elaboração das autoras.

AVALIADORES DO SBA

Diante da missão e dos objetivos da ONA, o avaliador faz parte dessa trajetória a partir do momento que segue e coloca em prática as normas, as regras, as diretrizes e as políticas da ONA, por meio da avaliação das organizações no processo de acreditação.

O avaliador é um profissional comprometido com o processo de avaliação, analisando e entendendo o perfil da organização na qual está realizando a avaliação. Tem criatividade, é inovador, flexível, resiliente, com visão e pensamento sistêmico.

O avaliador é formado e desenvolvido pela ONA e pela IAC à qual se encontra vinculado.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todos os profissionais que trabalham e apoiam organizações de saúde e organizações que prestam serviço para a saúde fazem parte do SBA.

Esses profissionais, por meio da implantação da acreditação ONA em suas organizações, estão promovendo melhoria contínua dos processos, segurança dos pacientes e resultados positivos para as instituições do Setor Saúde.

NORMAS ORIENTADORAS

As Normas Orientadoras (NOs) definem as regras tanto para o funcionamento do SBA quanto para o processo de acreditação. Todos os integrantes que compõem o SBA devem estar em conformidade com as normas estabelecidas nas NOs.

O não cumprimento das determinações das NOs pode desencadear, por parte da ONA, as seguintes ações:

» Cancelamento da acreditação vigente;

» Cancelamento ou suspenção da IAC;
» Suspenção ou exclusão de avaliadores;
» Aplicação de advertência para a parte notificada;
» Aplicação de multa para a parte notificada;
» Outra ação definida pelo Conselho de Administração da ONA.

CONCLUSÃO

A ONA reconhece que trabalha em prol de uma sociedade com múltiplas necessidades, expectativas e culturas, e afirma seu compromisso de respeitar e reconhecer essas diversidades no exercício de suas atividades.

Todas as partes que compõem o SBA trabalham de forma contínua para fazer com que o sistema esteja sempre em aprimoramento, que seja inovador e aplicável a todas as organizações de saúde do Brasil.

A busca por excelência será incentivada em cada área de atividade com o propósito de melhorar a qualidade e a segurança dos serviços prestados na saúde, com padrões e requisitos sempre alinhados às melhores práticas internacionais.

REFERÊNCIAS

CCPS – CENTER FOR CHEMICAL PROCESS SAFETY. **Guidelines for Risk Based Process Safety**. Hoboken: Wiley-Interscience, 2011.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. *In:* _____. (Ed.). **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1). FUNDAMENTOS de Gestão em Saúde: Liderança. All**an Kern Treinamento e Consultoria em Saúde**, 7 mar. 2019. Disponível em: https://www.allankern.com.br/blog/2019/03/07/fundamentos-de-gestao-em-saude-lideranca/. Acesso em: 3 dez. 2020.

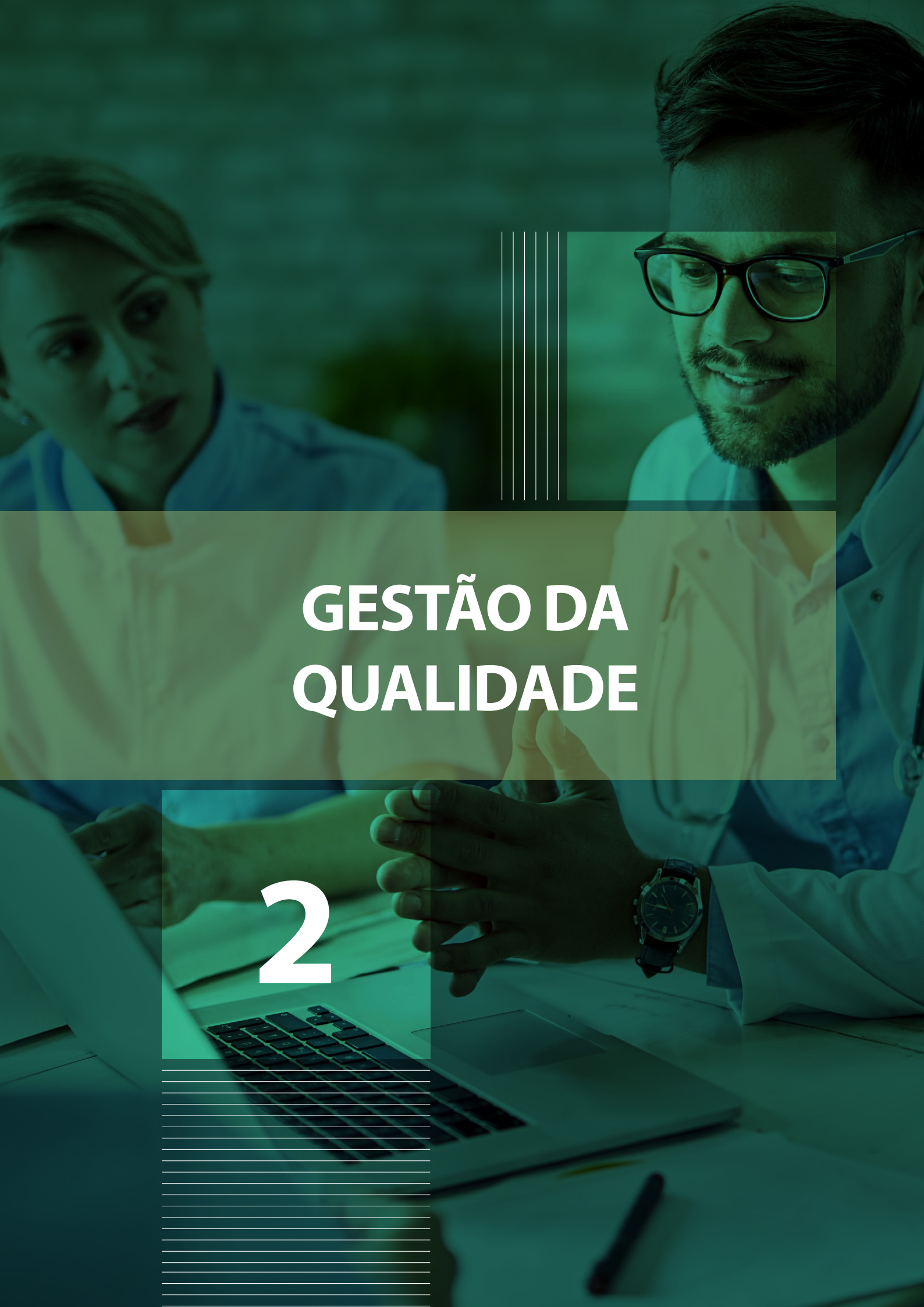
MOTTA, P. Uma visão sistêmica da gestão organizacional. **FNQ**, 30 set. 2012. Disponível em: https://fnq.org.br/comunidade/uma-visao-sistemica-da-gestao-organizacional/. Acesso em: 3 dez. 2020.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS)**. São Paulo: ONA, 2018.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO/IEC 17021:2007**. Rio de Janeiro: ABNT, 2007.

IBGC – INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **O papel do Conselho de Administração na inovação das organizações** . São Paulo: IBGC, 2019.



GESTÃO DA QUALIDADE

2

Gestão da qualidade

Andréa Prestes

INTRODUÇÃO

Falar sobre qualidade em saúde, mesmo não sendo um assunto novo, faz muito sentido na atualidade. Os profissionais e as organizações de saúde buscam fornecer serviços ótimos aos seus clientes, para manterem ou ampliarem seu espaço em um mercado cada vez mais competitivo e exigente. A prática de criar controles, padronizar processos, gerenciar riscos, para ampliar a segurança dos pacientes é uma tendência mundial. As instituições de saúde anseiam por soluções rápidas, estruturadas e eficazes, para fazerem frente às necessidades atreladas aos cuidados à saúde humana, principalmente as voltadas para o aumento da segurança dos pacientes.

A preocupação é pertinente. Estamos em constante evolução, e o surgimento de novos conceitos é recorrente. As transformações pelas quais passa a sociedade são tão velozes que os indivíduos não conseguem perceber racionalmente o processo de mudança (MAGALDI; NETO, 2018). O chamado mundo VUCA, muito debatido no meio corporativo, por ser um ambiente volátil (*volatility*), incerto (*uncertainty*), complexo (*complexity*) e ambíguo (*ambiguity*) (MACKEY, 1992). Apesar de não ser um conceito novo, está totalmente alinhado ao momento atual.

Nesse ínterim e com recursos financeiros cada vez mais restritos, as instituições de saúde procuram a sustentabilidade do negócio, e muito se apoiam nos sistemas de gestão da qualidade. O desafio que os líderes das organizações de saúde encontram é mudar o cuidado de saúde, com a promoção de melhoria que agrega valor, por meio da mudança que economiza recursos, mantém ou melhora a qualidade (ØVRETVEIT, 2015).

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA QUALIDADE

Desde a pré-história, o homem instintivamente buscava pela qualidade, quando se preocupava, por exemplo, em encontrar uma boa caverna ou ir atrás da melhor caça. Os artesãos compreendiam que seus produtos detinham qualidade, caso fossem aceitos pelos clientes. Até nessa época a qualidade não advinha de ações sistematizadas.

O trabalho voltado para a qualidade teve origem na área industrial, em que os esforços de reconhecidos gurus reportaram grandes mudanças, congregando impactos positivos e promovendo um ciclo de melhoria construída ao longo dos anos, fundamental para a evolução da gestão de forma global. Abordaremos alguns precursores dos estudos e das ferramentas da qualidade, sem a intenção de trazer todos os acontecimentos históricos que envolvem a qualidade e sua origem (BALLESTERO-ALVAREZ, 2019):

» Armand V. Feigenbaum (1922-2014): em 1950 publica o livro "*Total Quality Control*" (surge a sigla TQC e a primeira definição de qualidade). Foco na eliminação dos erros e das falhas na produção;

» William Edward Deming (1900-1993): popularizou o controle de qualidade no Japão, no início

da década de 1950. Atribuiu grande importância ao envolvimento das gerências no processo e defendeu o controle de qualidade na empresa inteira. Responsável pela disseminação do Ciclo PDCA;[1]

» Joseph Moses Juran (1904-2008): propôs uma trilogia de atividades para garantir a qualidade e maiores resultados – planejamento, controle e melhoria. Responsável pela elaboração da denominada espiral do progresso da qualidade (versão simplificada dos processos que ocorrem diariamente dentro de uma organização);

» Kaoru Ishikawa (1915-1989): conhecido mundialmente pela ferramenta espinha de peixe. Enriqueceu a abordagem do controle de qualidade com a visão humanística. Foco na obtenção da qualidade total com a participação integral das pessoas da organização;

» Genichi Taguchi (1924-2012): direcionado para a qualidade da engenharia, principalmente com a otimização do *design* de produtos. Abordou o custo da qualidade deficiente;

» Philip B. Crosby (1926-2001): mundialmente famoso com o zero defeito. Abordou que os custos para a prevenção são inferiores aos da correção das falhas. Pensamento centrado no comportamento humano como o meio para garantir a qualidade.

A partir, principalmente, das teorias de Juran, Deming, Feigenbaum, Ishikawa e Crosby, uma teoria de gestão da qualidade foi consolidada, inicialmente no Japão, nas décadas de 1950 a 1970, e, depois, especialmente a partir da década de 1980, no Ocidente, com a gestão da qualidade total, ou TQM – *Total Quality Management* (CARPINETTI, 2016).

Para complementar os fatos históricos sobre a história da qualidade, citamos o *Lean* e o Seis Sigma. O *Lean* tem como foco principal a eliminação dos desperdícios e a promoção de uma abordagem holística, para o estado ideal dos processos, para maior agregação de valor na perspectiva do cliente.

O *Lean Manufacturing* surgiu na Toyota, no Japão pós-Segunda Guerra Mundial. É, por vezes, associado ao Seis Sigma para a implementação de melhorias sustentáveis nos processos. O Seis Sigma teve origem na Motorola na década de 1989, com o objetivo de chegar ao zero defeito na produção. Voltado para a redução da variabilidade, ou desvio padrão, foi percebido como inovador devido ao seu alinhamento com a estratégia do negócio, uma vez que estabelece os processos a serem aperfeiçoados e atribui critério na definição das metas de melhoramento (CORRÊA; CORRÊA, 2017). No Setor Saúde, o uso do *Lean* e do Seis Sigma ainda se mostra incipiente; contudo, os resultados são positivos para as instituições que utilizam estas metodologias de gestão para o desenvolvimento da cultura de melhoria contínua.

A QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade é mais fácil de ser identificada quando se refere a um determinado produto ou serviço, em que o cliente conhece quais são as suas expectativas e os parâmetros esperados também são claros. Quando a qualidade é relacionada aos cuidados em saúde, caracterizá-la nem sempre é tarefa simples.

1 O PDCA foi introduzido pela primeira vez ao Dr. Deming por seu mentor, Walter Shewhart. Deming modificou o ciclo de Shewhart em 1993 e o chamou de Ciclo de Shewhart para Aprendizagem e Melhoria – o ciclo PDSA. Mais informações em: www.deming.org. Acesso em: 22 fev. 2020.

O cliente-paciente, ao procurar um serviço de saúde, na maioria das vezes se encontra em momento de sensibilidade, em função de determinada suspeita de doença ou tratamento de uma enfermidade já conhecida, tornando a percepção de qualidade ainda mais difícil e diversa entre os indivíduos. É provável, por exemplo, que o senso comum dos pacientes sobre o conceito de qualidade em saúde não seja o mesmo dos profissionais que atuam na área assistencial.

Ao longo dos anos, muitos foram os pensadores e pesquisadores que contribuíram para a construção da história da gestão da qualidade e segurança (GOÉS; LOLATO, 2019). São alguns deles:

» Ignaz Semmelweis (1818-1865), pioneiro com os procedimentos antissépticos;
» Florance Nightngale (1820-1910), enfermeira reconhecida como fundadora da enfermagem moderna. Contribuiu no campo da estatística, com os métodos de coletas de dados, gráficos, medidas higiênicas e estudo da mortalidade;
» Ernst Coldman (1869-1940), médico cirurgião, com ele nasceu a primeira iniciativa de avaliação hospitalar, na busca de estabelecer os resultados dos tratamentos. Publicou, em 1914, o livro *"A Study in Hospital Efficiency"* (Um Estudo em Eficiência Hospitalar);
» Avedis Donabedian (1919-2000), médico reconhecido mundialmente por sua contribuição com a sistematização do conhecimento nas ciências da saúde, para a melhoria da qualidade da assistência. Apresenta os sete pilares da qualidade: eficácia, eficiência, aceitabilidade, legitimidade, equidade, otimização e custo.

Todos impactaram positivamente a construção do conhecimento; contudo, foi Donabedian quem primeiro se dedicou, de maneira sistemática, a estudar e publicar sobre a qualidade nos serviços de saúde (BURMESTER, 2013). O conceito de qualidade nos cuidados em saúde vem evoluindo, com o reconhecimento da existência de erros e riscos evitáveis, propiciando o trabalho na criação de barreiras que visam à ampliação da segurança dos pacientes. Existe uma grande pressão sobre os custos dos cuidados, tendenciado para uma mudança de foco do sistema de cuidados em saúde, para deixar de ser apenas qualidade-segurança e tornar-se valor-qualidade, composto, ainda, por segurança, acesso e experiência do paciente, dividida pelo custo (WACHTER, 2013).

Ao considerar as modificações evolutivas que abarcam a definição da qualidade no cuidado, as instituições têm priorizado ações para a ampliação da segurança do paciente, por ser um atributo importante da qualidade em saúde, abrangendo todas as configurações do atendimento. Garantir um ambiente de cuidado seguro, com o mínimo de danos aos pacientes, é um componente indispensável ao atendimento de alta qualidade (YU *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é caracterizada pela ausência de danos evitáveis a um paciente e a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência médica a um mínimo aceitável. O movimento atual de segurança do paciente, por meio do pensamento sistêmico, entende que a segurança deriva de sistemas capazes de antecipar, prevenir ou captar os erros antes de causarem danos. A construção de redundâncias e controles cruzados, ao exemplo das listas de verificação, leitura de volta, marcação do sítio cirúrgico, checagem do nome do paciente antes da medicação, bem como a inclusão de padronização e a simplificação dos processos, ajudam neste segmento (WACHTER, 2013).

Renomadas instituições contribuíram substancialmente com a promoção de estudos e o desenvolvimento no campo da qualidade em saúde e segurança do paciente (GOÉS; LOLATO, 2019):

» 1980 – início do Projeto de Demonstração Nacional sobre a Melhoria da Qualidade na Assistência à Saúde, liderado pelo Dr. Don Berwick, que ocasionou a fundação do Institute for Healthcare Improvement (IHI) em 1991, nos Estados Unidos (IHI, 2019);
» 1999 – constituição da Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo desenvolvimento dos padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde no Brasil;
» 2000 – publicação do relatório "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos;
» 2001 – publicação do "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*" (Cruzando o Abismo da Qualidade: um Novo Sistema de Saúde para o Século XXI), publicado pelo IOM;
» 2008 – recomendação do *checklist* de cirurgia segura pela OMS;
» 2009 – publicação da Taxonomia Internacional de Segurança do Paciente pela OMS;
» 2013 – instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde (Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013), bem como instituição de ações para a segurança do paciente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013).

Por muito tempo, os erros relacionados aos cuidados em saúde foram considerados algo inevitável na medicina ou indesejável, decorrente dos maus profissionais do cuidado. Esse entendimento começou a mudar com a publicação do "*To Err is Human*" (Errar é Humano), que chamou a atenção da sociedade por apresentar o alto volume de mortes associadas aos erros em saúde, provocando significativos esforços sem precedentes para a melhoria da segurança do paciente (IOM, 2000).

A OMS reporta a existência de um certo grau de insegurança em cada ponto do processo assistencial, tornando notória a necessidade de políticas claras, capacidade de liderança organizacional, dados, profissionais de saúde qualificados, e o envolvimento dos pacientes em seus cuidados, para a melhoria contínua na segurança assistencial. Segundo a ONA (2018), melhoria contínua é o compromisso de aprimorar os produtos, os serviços ou os processos, usando base de dados e informações existentes, com um planejamento sistematizado que possibilite a identificação, a análise e a avaliação da situação existente, com vistas ao melhor desempenho da organização.

A qualidade foi ganhando importância em um longo processo de evolução do seu conceito e prática, vista hoje como um fator estratégico para a melhoria da competitividade e da produtividade das organizações (CARPINETTI, 2016), deixando de ser apenas um diferencial para, em muitos casos, ser um fator de sobrevivência.

A QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA NA GESTÃO EM SAÚDE

A gestão da qualidade em saúde pode ser considerada um conjunto de boas práticas em todos os níveis do cuidado, suportadas por um sistema que congrega ferramentas compatíveis com a realidade de cada instituição, capazes de auxiliar nesse objetivo. Enquanto avaliação, é um conjunto de estratégias que visa acompanhar e monitorar as ações em desenvolvimento para o alcance dos objetivos gerais da organização, ou das próprias ações em análise (PALADINI, 2011).

Um dos maiores benefícios promovidos por um sistema de gestão da qualidade em saúde é a educação para além daqueles que trabalham na área do cuidado, incluindo os pacientes, os familiares e a população em geral. Quando bem estruturadas, as ações provocam o envolvimento de todos, com a disseminação do conhecimento, engajam os profissionais e empoderam os pacientes e os familiares, atribuindo um diferencial positivo na construção do pensamento voltado para a melhoria, e, por fim, na cultura da segurança.

Com o propósito de ofertar um serviço com segurança e qualidade, demonstrar à sociedade responsabilidade e comprometimento com a assistência segura, e por se tratar de uma importante ferramenta de gestão na melhoria dos processos, as instituições de saúde recorrem, cada vez mais, à Acreditação ONA como forma sistemática de potencializar os resultados.

A Acreditação ONA estimula a melhoria contínua, por ser um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover qualidade e segurança da assistência no setor de saúde. É realizada de forma voluntária e reservada, sem caráter fiscalizatório, que constitui, essencialmente, um programa de educação continuada. A sua metodologia não apresenta recomendações específicas sobre ferramentas, técnicas, processos ou linhas metodológicas a serem seguidos pelas organizações que se submetem à avaliação (ONA, 2018).

Uma vez que a instituição decida trabalhar com um sistema de gestão da qualidade, a alta direção deve declarar, por meio do planejamento estratégico, e sustentar ações que promovam a criação da cultura da qualidade e segurança. O planejamento estratégico é um processo sistemático pelo qual uma organização define suas metas em longo prazo com relação à qualidade e aos clientes, e integra com as metas (DEFEO; JURAN, 2015).

É crucial que o objetivo estratégico relacionado à qualidade seja desdobrado em projetos que favoreçam um alinhamento com as atividades operacionais. Ao começar pelos líderes máximos da instituição, os demais níveis hierárquicos serão atingidos com a implementação de ações estruturadas, que envolvam a sensibilização e a formação das pessoas, para que compreendam o propósito da organização. Para tanto, sugerimos algumas fases, conforme a figura 1, que poderão auxiliar a instituição na implementação da estratégia da gestão da qualidade.

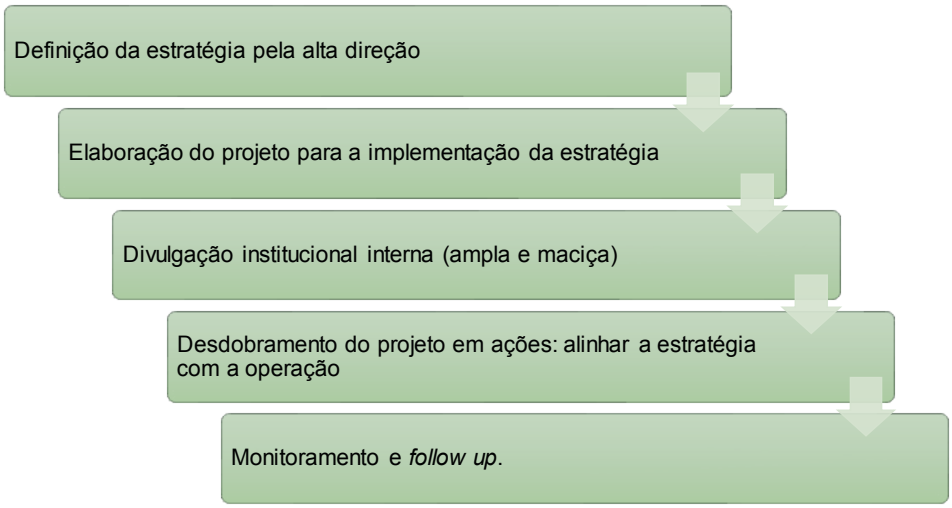


Figura 1 – Fases para a implementação da estratégia da gestão da qualidade

Fonte: elaboração da autora.

O intuito é gerar um alinhamento de propósito dos profissionais aos da instituição, para que se tornem adeptos e propagadores do sistema de gestão da qualidade. Com o engajamento, o modo de agir das pessoas passa a ter foco na qualidade e segurança, interferindo positivamente na cultura organizacional.

A qualidade possui dimensões que norteiam a avaliação do desempenho organizacional, observadas na identificação das práticas durante o processo de avaliação para a acreditação: aceitabilidade, adequação, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, integralidade e legitimidade (ONA, 2018).

Com a implantação da gestão da qualidade, a organização busca atingir a padronização e a gestão dos processos de maneira consistente, minimizando seus riscos e promovendo uma cultura de segurança efetiva, de maneira que as falhas possam ser identificadas e tratadas, gerando a melhoria contínua dos processos administrativos, assistenciais e de apoio.

A implementação de melhorias pode ser sustentada em alguns pilares: gestão por processo, gestão de risco, gestão de resultados, gestão de documentos e auditorias. Abordaremos estes tópicos de maneira suscinta neste capítulo, pois serão detalhados em outras partes deste livro.

GESTÃO POR PROCESSO

A gestão por processos perpassa pela administração dos fluxos da unidade, seguindo as etapas de mapeamento, interação e gerenciamento dos processos críticos. Diversas são as metodologias e ferramentas utilizadas pelas instituições, ao exemplo da SIPOC (*Suppliers:* fornecedores; *Inputs:* entradas; *Process:* processo; *Outputs*: saídas; e *Customers*: clientes), para o detalhamento dos fornecedores, dos insumos, do processo, dos produtos e dos clientes de cada macroprocesso da organização. Um ponto crucial para o bom gerenciamento é a emissão de contratos de interação de processos, que inclui a fase de negociação entre as partes, favorecendo a formalização detalhada dos requisitos de qualidade atribuídos aos produtos e entregues pelos fornecedores internos aos seus clientes internos.

GESTÃO DE RISCO

A gestão dos riscos assume elevada importância para a promoção da melhoria e segurança. A partir do mapeamento dos processos, poderão ser identificados os principais riscos, adotando como base a cadeia produtiva dos cuidados em saúde, bem como os fluxos inerentes a cada processo. Por meio desse levantamento, é possível identificar o tipo de ameaça, qual a sua probabilidade, qual o seu impacto, quais os seus fatores de propensão e, por fim, quais as práticas de controle que evitarão que o risco aconteça.

De posse dessas informações, uma matriz de riscos poderá ser montada para condensar o levantamento realizado, a partir da qual é exequível avaliar a efetividade das ações das áreas na gestão de seus riscos, observar as possíveis ocorrências em cada processo e priorizar ações para aqueles mais críticos (alta probabilidade e maior impacto).

GESTÃO DE RESULTADOS

Avaliar os resultados dos processos é essencial para os ciclos de melhorias, que é possível por meio da criação de indicadores. Os indicadores são obtidos a partir do mapeamento dos macroprocessos, para o estabelecimento de métricas essenciais ao gerenciamento efetivo. É recomendado que cada área sinalize quais são os indicadores cruciais para a medição adequada de seus processos. Após elaborados, devem compor o ciclo de análise crítica de resultados para a análise dos dados obtidos no período de apuração, tornando possível a verificação da situação atual, as causas, a tendência desse indicador e o planejamento de melhorias. Deve ser estabelecida uma periodicidade de análise (exemplo: mensal, trimestral) para cada indicador. Ao passo que o processo evolui, sugere-se que os resultados sejam apresentados em reuniões sistematizadas com os líderes, possibilitando que todos conheçam os indicadores existentes na instituição e contribuam com sugestões de melhorias às demais áreas.

GESTÃO DE DOCUMENTOS

Para o adequado gerenciamento dos macroprocessos e com vistas à padronização e à orientação na execução das tarefas e das ações, é necessário que as atividades e as normas sejam descritas para uma apropriada execução dos processos, dos fluxos organizacionais, bem como das condutas dos colaboradores. Para tal, existem diversos formatos habitualmente utilizados; por exemplo: procedimentos operacionais padrão, manuais, protocolos, listas, políticas e formulários. Destacamos a importância das políticas institucionais documentadas, que servem de direcionamento organizacional sobre os diversos aspectos inerentes à gestão da qualidade e segurança com foco no cuidado. Neste sentido, a padronização permite trabalhar com alinhamentos pertinentes de acordo com o rito metodológico escolhido pela instituição, desde a concepção e a formatação, oportunizando o controle de todos os documentos produzidos, para que não sejam utilizadas informações obsoletas. Para a melhor gestão documental, é imprescindível a definição de um calendário-padrão para a realização das revisões, tendo por base a data de criação dos documentos ou outra metodologia adotada pela instituição.

AUDITORIAS INTERNAS

Para avaliar os resultados dos processos, da gestão de riscos e dos demais requisitos associados com a qualidade dos requisitos institucionais, as auditorias contribuem significativamente com os ciclos de melhorias. É recomendável que cada instituição organize a metodologia que melhor aderir à sua realidade, para a qual se sugere a inclusão mínima das seguintes etapas:

Ações prévias:

» Definir a periodicidade para a realização das auditorias (exemplo: semestral, anual);

» Planejar o escopo com o roteiro para as avaliações;

» Criar um plano de divulgação para as áreas.

Ações posteriores:

» Emitir um relatório de auditoria;
» Desenvolver planos de ação para as não conformidades;
» Sistematizar um calendário para a avaliação das melhorias implantadas;
» Reconhecer e fortalecer os pontos fortes;
» Monitorar a efetividade das melhorias.

Para a execução das auditorias, é importante um time de profissionais capacitados. Os auditores internos podem emergir das equipes dos processos avaliados, em uma ação de aprendizado duplo. Ao preparar os colaboradores para serem auditores e auditados, oportuniza-se o desenvolvimento da visão sistêmica, essencial para a sustentabilidade do negócio.

OS DESAFIOS PARA A GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Gerenciar a qualidade nos serviços de saúde é um desafio ainda maior, por impactar diretamente os cuidados à vida humana, área de grande complexidade devido ao tipo de serviços prestados.

Ao gerir a qualidade de um hospital, classificado como uma das organizações mais complexas de se administrar (DRUCKER, 2002), é notória a magnitude do trabalho necessário para a promoção de melhorias em segurança dos cuidados. Percebemos de maneira mais clara ao compararmos os dados das instituições de saúde com os de outros segmentos empresariais. Estima-se, por exemplo, que, durante uma viagem aérea, o risco de morte é de uma em 3 milhões, enquanto o risco de morte de pacientes devido a acidente evitável na assistência médica é estimado de uma em 300 (OMS, 2019). Esses dados demonstram o quão grande é o trabalho dos gestores nas instituições de saúde, para a mudança positiva deste cenário.

A implantação de sistemas de qualidade na prestação do cuidado em saúde é um desafio em função da própria natureza da assistência, tornando-se ainda mais trabalhosa quando impactada por questões externas. Abordaremos três pontos, identificados como barreiras na implantação da gestão da qualidade em saúde: o cenário e a complexidade do sistema de saúde no Brasil, o engajamento das pessoas e a mudança de cultura.

O CENÁRIO E A COMPLEXIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil é um país com imensa extensão territorial, numerosa população e grande diferença cultural, o que amplia a dificuldade de acesso à saúde para muitos brasileiros, atrapalha a disseminação de boas práticas e contribui para o aumento dos custos nos cuidados de saúde. Assim como em boa parte dos países do mundo, a disparidade na relação entre a receita e a despesa é motivo de preocupação aos gestores da área da saúde.

Diante desse cenário complexo, nivelar o tipo de atendimento e ofertar um cuidado a partir de padrões de qualidade torna-se ainda mais desafiador pelo grande número de instituições de saúde

existentes em toda a unidade da Federação, compostas por equipes multidisciplinares, formadas em modelos de ensino distintos.

Todos esses fatores, acrescidos da falta de padronização dos processos e da pouca racionalização no uso dos recursos, desencadeiam o aumento de custos, tornando os sistemas de gestão da qualidade uma valorosa maneira de gerar a melhoria da assistência, com foco na agregação de valor ao processo do cuidado.

Cada vez mais, as organizações de saúde têm percebido que buscar a ampliação da qualidade e da segurança tornou-se uma questão de prioridade e de sobrevivência ao negócio. O programa de acreditação tem proporcionado grandes benefícios e impulsionado o aumento das boas práticas às instituições adeptas.

ENGAJAMENTO DAS PESSOAS

Diante de um cenário tão difícil para as instituições de saúde, como conseguir as metas e os resultados esperados? Consideramos que um fator decisivo para o sucesso dos projetos propostos pelas organizações é o engajamento das pessoas.

As pessoas tendem a se engajar quando estabelecem uma conexão entre os propósitos que possuem nos diferentes aspectos de suas vidas, com o propósito da organização a qual pertencem, o que promove um esforço voluntário direcionado aos objetivos propostos (TRACY; DA MATTA; VICTORIA, 2016). Neste sentido, é primordial que as empresas possuam uma gestão de pessoas bem estruturada e com ações sistematizadas, para que, ao implementarem projetos de melhoria, invistam em comunicação e capacitação, trabalhem a gestão participativa com a inclusão dos colaboradores nos processos decisórios. Ao perceber que a empresa atribui importância e valoriza o trabalho que executam, os colaboradores tendem a começar o alinhamento de seus próprios propósitos aos objetivos macro da instituição. O sentimento de pertencimento é um grande passo para o engajamento dos profissionais.

É fundamental que a liderança seja positiva e inspiradora, que valorize o melhor de cada membro da equipe, que busque unir as pessoas para que o engajamento possa surgir de forma natural. A promoção de ações interativas, nas quais os colaboradores sejam ouvidos e comunicados acerca dos acontecimentos e participem das decisões da empresa, faz com que se sintam parte do todo. Comemorar as pequenas vitórias, reconhecer os avanços individuais e coletivos, auxiliar no desenvolvimento técnico e comportamental, são atitudes que mostram que a instituição se importa com as pessoas. O contato próximo do líder com suas equipes e o estímulo à ampliação das relações profissionais destroem barreiras relacionais e incitam a construção conjunta de melhores resultados. "Nas instituições de saúde, é importante que o líder dedique seus esforços na otimização de recursos e na criação de soluções" (PRESTES, 2019, p. 55).

A comunicação efetiva por meio dos diversos canais internos é primordial. Todos os membros da equipe devem conhecer o cenário atual da empresa e aonde ela se propõe a chegar. Por sua vez, os dirigentes da instituição precisam compreender que, além da monitorização sistemática dos resultados, é primordial que estabeleçam ações diárias voltadas à gestão de pessoas. Bons resultados são frutos de ações bem-feitas, que, em boa parte, derivam da valorização e do reconhecimento dos

profissionais. São estes que realizam as atividades, usam as ferramentas propostas pela gestão da qualidade, atendem o paciente, seguem os protocolos preconizados. São as pessoas que fazem o processo acontecer da maneira como foi desenhado. O processo é o meio pelo qual pessoas engajadas, utilizando os recursos disponíveis, atribuem valor ao cuidado em saúde e, por consequência, ofertam excelentes resultados à organização.

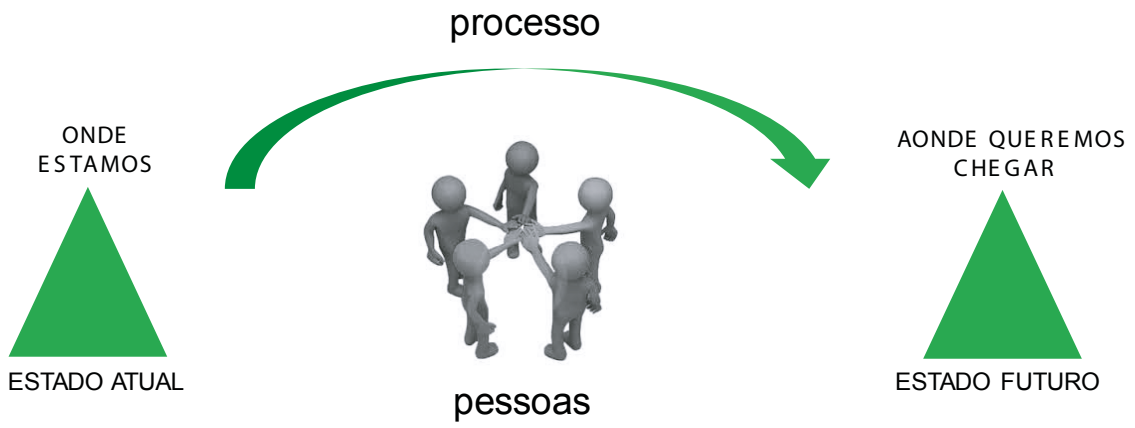


Figura 2 – O engajamento das pessoas: alinhamento de propósito

Fonte: elaboração da autora.

Um dos grandes exemplos da valorização e do engajamento das pessoas, que mantém sua qualidade ao longo dos tempos, é a Toyota. Ela não se diferencia apenas pelas ferramentas que utiliza no dia a dia da produção, mas pelo modelo da gestão com foco nas pessoas. Acredita que são os funcionários que dão sustentabilidade à empresa. Considera que os processos certos produzirão os resultados certos se isto estiver ligado à valorização das pessoas. Significa dizer que, investindo no desenvolvimento de pessoas da forma certa, terão resultados certos (LIKER; HOSEUS, 2009).

POR FIM: A MUDANÇA DE CULTURA

A cultura de uma organização está atrelada ao compartilhamento de crenças, valores e pressupostos de pessoas que trabalham por um propósito comum (LIKER; HOSEUS, 2009). Toda instituição possui uma dinâmica própria, que interfere diretamente no comportamento dos colaboradores, no engajamento e no desempenho das equipes. É por este motivo que tem se tornado assunto de interesse para os líderes empresariais.

Podemos comparar a cultura organizacional com um *iceberg*. A parte acima das águas, visível e facilmente percebida, relacionamos com as políticas descritas, os procedimentos, os métodos e as tecnologias, por exemplo. A parte submersa e oculta exemplificamos como os aspectos informais, as percepções, os sentimentos, as atitudes, os valores, as normas grupais, sendo mais difíceis de se compreender, interpretar e modificar (CHIAVENATO, 2014).

A construção de uma cultura sustentada na promoção do pensamento crítico voltado para a melhoria, em que a qualidade seja entendida como uma consequência das atitudes e dos comportamentos de todos os envolvidos no processo, pode ser considerada a chave da sustentabilidade organizacional. Para tanto, é primordial a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento humano, ao aprendizado e ao comprometimento das pessoas.

O grande desafio é aproveitar as oportunidades de melhoria, normalmente advindas dos erros nos processos, para gerar aprendizado e impulsionar o crescimento coletivo. O líder que interpreta as falhas como não intencionais e as associa às questões operacionais, e não às pessoas, consegue estabelecer com suas equipes um sentimento de empatia, parceria e acolhimento, ao passo em que desenvolve uma cultura não punitiva, baseada na promoção do respeito mútuo, do aprendizado profissional e organizacional, do apoio psicológico, da valorização e do reconhecimento dos membros dos times.

Embora as ferramentas e as técnicas contribuam para a estratégia da mudança, muitos esforços para melhorar o desempenho organizacional falham, pois os valores, o modo de pensar, os estilos gerenciais e as abordagens para a resolução de problemas continuam os mesmos. Sem a mudança da cultura organizacional, é pouco esperado que a melhoria do desempenho institucional seja duradoura (CAMERON; QUINN, 2006). A fala de todos os líderes da instituição deve ser coerente com as suas atitudes no dia a dia. A coerência e a empatia são atributos imprescindíveis ao líder, tornando-o capaz de conectar pessoas, valores e propósitos.

A cultura organizacional voltada para a qualidade e segurança do cuidado pode ser desenvolvida com o trabalho contínuo dos líderes, para que as pessoas reconheçam e coadunem com os valores, o propósito e a visão de futuro da empresa. As instituições podem se espelhar em casos de sucesso como inspiração de boas práticas; contudo, devem utilizar de sua essência, criar a própria estratégia. O investimento na formação e na valorização das pessoas é imprescindível para estimular o engajamento neste processo. Não se trata de uma jornada curta ou fácil; entretanto, é totalmente possível quando o objetivo é a promoção do bem comum.

REFERÊNCIAS

BALLESTERO-ALVAREZ, M. E. **Gestão de qualidade, produção e operações** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar.** 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CAMERON, K. S; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture**: based on the competing values framework. San Francisco: John Wiley & Sons, 2006.

CARPINETTI, L. C. R. **Gestão da qualidade**: conceitos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**: os novos horizontes em administração. 3. ed. São Paulo: Manole, 2015.

CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. **Administração da produção e operações**: o essencial. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

DEFEO, J. A; JURAN, J. M. **Fundamentos da qualidade para líderes**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

DRUCKER, P. F. **O melhor de Peter Drucker**: o homem, a administração, a sociedade. São Paulo: Nobel, 2002.

GOÉS, C.; LOLATO, G. Gestão da qualidade e a acreditação hospitalar. *In:* PRESTES, A. *et al.* (Orgs.).

Manual do Gestor Hospitalar. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: www.fbh.com.br. Acesso em: 18 dez. 2019.

IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **History**. Boston: IHI, 2019. Disponível em: www.ihi.org. Acesso em: 12 dez. 2019.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human**: building a safer health system. Washington: The National Academies Press, 2000.

LIKER, J. K; HOSEUS, M. **A cultura Toyota**: a alma do Modelo Toyota. Porto Alegre: Bookman, 2009.

MACKEY, R. H. S. **Translating vision into reality**: the role of the strategic leader. Carlisle Barracks: US Army War College, 1992.

MAGALDI, S.; NETO J. S. **Gestão do amanhã**. São Paulo: Editora Gente, 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segurança do paciente**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/. Acesso em: 12 dez. 2019.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: ONA, 2018.

ØVRETVEIT, J. **Melhoria de qualidade que agrega valor**: o cuidado de saúde. Rio de Janeiro: Proqualis; ICICT/Fiocruz, 2015.

PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

PRESTES, A. Liderança e pessoas. *In:* PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: www.fbh.com.br. Acesso em: 18 dez. 2019.

TRACY, B.; DA MATTA, V.; VICTORIA, F. **Engajamento total! Como aumentar a performance e a lucratividade da sua empresa através das pessoas**. São Paulo: SBCoaching Editora, 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

YU, A. *et al.* **Patient Safety 2030**. London: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

IHI – INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT; NPSF – NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Leading a culture of safety**: a blueprint for success. Chicago: American College of Healthcare Executives, 2017.

GESTÃO E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS

3

Gestão e avaliação dos processos

Fabiana Rigolo
Gilvane Lolato

INTRODUÇÃO

A gestão por processos pode ser entendida como um modelo de gestão organizacional, que irá auxiliar na gestão da organização. Assim, a organização, ao adotar a gestão por processos, deverá, inicialmente, pensar na sua melhor forma de fazer o seu negócio, levando em consideração seus processos críticos, procurando identificá-lo, mapeá-lo, documentá-lo, avaliá-lo e desenvolver a melhoria contínua. Esses processos organizacionais são atividades coordenadas que envolvem: pessoas, procedimentos, recursos e tecnologia (BARBARÁ, 2006).

DEFINIÇÃO DE PROCESSO

Processo é uma palavra originada do latim *processu*, que significa "ato de proceder, como se realiza uma operação baseada em normas e métodos" (FERREIRA, 1986, p. 1395 *apud* SENTANIN, 2004).

Campos (1992) define processo como um conjunto de causas que provocam um ou mais efeitos.

Harrington (1993) defende que processo é qualquer atividade que recebe uma entrada, agrega-lhe valor e gera uma saída para um cliente interno ou externo.

Conforme a ISO 9000/2015, processo é um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido (ABNT, 2015a).

Os pontos de medição necessários para controle são específicos de cada processo e variam dependendo dos riscos relacionados, conforme esquema apresentado abaixo, da ISO 9001/2015 (ABNT, 2015b).

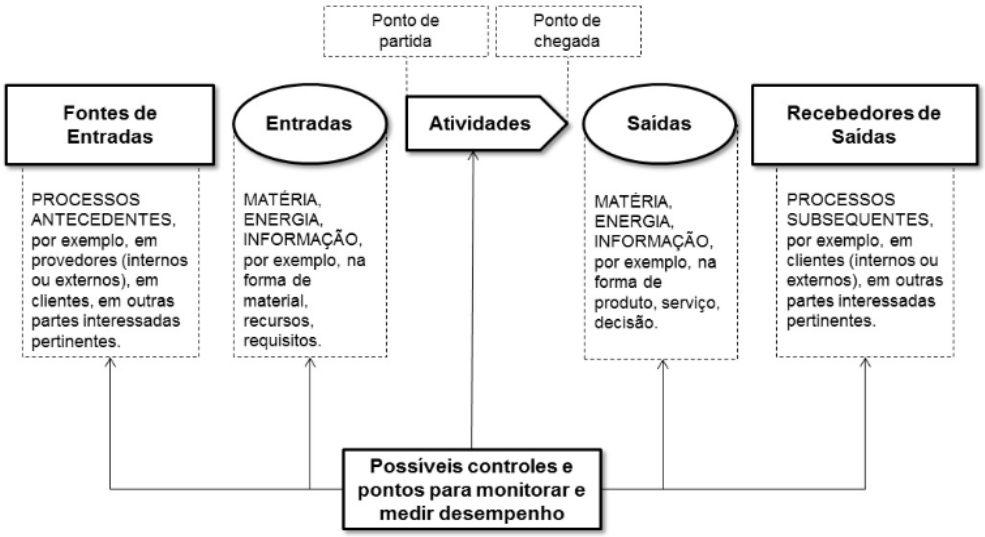


Figura 1 – Pontos de medição

Fonte: Adaptada da ISO 9001/2015 (ABNT, 2015b).

A gestão baseada em processos, segundo Cruz (2003), demorou em consolidar-se devido a um envolvimento somente nos processos administrativos, e não nos processos operacionais. Outro ponto relevante é que havia uma limitação de análises com foco em melhoria das rotinas e fluxos de trabalho.

Gonçalves (2000) acreditava que o cliente é o centro da organização; portanto, o objetivo destas organizações era oferecer mais valor ao cliente, a um custo menor e de forma mais rápida.

Levando em consideração as definições de processo, as organizações passam a ter uma visão horizontalizada e não mais funcional, com foco no resultado e gerenciamento do trabalho realizado nos processos.

Com essa mudança, os líderes conseguem fazer com que a equipe entenda o impacto da sua atuação, tanto no processo onde estão inseridos quanto na organização como um todo, saindo de uma simples lista de atividades e passando a terem processos desenhados, documentados e padronizados, facilitando, assim, a sua execução.

A mudança provocada nos processos, segundo Hammer (1998), ainda é muito difícil, pois os profissionais precisam pensar de uma maneira sistêmica, conhecer e compreender melhor o negócio da organização, além da necessidade de um trabalho em equipe, do envolvimento e do comprometimento de todos em prol da satisfação do cliente.

GESTÃO POR PROCESSO E SEUS BENEFÍCIOS

Os processos sempre existiram, mas fragmentados e sem interação. Com a necessidade de gerar valor agregado ao cliente final, a gestão por processos trouxe vários benefícios:

» Foco em atividades que agreguem valor;
» Padronização de atividades simples e efetivas;
» Maior interação e visão sistêmica para a organização;
» Sinergia positiva entre as equipes para implantação de inovações;
» Desenvolvimento das equipes por meio de um aprendizado contínuo;
» Apoio ao desenvolvimento da estratégia organizacional;
» Suporte ao líder para tomada de decisão por meio de indicadores de desempenho nos processos;
» Maior engajamento dos profissionais, possibilitando a identificação de pontos em que pode haver desperdícios ou atrasos.

Com a gestão por processos, é possível reduzir a variabilidade, os custos e os desperdícios, a ocorrência de riscos evitáveis e aumentar a confiabilidade nos resultados, a satisfação dos clientes e, ainda, a implementação das estratégias na operação e na disseminação da visão, da missão e dos valores da empresa.

CLASSIFICAÇÃO DOS PROCESSOS

Segundo o Guia BPM CBOK (ABPMP, 2009), há três tipos diferentes de processos, que são:

» Processos primários ou essenciais;
» Processos de suporte;
» Processos de gestão.

Os **processos primários ou essenciais** são os que direcionam as entregas de valor aos clientes. Estes processos constituem a cadeia de valor da organização.

Os **processos de suporte** são os que apoiam os processos primários ou essenciais, gerenciando os recursos e a infraestrutura necessária. A diferença dos processos primários para os de suporte é que os de suporte não fazem entregas diretamente aos clientes, mas também não significa que são menos importantes para a organização. Os processos de suporte, dependendo do seu produto, podem ser críticos ou não críticos.

Os **processos de gestão** são utilizados para medir, controlar e monitorar os demais processos. Estes processos desdobram as metas estratégicas, operacionais e financeiras. Não fazem entregas diretas aos clientes, mas têm um papel fundamental em garantir que a organização desempenhe seus processos com eficiência e eficácia.

MODELAGEM DOS PROCESSOS

A modelagem dos processos serve para compreender o funcionamento de uma organização. Consiste na identificação, no mapeamento, na análise e no redesenho dos processos.

Villela (2000) cita que a modelagem dos processos busca verificar o alinhamento entre as atividades executadas e o objetivo do negócio (eficácia), a adequação entre o consumo de recursos e os produtos gerados (eficiência), e também é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação.

Pozza (2008) chama a atenção para alguns gargalos na modelagem de processos, como:

» Atentar-se aos detalhes e esquecer o objetivo final;
» Mapear os processos sem definir como serão medidos;
» Utilizar a modelagem de outra empresa que funcionou muito bem, mas sem uma análise crítica antes de colocar em prática.

E o mesmo autor cita alguns princípios para ter sucesso na modelagem de processo:

» Definir de forma clara o produto do processo que será entregue ao cliente interno ou externo;
» Definir o método de mensuração do processo;
» Engajar e envolver a equipe, pois poderá contribuir levantando os problemas enfrentados no dia a dia.

Nesta atividade, cada integrante da equipe deve entender de forma muito clara a sua responsabilidade dentro do processo em questão, e utilizar duas fases que são muito importantes para esta elaboração:

» Fase 1 – Identificação e mapeamento dos processos: definição da metodologia, identificação dos processos, elaboração dos fluxogramas, identificação das atividades que compõem os processos, padronização e descrição dos processos;

» Fase 2 – Análise e redesenho dos processos: sistematização, identificação de melhorias, redesenho e revisão do processo.

Para colocar em prática essas duas fases, é importante que algumas questões sejam esclarecidas:

» Estabelecer o produto do processo;

» Identificar os fornecedores dos insumos para o processo;

» Identificar os clientes que irão receber o produto do processo, sejam eles internos, sejam externos;

» Definir, de forma clara e objetiva, as entradas e saídas do processo;

» Levantar etapas do processo considerando início, meio e fim;

» Identificar os processos de suporte que são críticos para a execução das atividades;

» Definir o resultado esperado do processo.

Posterior à modelagem de processos acontece a implantação e o monitoramento.

Para um processo revisado ou novo, é importante que haja um bom planejamento. Uma das ferramentas de qualidade que pode ser utilizada é o PDSA, pois proporciona a oportunidade de aplicar quatro etapas muito importantes, que são: planejamento, execução, estudo e ação.

Figura 2 – Ciclo PDSA

Fonte: banco de imagens.

Posterior à implantação, é crucial que se defina um método de monitoramento com periodicidade e indicadores que reflitam o resultado esperado do processo.

É importante que toda mudança implantada seja estudada e analisada para verificar se gerou melhoria ou não no resultado do processo, evitando, assim, retrabalho.

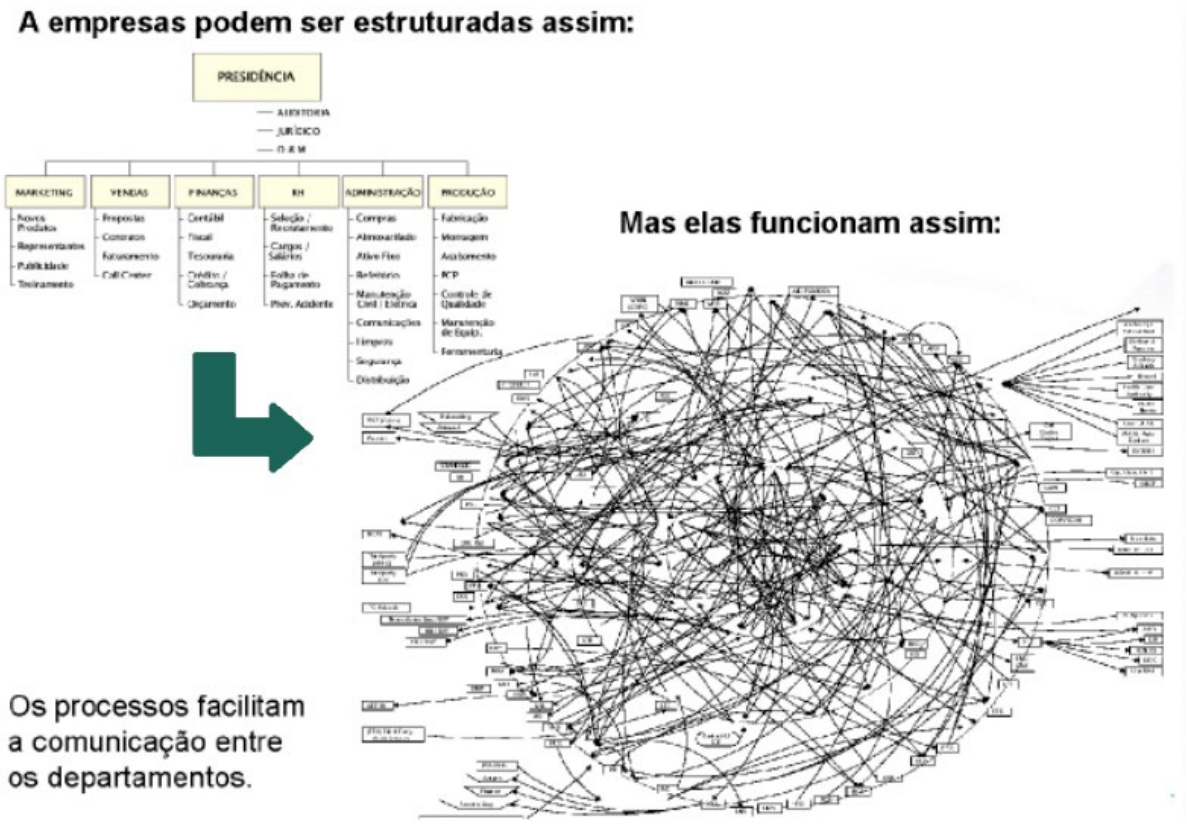


Figura 3 – Método de monitoramento

Fonte: banco de imagens.

INTERAÇÃO DOS PROCESSOS

A interação entre os processos é fundamental para que as saídas sejam realizadas conforme planejadas.

O monitoramento dos processos proporciona ao gestor a oportunidade de analisar as falhas nas entregas, e, assim, propor melhorias.

Para que essas entregas possam ser monitoradas e aconteçam de forma efetiva, é importante estabelecer um acordo entre os processos do que e como será entregue.

Na entrega devem ser considerados itens como: qualidade, tempo, quantidade, dentre outros critérios que a organização achar pertinente.

Os processos primários e de suporte devem ser prioridade na definição dos acordos, pois são considerados críticos.

Para que os acordos sejam efetivos, alguns pontos importantes deverão ser considerados:

» Descrição das entregas dos processos de forma clara e objetiva;
» Definição do tempo para a entrega;
» Definição de critérios de qualidade para a entrega;

» Definição de acordos com prerrequisitos bem estabelecidos entre as partes;

» Formalização dos acordos entre clientes e fornecedores;

» Notificar os processos envolvidos quando os acordos não forem cumpridos para tratativa e implantação de melhoria;

» Analisar os resultados para avaliar a efetividade dos acordos estabelecidos.

Nota: para que as entregas sejam realizadas de forma efetiva, os clientes também devem cumprir critérios estabelecidos pelo fornecedor.

Figura 4 – Passos para ser obter sucesso no processo

Fonte: banco de imagens.

AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS

CONCEITOS E UM POUCO DA HISTÓRIA

Avaliação é um exame sistemático do grau em que um produto, processo ou serviço atende aos requisitos especificados.

Melhoria é o processo para se produzir com níveis superiores e inéditos de execução. Visa elevar a qualidade a todos os níveis de desempenho, seja incremental (melhoria contínua), seja inovador (melhoria radical).

No Brasil, o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais foi de Odair Pedroso, em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar.

Em 1951, no Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, realizado em São Paulo, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para centro cirúrgico e estudados tanto os aspectos de planta física quanto a organização desta unidade hospitalar.

Na década de 1990, instituições de saúde e governos começaram a se preocupar fortemente com a avaliação dos serviços oferecidos à população. Foi nesse período que surgiram as primeiras iniciativas regionais de acreditação e o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe,

publicado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pela Federação Latino-Americana de Hospitais e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Em 1999, a ONA foi fundada por entidades públicas e privadas do setor de saúde. Sua criação está ligada às mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todo cidadão.

Desde a sua criação, a ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

Donabedian, médico e fundador de estudos sobre cuidados de saúde e médicos, levantou questões teóricas e práticas de monitoramento e avaliação de qualidade. Defendia que a avaliação da qualidade sustentava-se em três componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980). Esses três tipos de informação só podem ser utilizados se existir uma relação causal entre eles: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado.

A avaliação visa manter ou elevar o padrão de qualidade e segurança dos processos organizacionais das instituições de saúde por meio de auditorias periódicas e capacitação de pessoas nas práticas de avaliação da qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente. É uma atividade sistemática, independente e documentada, realizada para examinar os processos organizacionais, com a finalidade de levantar evidências e avaliar a extensão de sua conformidade com requisitos internos e/ou externos, visando à melhoria contínua do desempenho.

A avaliação tem foco multidisciplinar, é orientada por padrões, possui abrangência e foco em processos, interação e educação, foco no desempenho, ênfase qualitativa e oportunidade de cruzamento exaustivo de diferentes fontes de informação.

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

» Melhorar a atenção ao paciente;
» Evitar incapacidade funcional e mortes desnecessárias;
» Melhor utilização dos recursos;
» Diminuir as variações de diagnóstico profissional;
» Não punir;
» Treinar e padronizar (melhor modelo);
» Adquirir a confiabilidade dos serviços;
» Analisar a estrutura, o conteúdo, o processo, o resultado e o impacto.

REQUISITOS DA AVALIAÇÃO

» Princípio da validade;
» Princípio da confiabilidade;

» Princípio da utilidade;
» Princípio da oportunidade.

RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO

Os responsáveis pela avaliação são profissionais que avaliam o desempenho da organização de saúde em relação ao Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança, baseado em padrões nacionais e internacionais de excelência, identificando oportunidades para alcançar um melhor desempenho. São especialistas em Qualidade e Segurança e promovem o desenvolvimento de outros profissionais por meio de orientações *in loco* durante as entrevistas.

Esses profissionais são preparados com treinamentos e utilizam de instrumentos elaborados a partir do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança. Ele ajuda no monitoramento dos processos e seus resultados, levantando possíveis pontos de fragilidade na instituição.

BENEFÍCIOS DE SER UM PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO

» Fazer parte de um grupo de profissionais com habilidades em processos de gestão de qualidade e segurança;
» Manter-se atualizado sobre as referências em qualidade e segurança e todos os outros pilares que fazem interface com o modelo de governança da qualidade (governança clínica; gestão do conhecimento; desenvolvimento de lideranças; programas de acreditação).

PERFIL DOS PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO

» Profissional de confiança na instituição;
» Ético, sigiloso, responsável com as informações coletadas;
» Empático, perceptivo e flexível;
» Bom equilíbrio emocional;
» Observador neutro e imparcial;
» Comunica-se adequadamente, sabe ouvir;
» Seguro;
» Educador.

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO

» Conduta ética: confiança, integridade, confidencialidade e discrição;
» Apresentação justa: obrigação de reportar com veracidade e exatidão os fatos da auditoria;
» Devido cuidado profissional: diligência e julgamento na auditoria;
» Verificar o cumprimento e/ou o atendimento a padrões de qualidade estabelecidos.

COMO AGIR DURANTE UM PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O avaliador:

» Trata com cordialidade o entrevistado durante a avaliação dos processos;
» Utiliza instrumento norteador da avaliação;
» Faz uma pergunta de cada vez e aguarda que o entrevistado conclua sua resposta;
» Refaz a pergunta caso o entrevistado não tenha entendido ou esteja respondendo outra coisa;
» Tranquiliza a equipe do processo auditado quando estiver nervosa;
» Não se restringe às respostas "sim" e "não" em relação ao roteiro. Solicita evidências como: um registro em prontuário, uma ficha preenchida etc.;
» É educador e promove orientações *in loco* conforme as recomendações de políticas, diretrizes e procedimentos institucionais;
» Age com independência, base da imparcialidade da auditoria e objetividade das conclusões;
» Tem uma abordagem baseada em evidências: método racional para conclusões confiáveis e reproduzíveis em um processo sistemático de auditoria.

O PROCESSO DA AVALIAÇÃO

Para realização da avaliação, é importante que algumas etapas sejam cumpridas, como:

PREPARAÇÃO E PLANEJAMENTO

» Programa anual de avaliações;
» Definição do escopo da avaliação;
» Seleção e preparação de profissionais que irão realizar a avaliação;
» Estabelecimento da agenda da avaliação;
» Estudo de documentação necessária para a avaliação;
» Elaboração de listas de verificação para utilizar na avaliação;
» Elaboração do relatório;
» Análise e tratamento dos resultados;
» *Feedback* para as equipes envolvidas e responsáveis pelo processo avaliado.

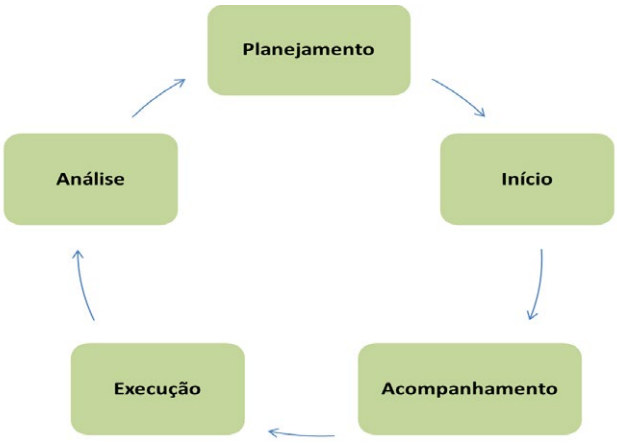


Figura 5 – Processo de avaliação
Fonte: elaboração das autoras.

CONCLUSÃO

A gestão e a avaliação por processos são fundamentais para o alcance dos objetivos estratégicos e a aprendizagem dos colaboradores sobre a organização. Fazer parte desta gestão proporciona ao colaborador uma motivação para buscar sempre o melhor, tanto ao seu próprio desempenho quanto ao desempenho da organização. Desta forma, é possível compartilhar o aprendizado entre as equipes; sendo assim, todos aprendem e o resultado final é perceptível ao paciente. Assim também ocorre com o mapeamento de processos: fica mais fácil gerenciar a qualidade do atendimento, os prazos e os acordos entre as partes envolvidas, e o tempo investido no mapeamento de processos é tempo ganho no futuro, por meio do entendimento e da maturidade em relação à melhoria dos processos.

É importante que os profissionais envolvidos tenham o *feedback* dos resultados da avaliação, pois estes precisam ser analisados e tratados de maneira adequada para promoção da melhoria contínua.

Dessa forma, a organização ganha um enorme diferencial competitivo, a segurança na assistência prestada, e isso se reflete na satisfação dos colaboradores e clientes.

> *"Ninguém pode forçar mudança em quem quer que seja. Ela tem que ser vivenciada. A menos que nós inventemos meios onde as mutações de paradigma possam ser vivenciadas por um grande número de pessoas, a mudança continuará sendo um mito." (Eric Trist)*

> *"A grande revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão for o valor gerado para o usuário." (Michael Porter)*

REFERÊNCIAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9000**. Qualidade. Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e Vocabulários. Rio de Janeiro: ABNT, 2015a.

_____. **ABNT NBR ISO 9001**. Qualidade. Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015b.

ABPMP – ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS. **Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio – Corpo Comum de Conhecimento – Guia BPM CBOK**. [*S.l.*]: ABPMP, 2009.

BARBARÁ, S. O. **Gestão por processos**. Análise, modelagem e documentação de processos. Rio de Janeiro, 2006. p. 135-208.

CAMPOS, V. F. **TQC – Controle da Qualidade Total**. Belo Horizonte: QFCO, 1992.

CRUZ, T. **Sistemas, Métodos & Processos – Administrando Organizações por meio de Processos de Negócios**. São Paulo: Atlas, 2003.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. *In:* _____. (Ed.). **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1).

GONÇALVES, J. E. L. As empresas são grandes coleções de processo. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 1, p. 6-19, jan./mar. 2000.

HAMMER, M. A empresa voltada para processos. **HSM Management**, n. 9, ano 2, jul./ago. 1998.

HARRINGTON, H. **Aperfeiçoando processos empresarias**. São Paulo: Makron, 1993.

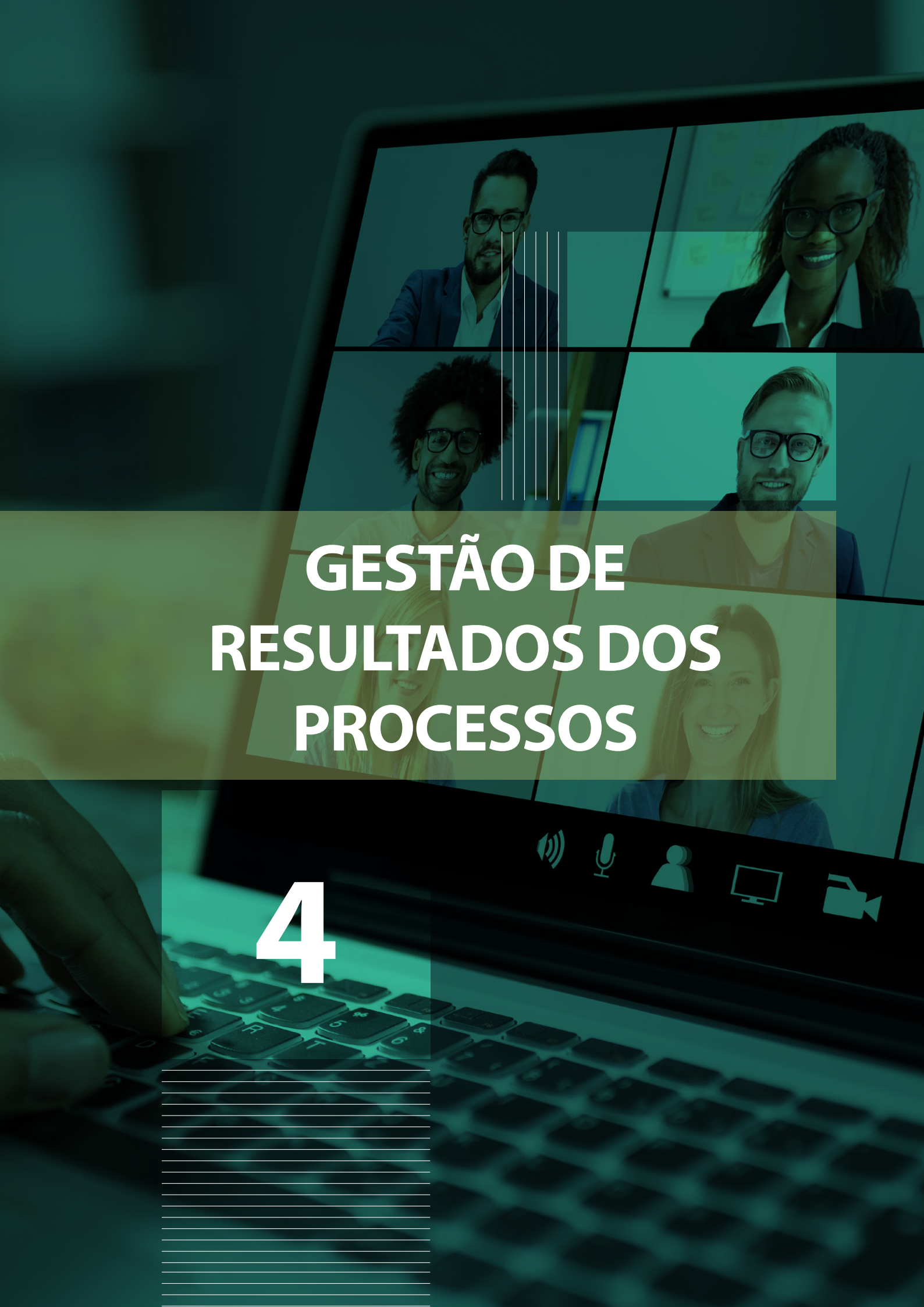
POZZA, D. O. Desmistificando o Mapeamento de Processos. **Qualytool**, 2008. Disponível em: http://www.qualytool.com/dowloads/artigos/desmistificando_o_mapeamento_de_processos.pdf. Acesso em: 5 ago. 2009.

SENTANIN, O. F. **Gestão por processos em uma empresa de pesquisa e desenvolvimento**: objetivo estratégico de um modelo de gestão. 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

VILLELA, C. S. S. **Mapeamento de Processos como Ferramenta Reestruturação e Aprendizagem Organizacional**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

PRADELLA, S.; FURTADO, M J. C.; KIPPER, L. M. **Gestão de processos**: da teoria à prática. Aplicando a metodologia de simulação para a otimização do redesenho de processos. São Paulo: Editora Atlas, 2012.



GESTÃO DE RESULTADOS DOS PROCESSOS

4

Gestão de resultados dos processos

Adriana V. Torres de A. Fernandes

CONCEITO BÁSICO: ENTENDENDO A GESTÃO DE RESULTADO DOS PROCESSOS

Uma das maiores preocupações dos gestores é garantir que os objetivos de sua organização sejam alcançados. Nos tempos de hoje, em que a agilidade estratégica é um dos fatores críticos de sucesso, é essencial ter respostas para questões como: As estratégias definidas estão corretas? Os resultados obtidos estão coerentes com os resultados esperados? Correções e ajustes são necessários?

A gestão orientada para resultados é um modelo de administração de empresas que exige bastante comprometimento da equipe, especialmente por ser voltado ao empenho para a finalização das metas. O conceito desse tipo de gerenciamento consiste na avaliação do desempenho dos processos de forma objetiva, agregadora e periódica, sendo necessário priorizar os resultados em todas as ações, com o objetivo de otimizar o desempenho da organização, independentemente de seu porte ou de sua área de atuação.

Os resultados podem ser mensurados, avaliados e acompanhados por meio de indicadores, relatórios de auditorias e por intermédio de identificações/notificações de fragilidades que ocorrem nos processos. Nesse contexto, para que seja possível adotar esse tipo de gestão na empresa, é preciso saber como os processos realmente funcionam, pois é importante que as informações sejam oriundas das coletas de dados dos processos.

Em qualquer dos setores de uma organização de saúde, as informações que são geradas a partir dos dados coletados podem ser transformadas em indicadores. Ao medir adequadamente o que, de fato, acontece no negócio, os gestores podem tomar decisões mais acuradas e acompanhar os efeitos de suas escolhas.

O resultado esperado do processo somente se torna agregador para a equipe a partir do momento em que os números mensurados são transformados em informações, sendo possível, posteriormente, realizar uma análise e uma reflexão conjunta. Dessa forma, busca-se uma melhoria no desempenho da organização ao voltar os olhares para as metas a serem atingidas, e não apenas para os processos realizados.

Para um melhor desempenho da gestão de indicadores, é recomendado que sejam seguidas algumas etapas de extrema importância. A figura 1 relata basicamente essas etapas.

Figura 1 – Desempenho do processo de indicadores

Fonte: elaboração da autora.

ESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DE RESULTADO

Saber o que precisa ser medido é uma dificuldade compartilhada por muitas organizações. Afinal, em qualquer departamento pode haver algo que chame a atenção dos gestores. Por isso, uma dica valiosa é definir indicadores que demonstrem se o processo está atingindo o resultado esperado, comprovando se o seu desempenho está favorável ou não à sua meta, bem como focar os pontos críticos para o sucesso da organização, ou seja, aspectos fundamentais para que a organização seja bem-sucedida em seus resultados ou em seu desempenho.

A escolha de cada indicador deve ser aderente ao porte, ao ramo e às demais características da organização. É importante harmonizar os indicadores com os objetivos estratégicos e associá-los às metas organizacionais. Uma má escolha pode conduzir a decisões erradas.

Para Campbell *et al.* (2003), indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam problemas potenciais ou boas práticas do cuidado. Para entender o cenário, muitas vezes é preciso um conjunto de indicadores, que fornecerão informações necessárias para a análise da situação.

Medir os resultados sistematicamente e de forma estruturada é fundamental para a gestão dos processos da organização, além de promover a cultura para a excelência. Não é uma tarefa fácil e muito menos é realizada rapidamente. Mudar uma cultura pode levar tempo e muitas ações objetivas e firmes para que não haja gargalos no meio do caminho, quebrando o ritmo aderido.

A necessidade de medir o desempenho dos processos por meio de indicadores é crescente devido à exigência das partes interessadas e à busca pela qualidade da tomada de decisão.

TIPOS DE INDICADORES E SUAS CARACTERÍSTICAS

As buscas incessantes por melhorias no desempenho desenvolveram os níveis dos indicadores, podendo ser estratégicos, táticos e operacionais. Se for possível fazer uma analogia, pense na realização de uma longa viagem, por exemplo. Sabe-se onde se está e aonde se quer chegar. Definidos esses dois pontos, é preciso determinar como chegar lá, ou seja, qual trajetória percorrer, e, também, os pontos essenciais de parada para abastecer, alimentar-se, recuperar as forças e seguir adiante. Tudo isso deve ser dimensionado dentro de um prazo que seja factível, levando-se em consideração todas as variáveis que podem impactar o deslocamento. Com esse pensamento, os indicadores estratégicos, táticos e operacionais foram determinados.

Para a gestão de resultados, os indicadores considerados estratégicos são aqueles atrelados ao planejamento estratégico da organização, e demarcam o futuro que se espera para ela, ou seja, quando estão próximos à alta administração. Os indicadores táticos são aqueles que dizem respeito aos gerentes; deve-se questionar o que pode ser feito para que esse objetivo estratégico seja atingido. Já os indicadores operacionais estão estreitamente ligados aos processos e à operação da empresa como um todo, quando se encontram no âmbito dos coordenadores. Então, assim como as decisões são atribuídas em graus estratégicos, táticos e operacionais, as informações devem ser coletadas e utilizadas em conformidade com os diferentes níveis.

Dentre as tipologias que existem para indicadores, uma das mais clássicas é a Tríade, de Donabedian (1980). Este é um modelo conceitual que fornece um enquadramento para examinar os serviços de saúde e a avaliação de qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade do cuidado podem ser extraídas em três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo condições físicas, humanas e organizacionais, tais como: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência, por exemplo. O processo denota as transações entre pacientes e fornecedores durante toda a prestação da assistência. É a verdadeira dinâmica do cuidado em saúde, focando como as tarefas são realizadas, medindo seu desempenho e se estão conseguindo atingir os objetivos determinados. E, por fim, os resultados referem-se ao produto final da assistência prestada, considerando saúde, grau de satisfação com os padrões *versus* expectativas.

Os três tipos de indicadores (estrutura, processo e resultado) complementam-se, trazendo melhor resultado para o processo e demonstrando se ele tem um bom desempenho. Porém, não existe a obrigatoriedade de medir todos, e sim os indicadores relacionados ao resultado esperado do processo.

No quadro 1, é possível exemplificar indicadores para as três categorias propostas por Donabedian.

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
Disponibilidade de sala de enfermagem com monitorização	Tempo para triagem do paciente com dor torácica no pronto-socorro	Percentual de pacientes com dor torácica, triados conforme o tempo estabelecido

Quadro 1 – Exemplo de indicadores de estrutura, processo e resultado

Fonte: ONA.

ELABORAÇÃO E MENSURAÇÃO DE INDICADORES

Conforme descrito anteriormente, existem diversos tipos de indicadores. Por esse motivo, é essencial diferenciá-los por meio das fichas de qualificação dos indicadores. É importante que essas fichas sejam padronizadas e elaboradas para cada um dos indicadores existentes. As fichas técnicas dos indicadores possuem itens cruciais, com uma sequência lógica favorável de entendimento aos profissionais. Ela é a identidade do indicador.

Para estruturar a ficha técnica, é preciso considerar minimamente as seguintes informações:

1. **Nome do indicador:** esta é a primeira informação que precisa ficar clara e objetiva. O leitor precisa entender do que se trata, e o nome do indicador deve ser de fácil compreensão, para, assim, apoiar os colaboradores na coleta de dados, e também o líder;
2. **Nível do indicador:** o nível do indicador é para deixar claro se este reflete informações estratégicas, táticas ou operacionais. Nem sempre os indicadores serão estratégicos, mas todos têm a função de monitorar o desempenho dos processos. Isso precisa ficar muito claro, principalmente para o responsável pela análise dos resultados;
3. **Tipo do indicador:** uma das tipologias mais aplicadas é a de Donabedian, relacionada à estrutura, ao processo e ao resultado. Ela proporciona uma avaliação da estrutura, da funcionalidade e do desempenho do processo com foco na melhoria contínua. A estrutura inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada, por exemplo. É importante lembrar que somente uma boa estrutura não garante um bom cuidado. O processo é onde acontece a relação entre o prestador e o receptor da assistência prestada. Foca como as tarefas são realizadas, medindo seu desempenho e se estão conseguindo atingir os objetivos determinados. Os de resultados são o produto final da assistência prestada;
4. **Fórmula de cálculo:** os indicadores possuem a fórmula de cálculo e podem ser apresentados em número absoluto ou a relação entre duas partes: o numerador e o denominador. O denominador é o termo da fração que indica o número de partes em que será dividida uma determinada quantidade, enquanto o numerador é o número de partes que usaremos dessa quantidade que acabou de ser dividida.

Exemplo:

$$\frac{\text{Total de pacientes com queda}}{\text{Total de pacientes com risco de queda}} \times 100 =$$

1. **Representação:** para que a representação dos indicadores seja relevante, ele precisa indicar métricas válidas, tais como: índice, percentual ou número absoluto. Também é possível informar qual a forma gráfica e a periodicidade escolhida para representar o dado. Exemplo: gráfico em coluna com distribuição mensal ou gráfico em linha com distribuição trimestral;
2. **Fonte de informação:** a fonte de informação é o local de onde serão extraídos os dados. É importante que ela seja confiável, atualizada e segura. Podem ser considerados como exemplos de fonte de informação: censo hospitalar, prontuário dos pacientes, entre outros;
3. **Amostragem:** a amostragem se refere à população que você está considerando para o cálculo do indicador. Exemplo: você tem um total de pacientes internados por mês. Para elaborar o

indicador **"Percentual de pacientes que desenvolveram lesão por pressão"**, você deve considerar do total de pacientes internados, somente os pacientes com risco de lesão por pressão. Portanto, a sua amostragem não será o total de pacientes internados, e sim o total de pacientes internados com risco de lesão por pressão;

4. **Responsável pelo indicador:** o responsável pelo indicador é o profissional que tem a responsabilidade de garantir que o indicador será coletado, tabulado, analisado e tratado de forma periódica;
5. **Frequência:** frequência é o número de vezes que será medido em um determinado período. Esta medição pode ser mensal, trimestral, anual etc. É crucial que os indicadores sejam disponibilizados a tempo para a tomada de decisão;
6. **Objetivo/meta:** o objetivo e a meta do indicador são a definição do que se pretende medir e acompanhar, em uma determinada quantidade e em quanto tempo, para verificação dos resultados dos processos. Para essa definição, devem ser levados em consideração os resultados dos processos, e estes estarem alinhados aos objetivos e às metas estratégicas estabelecidos pela organização.

A estruturação de uma ficha técnica, com informações relevantes e fidedignas, contribui para uma análise consistente, promovendo o alcance dos resultados esperados. O quadro 2 demonstra o modelo de ficha de indicador, com as informações mínimas a serem consideradas.

Ficha de Indicadores	
Definição/Nome do Indicador	
Nível do indicador	
Tipo de indicador	
Método/Fórmula de Cálculo	
Representação	
Fonte de dados/informação	
Amostragem	
Responsável pelo indicador	
Frequência	
Objetivo e meta	

Quadro 2 – Modelo de ficha de indicador

Fonte: elaboração da autora.

Informações complementares podem ser anexadas à ficha técnica do indicador; porém, variam de acordo com a padronização realizada pela organização. Alguns exemplos são: objetivo do indicador, onde será descrito o que se espera obter com a medição desse dado; por que é importante medi-lo; dimensão da qualidade relacionada ao indicador (efetividade, eficiência, eficácia, oportuno, segurança, equitatividade); auditoria/controle, onde será informado o método que será utilizado para garantir que o processo definido para coleta de dado seja criteriosamente seguido para evitar falhas no resultado obtido; que tipos de auditorias serão realizadas; como será o controle desse dado; comparabilidade, onde serão informadas as referências de comparação do indicador – ex.: comparar com outra organização ou com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ou qualquer outro órgão de referência que possua o mesmo indicador que está sendo proposto; entre outros.

O outro parâmetro importante são as metas. Conforme o livro "*The Goal*" (GOLDRATT; COX, 2004), metas são os objetivos quantificados e qualificados em termos de prazo e alcance, possibilitando o alinhamento dos esforços e dos recursos na organização.

Verifique em qual número você está hoje e em qual esteve ontem, e defina uma tendência ideal. Para a definição das metas, é possível levar em consideração as referências de estudos publicados, *guidelines* de protocolos, bem como a estratégia da organização, além de buscar referências de outras organizações do mesmo porte que a sua, fazendo uma comparação.

É importante ressaltar que, ao definir metas, as pessoas precisam entender que elas devem ser extremamente diretas e objetivas. Para isso, é possível dar algumas recomendações, como, por exemplo: é preciso criar metas com objetivos específicos, que sejam facilmente entendidos por qualquer pessoa; as metas necessitam ser passíveis de serem medidas/mensuráveis e ousadas, mas que possam gerar resultados dentro de uma realidade possível (do contrário, isso pode provocar desmotivação); as metas precisam ser relevantes (para criar uma meta relevante, é importante olhar os principais números da empresa; assim, uma meta relevante terá impacto direto nesses indicadores). Defina prazos para todas as metas criadas; afinal, sem uma data específica, ela pode acabar se perdendo dentro da rotina de trabalho.

Mensurar um indicador é o ato de aplicar uma escala-padrão a uma variável ou um conjunto de valores, o que facilita fazer comparações em diferentes pontos no tempo e entre populações distintas. O indicador pode ser bem simples, sendo apresentado em número absoluto, que compara valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades, ações ou estudos de estrutura, processos ou resultados; ou com um cálculo (mensuração relativa) que utiliza a relação entre duas partes: o numerador e o denominador. O denominador é o termo da fração que indica o número de partes em que será dividida uma determinada quantidade, enquanto o numerador é o número de partes que usaremos dessa quantidade que acabou de ser dividida.

IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DO RESULTADO

Ter indicadores é um requisito para fazer uma leitura correta da realidade, e, assim, tomar decisões adequadas. As medições visam reunir um conjunto sólido de informações sobre o desempenho da

organização, o que pode influenciar as tomadas de decisões. No entanto, essa análise não é automática, ou seja, o gestor precisa ser capacitado para avaliar adequadamente as grandezas mensuradas.

Essa capacitação tem como objetivo deixar a equipe preparada para a coleta dos dados, de maneira que não haja dúvidas ou discrepância das informações geradas, além de garantir que a coleta seja realizada da mesma maneira por todos os profissionais envolvidos. A organização precisa programar treinamentos formais a todos os envolvidos, desde o funcionário que realiza a coleta até aquele que realiza a análise crítica.

O conhecimento é necessário para que seja possível transformar os dados em informações relevantes e aptas a atuar positivamente nas decisões. Só assim os números passam a ser subsídios para resolver problemas, estabelecer metas, criar incentivos, padronizar condutas, entre outros.

Nesse sentido, de nada adianta criar indicadores, mas não saber utilizá-los. A análise adequada não deve ser uma descrição dos números ou dos gráficos, e sim uma interpretação do cenário e a identificação de possíveis causas ou fatores que podem estar contribuindo para este quadro. Contudo, gerar número em informações não é uma tarefa tão fácil assim. Uma pesquisa realizada pela International Data Corporation (IDC) em 2017 relata que, semanalmente, apenas 18% do tempo gasto nas atividades de produção da informação é relacionado à análise, conforme figura 2.

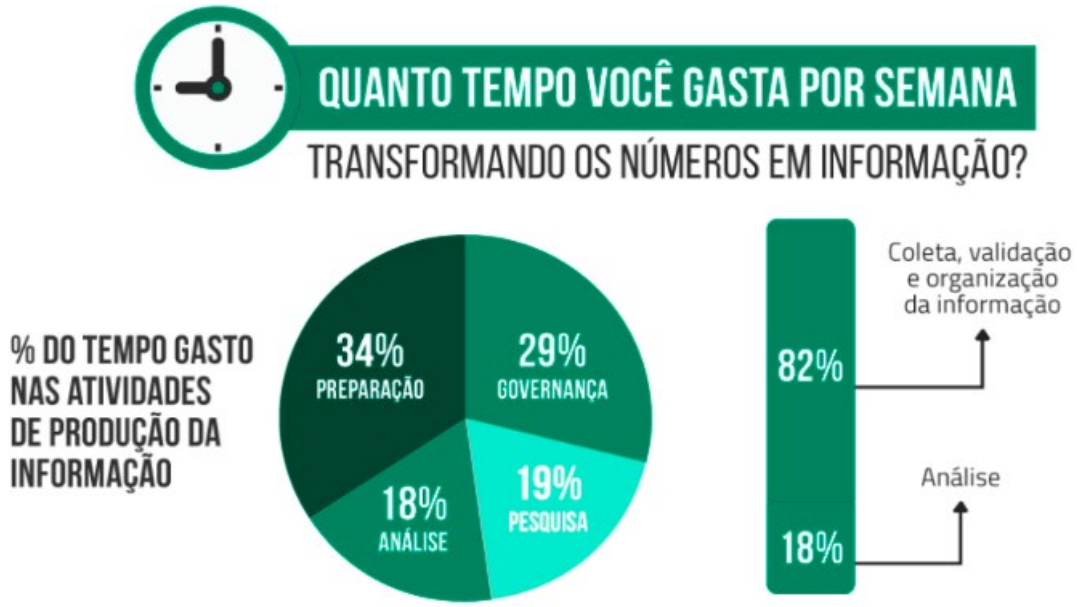


Figura 2 – Porcentagem do tempo gasto nas atividades de produção da informação

Fonte: *Data Integration and Integrity end User Survey* (IDC, 2017).

Uma vez que os gestores começam a medir, a análise dos resultados ganha um papel central para transformar informações obtidas em conhecimento.

Uma questão relevante sobre o uso dos indicadores de desempenho é saber o período em que devem ser realizadas as medições. Essa é considerada outra grande dificuldade encontrada frente aos gestores. Aqui, tudo dependerá das características do negócio, mas nada impede que sejam oferecidas algumas recomendações.

A primeira dica é acompanhar os indicadores de nível operacional mais de perto. A coleta de informações, normalmente, ocorre mensalmente. No entanto, é possível acompanhar diariamente para

entender o que aconteceu no dia anterior, fazer os ajustes necessários e corrigir os erros. A periodicidade exata dependerá muito do ciclo do produto. Já os indicadores táticos situam-se como um meio-termo: ora demandam um acompanhamento mais próximo do dia a dia, ora um período mais longo para criar uma base mais consistente. Tudo dependerá da proximidade com questões operacionais ou estratégicas. Por fim, os indicadores estratégicos podem demandar períodos mais longos, como medições trimestrais. Isso porque a análise se volta para o desempenho no mercado, as tendências e os concorrentes. Trata-se de uma avaliação mais aprofundada e sistemática do que aconteceu durante o período, com o objetivo de projetar possíveis abordagens para os meses seguintes.

Com os dados da análise bem consistentes e as causas bem identificadas, é essencial ter o planejamento e a preparação dos planos de ações. O plano de ação é uma forma organizada e que segue a metodologia proposta para definir as metas e os objetivos, as atividades que devem ser realizadas, apontar os responsáveis por desenvolver cada uma delas e acompanhar o andamento de um projeto, para que se possa atingir os melhores resultados. A figura 3 demonstra os itens importantes e que não podem faltar em um plano de ação.

O QUE	•Nome da tarefa que deve ser executada
QUEM	•O responsável pela execução da tarefa
QUANDO	•O momento da execução da tarefa
ONDE	•O local onde a tarefa vai ser executada
COMO	•O procedimento necessário para execução da tarefa
QUANTO CUSTA	•Tem algum custo para execução da tarefa
MENSURAÇÃO	•Como será mensurada a execução da tarefa

Figura 3 – Critérios que compõem um plano de ação

Fonte: ONA.

CONCLUSÃO

Mas, afinal, vale a pena implantar o modelo de gestão de resultados organizacionais? A gestão de resultados traz vantagens comprovadas às organizações, pois retrata um modelo de maior flexibilidade nos processos, melhor relacionamento interno oriundo da comunicação e da integração, devido ao compartilhamento das informações, e a consequente proximidade estabelecida entre os funcionários de diversos níveis hierárquicos, além de uma maior motivação entre os colaboradores, pois eles sentem que são partes essenciais para que os resultados da empresa sejam alcançados.

Entretanto, é essencial refletir e saber os reais objetivos da organização, além de ter toda a colaboração adequada. Partindo desses dois pontos, os resultados estabelecidos poderão, finalmente, ser alcançados.

Lembre-se: o sucesso da gestão por resultado leva a empresa a enxugar custos, otimizar um projeto ou aumentar a produtividade da equipe.

REFERÊNCIAS

CAMPBELL, S. M. *et al.* Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Education and Debate**, n. 326, p. 816-819, 2003.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. *In:* _____. (Ed.). **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1).

IDC – INTERNATIONAL DATA CORPORATION. **Data Integration and Integrity end User Survey.** Massachusetts: IDC, 2017.

GOLDRATT, E. M.; COX, J. **The goal**: a process of ongoing improvement. Boston: IHI, 2004. (Paperback).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

APRENDA como estruturar um sistema de indicadores na sua empresa. **Blog FNQ** [Internet], 27 ago. 2018. Disponível em: https://blog.fnq.org.br/aprenda-como-estruturar-um-sistema-de-indicadores/. Acesso em: 24 fev. 2020.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Fundamentação em Saúde**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Pactuação Interfederativa de Indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

FNQ – FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Curso "Indicadores"**. Sistema de Indicadores. Excelência em Gestão. São Paulo: FNQ, [s.d.].

_____. **Guia prático**: aprenda como definir e utilizar os indicadores de desempenho. São Paulo: FNQ, 2018. Disponível em: https://mscompetitivo.org.br/uploads/mscompetitivo/files/1568638327guia_pratico_para_aprender_como_definir_e_utilizar_os_indicadores_de_desempenho.pdf. Acesso em: 24 fev. 2020.GESTÃO de resultados organizacionais: o que é e como pode ajudar sua empresa. **Siteware** [Internet], 14 jun. 2019. Disponível em: https://www.siteware.com.br/metodologias/gestao-de-resultados-organizacionais/. Acesso em: 24 fev. 2020.

LEÃO, E. R. *et al.* (Orgs.). **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

O QUE é gestão por resultado? **Blog E-gestor** [Internet], 25 abr. 2017. Disponível em: https://blog.egestor.com.br/o-que-e-gestao-por-resultados/. Acesso em: 24 fev. 2020.

OPAS – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health indicators**: conceptual and operational-considerations. Section 2: development and measurement of health indicators. Washington: Opas, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45249-health-indicators-conceptual-operational-considerations-249&Itemid=270&lang=pt. Acesso em: 24 fev. 2020.

PEREIRA, I. Entenda os indicadores em saúde. **Revista Melhores Práticas em Qualidade e Gestão em Saúde**, n. 24, ano 7, p. 61-63, 2018.

RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Opas; Ripsa, 2008.

TUDO sobre a gestão de indicadores estratégicos, táticos e operacionais nas empresas. **Siteware** [Internet], 22 maio 2017. Disponível em: https://www.siteware.com.br/gestao-estrategica/indicadores-estrategicos-tatitos-operacionais/. Acesso em: 24 fev. 2020.

GESTÃO DE RISCOS EM SAÚDE

5

Gestão de riscos em saúde

Camila Deister

ORIGEM

Há mais de quatro décadas as indústrias têm desenvolvido uma abordagem específica em relação a possíveis falhas e perigos oriundos de suas atividades, podendo causar perda de vida e de propriedade (NAVARRO, 2011-2018).

As primeiras preocupações com a saúde e segurança nas organizações começaram na indústria alimentícia dos Estados Unidos, já na década de 1920. No ano de 1963, a preocupação com a gestão dos riscos nas organizações tornou-se mais evidente, com a publicação do livro "*Risk Management in the Business Enterprise*" (Gerenciamento de Riscos Corporativos), de Robert Mehr e Bob Hedges (2012). O livro descreve métodos e processos usados pelas organizações para gerenciar riscos e aproveitar oportunidades para alcance dos objetivos. Fornece, ainda, uma estrutura para gerenciar estes riscos, que geralmente envolve a identificação de eventos ou circunstâncias específicas relevantes para os objetivos da organização (riscos e oportunidades), avaliando-os em termos de probabilidade e magnitude do impacto, determinando uma estratégia de resposta e monitorando o processo, utilizado até os dias atuais. E defende o conceito de que, ao identificar e abordar proativamente riscos e oportunidades, as empresas protegem e criam valor para as partes interessadas.

Sua divulgação e sua adaptação pelos países variaram de acordo com as necessidades do momento, das experiências dos técnicos que a difundiram, da fase de desenvolvimento pela qual estava passando o país, entre outros motivos.

No Brasil, o seu ingresso deu-se na segunda metade da década de 1970, com aplicação voltada especificamente para a área de seguros, visando à prevenção de riscos em bens patrimoniais, e, com o desenvolvimento da engenharia de confiabilidade de sistemas, alguns conceitos comuns passaram a se mesclar, dando a configuração atual da gerência de riscos (NAVARRO, 2011-2018).

Independentemente da área de atuação de uma organização, a possibilidade de que ocorram variações na execução de seus processos está presente determinando a existência do risco. Este risco será cada vez menor se as possibilidades de ele ocorrer forem reconhecidas. A complexidade dos serviços de saúde, o modelo de atuação de seus profissionais e a cultura vigente na imensa maioria destas organizações propiciam, de forma significativa, esta possibilidade.

A preocupação com a segurança do paciente, e, consequentemente, com a qualidade do cuidado em saúde, iniciou-se no século XIX, quando a enfermeira britânica Florence Nightingale e o médico húngaro Ignaz Semmelweis introduziram mudanças na assistência que reduziram significativamente o número de mortes de pacientes por infecção. Mais tarde, em 1999, foi publicado pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, o relatório *"To Err Is Human"* (Errar é Humano), que revelou a crítica situação da assistência à saúde, declarando que ocorriam de 44.000 a 98.000 mortes por ano em consequência de eventos adversos, naquele país (IOM, 1999).

Os números atuais são ainda mais assustadores e justificam a necessidade de gerenciar o risco nas organizações. De acordo com o 2° Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, produzido

pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e pelo Instituto de Pesquisa Feluma, da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG), as mortes decorrentes de eventos adversos graves, ou seja, ocasionadas por erros, falhas assistenciais, processuais, infecções ou outros fatores, chegaram a seis por hora no Brasil, em 2017 (ALBUQUERQUE, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente, criou a World Alliance for Patient Safety (Aliança Internacional para a Melhoria da Segurança do Paciente de forma Universal), com o propósito de definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em nível mundial, concretizando a meta "Primeiro, não fazer mal", com a redução dos efeitos adversos dos cuidados de saúde não seguros. Assim, surgiram os "Desafios Globais para a Segurança do Paciente" (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; ANVISA, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529 (BRASIL, 2013a), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados. Em julho do mesmo ano, o MS publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, com ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013b). Esta Resolução teve por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e da melhoria da qualidade nos serviços de saúde, com a obrigatoriedade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) nas instituições hospitalares.

CONCEITO E OBJETIVOS DA GESTÃO DE RISCOS

Risco é o efeito da incerteza nos objetivos ou a possibilidade de que um evento ocorra e afete, positivamente ou negativamente, os objetivos – ISO 31000 (ABNT, 2018).

É a probabilidade de ocorrência de um evento que afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde, da comunidade, a reputação, a estrutura, a estabilidade financeira ou o funcionamento organizacional em que o serviço está inserido (OMS, 2009).

Segundo a norma ISO 31000, a gestão de riscos é definida como "atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos" (ABNT, 2018).

Os riscos podem ser negativos ou positivos, resultar em oportunidades ou ameaças e serem aplicados em diferentes níveis.

A gestão de riscos está voltada para a qualidade e segurança do paciente, e é responsável por identificar os riscos, promover as medidas de bloqueio para os riscos identificados, avaliar sistematicamente as barreiras implantadas, classificar os incidentes e monitorar as ocorrências. São atividades coordenadas para controlar uma organização no que se refere a riscos, conforme suas fontes.

A fonte do risco é o elemento que, individualmente ou combinado, tem o potencial para dar origem ao risco, que, por sua vez, é avaliado quanto à probabilidade e ao impacto. O impacto é o resultado de um evento que afeta os objetivos; já a probabilidade é a chance de algo acontecer.

A avaliação de probabilidade e impacto permite um controle que mantém e/ou modifica o risco. Este entendimento é fundamental para a implementação da gestão do risco nas organizações.

A abordagem de riscos pode incluir: evitar riscos, assumir o risco para perseguir uma oportunidade, eliminar a fonte de risco etc.

Exemplos de ferramentas da qualidade para execução da gestão de riscos nas organizações de saúde: FMEA, HFMEA, *bow tie*, entre outras.

Alguns princípios e objetivos são destacados para que a gestão de riscos seja implantada de forma efetiva em uma organização:

PRINCÍPIOS

» Agregar valor para a organização;
» Ser parte de todos os processos da organização;
» Ser estruturada, sistemática e oportuna;
» Considerar os fatores humanos;
» Ser transparente;
» Ser dinâmica;
» Estimular a melhoria contínua.

OBJETIVOS

» Alinhar os objetivos da gestão de risco com o planejamento estratégico;
» Promover maior probabilidade de atingir os objetivos estratégicos de uma organização;
» Identificar e tratar os riscos em toda a organização;
» Estimular uma gestão proativa frente aos riscos;
» Identificar as oportunidades e as ameaças para que a gestão de riscos seja efetiva;
» Atender às normas e aos requisitos legais e regulatórios pertinentes a cada organização.

IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE RISCOS

Para implementação da gestão de riscos, é necessário que haja uma avaliação da estrutura organizacional, verificando os processos existentes e seus gargalos. Os papéis e as responsabilidades precisam estar claros para que os recursos sejam alocados de forma adequada, e a comunicação seja efetiva em todas as etapas da implementação.

Deve ser estruturado um cronograma com propósito, objetivos e metas, previsão das atividades, seus responsáveis, prazos e recursos necessários.

Um processo inicial de nivelamento de conceitos e sensibilização da força de trabalho também se faz necessário, entendendo a cultura como um conjunto de valores, hábitos, práticas e atitudes de um grupo de pessoas. Tal processo deve contemplar a ampla divulgação destes conceitos, com os cuidados necessários para que possam produzir uma verdadeira mudança de valores, hábitos, práticas e atitudes; portanto, uma mudança de cultura.

Inicialmente, é necessário que o risco inerente à prestação de cuidados em saúde seja compreendido por todos, sendo debatido com a força de trabalho, de forma transparente. As equipes dos NSPs das organizações de saúde atuam como facilitadores, apresentando as ferramentas de gestão do risco, tanto proativas quanto reativas, como opções para solução do problema apresentado. Tal metodologia descentraliza o processo decisório, cria um clima de parceria, gera a motivação intrínseca e promove a responsabilização de todos, o que resulta na mudança comportamental necessária. A gestão de risco confiável em uma organização é papel de todos os colaboradores, sem exceção.

É importante, ainda, após a implementação, avaliar a eficácia da gestão de riscos, e, para isto, auditorias internas deverão ser realizadas, periodicamente, a fim de agregar valor e melhorar os processos da organização por meio de uma abordagem sistemática e disciplinada de avaliação.

Neste capítulo, falaremos sobre duas possíveis classificações da gestão de risco: a reativa e a proativa – a avaliação de risco reativa é quando os eventos indesejados já aconteceram, e só então ocorre a investigação para identificação das causas, a fim de adotar as melhores medidas capazes de evitar e/ou diminuir as probabilidades que de que ocorram novamente; a gestão de risco proativa permite determinar os riscos organizacionais antes que os eventos indesejados ocorram, determinando barreiras e controles necessários para lidar com as situações de risco, prevenindo que os acidentes em potencial aconteçam.

GESTÃO DE RISCOS PROATIVA

Processo de busca, reconhecimento e descrição de riscos, em que são identificados e determinados os riscos existentes nas atividades de todos os processos da organização de saúde, bem como seus fatores causais (fatores de risco).

Deve envolver dados históricos, análises teóricas, opiniões de pessoas informadas, especialistas e/ou gestores dos processos existentes, bem como as necessidades das partes interessadas.

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

A identificação dos riscos, tanto nos processos de trabalho quanto organizacionais, é crucial para reconhecer os riscos que podem impedir uma organização de alcançar seus objetivos. Para esta identificação, é importante levar em consideração a abordagem de processos, que, segundo a ISO 9001:2015, pode ser realizada da seguinte forma:

Figura 1 – Abordagem de processos

Fonte: ISO 9001:2015 (ABNT, 2015).

O gerenciamento de risco pode ser baseado nas entradas e nas saídas dos processos, mas focando, principalmente, as atividades que podem afetar o seu desempenho, levando em consideração suas causas, seus impactos, as fontes tangíveis e intangíveis, as limitações e as mudanças.

Exemplos de ferramentas da qualidade e técnicas para identificação dos riscos: *brainstorming*, entrevistas, análise *SWOT*, análise de dados históricos, opiniões de especialistas e partes interessadas e mapas de processo.

ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS

A análise pode ser quantitativa ou qualitativa. Na análise quantitativa, é analisado numericamente o efeito dos riscos no processo, concentrando em dados factíveis e mensuráveis, para calcular os valores de probabilidade e do impacto.

Na qualitativa, são considerados opiniões, percepções e julgamentos das partes interessadas sobre a probabilidade de um risco ocorrer e seu impacto sobre os processos. Esta percepção é representada em escalas, como, por exemplo, "baixa, média, alta", que são usadas para definir o valor final do risco.

Análises qualitativas e quantitativas têm características específicas, que tornam cada uma melhor para cada perfil de organização. Contudo, existe a possibilidade de se combinar ambas as abordagens no processo de avaliação dos riscos.

É importante, também, classificá-lo de acordo com sua probabilidade de ocorrência e impacto, pois é esta classificação que norteará o desenvolvimento das práticas de controle.

PROBABILIDADE

Sempre que uma matriz de risco é construída ou um novo risco é inserido em uma matriz já existente, a probabilidade deve ser estimada com base em evidências e/ou em informações das partes

interessadas, como dito anteriormente. A partir do primeiro ciclo de auditoria de riscos, estes passam a ter suas probabilidades calculadas de acordo com as avaliações individuais das práticas de controle e dos indicadores existentes, além dos registros e das análises de incidentes.

O somatório da pontuação das práticas de controle, dos indicadores e dos incidentes de um determinado risco definirá a estratificação dele nas categorias, por exemplo: "baixo, médio ou alto" ou "raro, improvável, provável ou quase certo".

IMPACTO

Assim como na probabilidade, sempre que uma matriz de risco é construída ou um novo risco é inserido em uma matriz já existente, o impacto também deve ser estimado com base em evidências e/ou em informações das partes interessadas, a partir do resultado médio produzido quando tal risco se torna um incidente. A cada risco é atribuído um grau de impacto, podendo ser leve, moderado, grave ou severo, por exemplo. Para cada um destes graus uma pontuação deve ser atribuída.

Para cada risco identificado, é importante que seja estabelecida uma barreira, uma prática de controle, que são ações determinadas com o intuito de mitigar ou eliminar os fatores de risco. Se a barreira já existe, é necessário avaliar a sua consistência.

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DOS RISCOS

O tratamento de riscos envolve uma análise crítica dos resultados observando a efetividade das barreiras, e, caso elas sejam insatisfatórias, é necessário definir novas ações. A estruturação e a realização de auditorias de riscos, periodicamente, ajudam a identificar quão efetivas estão sendo as barreiras e a eficácia do gerenciamento dos riscos.

Alguns exemplos de ferramentas da qualidade para análise das ocorrências são: 5 Porquês, Protocolo de Londres, *brainstorming*, Diagrama de Causa e Efeito.

AUDITORIA DE RISCOS

As auditorias de risco devem ser planejadas anualmente, por meio de um cronograma, ou realizadas sempre que necessário para promover mais segurança aos processos. Devem ser executadas por uma equipe de colaboradores previamente treinados, avaliando as práticas de controle associadas aos riscos de cada área.

Uma vez finalizada a auditoria, os auditores internos se reúnem para elaborar um relatório que deverá ser apresentado à alta liderança para promoção de melhorias.

A identificação de falhas na estrutura ou na execução das práticas de controle, decorrentes das análises de incidentes de segurança do paciente (gestão de risco reativa), deverão gerar revisão imediata da prática, independentemente do ciclo de auditorias e do desfecho para o paciente.

GESTÃO DE RISCOS REATIVA

Entendendo risco como a variação na atuação ou na execução de processos, torna-se fundamental conseguir identificar o maior número possível destas variações, a fim de que possam ser mitigadas. A visualização destas variações se dá, de forma mais frequente, pela equipe operacional. Portanto, é necessário construir um canal de comunicação fácil e eficiente com o intuito de incentivar sua notificação. Da mesma forma, também as circunstâncias que se configuram em incidente, evoluindo ou não para dano ao paciente, precisam ser notificadas.

Um sistema de notificação, amplamente divulgado e conhecido por toda a equipe, deve ser desenvolvido.

O processo de notificação e gerenciamento de incidentes e eventos possui um caráter educativo, auxiliando no aprendizado organizacional, podendo ser usado como memória institucional, contribuindo para o amadurecimento e a transformação da cultura institucional.

A classificação dos incidentes deverá ser orientada pela Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (Cisp), desenvolvida pela OMS em 2009, e descrita na Norma Orientadora (NO) 21 – Notificação de incidentes e eventos da ONA (2016).

REFERÊNCIAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9001:2015**. Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

_____. **ABNT NBR ISO 31000:2018**. Gestão de riscos – Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ALBUQUERQUE, F. Eventos adversos graves matam 6 pessoas a cada hora no Brasil. **Agência Brasil**, São Paulo, 16 ago. 2018. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-08/eventos-adversos-graves-matam-6-pessoas-cada-hora-no-brasil. Acesso em: 24 fev. 2020.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: MS, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 24 fev. 2020.

_____. _____. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2013b.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err Is Human**: Building a Safer Health System. Washington: National Academies Press, 1999.

MEHR, R.; HEDGES, R. **Risk Management In The Business Enterprise**. Montana: Literary Licensing, 2012.

NAVARRO, A. F. A. **Conceitos de seguros aplicados à engenharia de produção**. [S.l.]: [s.n.], [entre 2011 e 2018]. Disponível em: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/artigo_navarro_seguros_engenharia_producao_pdf. Acesso em: 24 fev. 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Genebra: OMS, 2009. (Final Technical Report and Technical Annexes).

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Norma Orientadora (NO) 21 – Notificação de incidentes e eventos**. São Paulo: ONA, 2016.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de Gestão de Riscos**. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, 2014.

_____. Controladoria-Geral da União. **Metodologia de Gestão de Riscos**. Brasília: CGU, 2018.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual. Saf.**, v. 20, p. 338-343, 2011.

PALUMBO, S. **Auditoria interna com foco em avaliação de riscos**. Curitiba: Interlocus; MS, 2015. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/reunioes/curso-auditoria-tcu-salvatore/modulo_0_auditoria_ms_pr.pdf. Acesso em: 24 fev. 2020.

PMI – PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **Guia PMBOK 2008**. 4. ed. Pennsylvania: PMI, 2008.

QSP – CENTRO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E PRODUTIVIDADE. **Auditoria baseada em riscos**: mudando o paradigma das auditorias internas. São Paulo: QSP, out. 2016. Disponível em: https://www.qsp.org.br/auditoria_risco.shtml. Acesso em: 24 fev. 2020.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. **Análise do risco tecnológico**. São Paulo: CETESB, [s.d.]. Disponível em: https://cetesb.sp.gov.br/analise-risco-tecnologico/historico/. Acesso em: 24 fev. 2020.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

_____; _____. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2019.

XAVIER, C. M. S.; VIVACQUA, F. R. **Metodologia de Gerenciamento de Projetos**: Methodware. 2. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2009.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E FLUXO DE NOTIFICAÇÃO

6

Núcleo de Segurança do Paciente e fluxo de notificação

Aline Beviláqua

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de enorme complexidade e com demandas ascendentes, que elevam o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de cuidados de saúde no âmbito global, observa-se, a partir da última década, o interesse crescente por parte de pesquisadores/investigadores e profissionais de saúde em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

A partir da publicação do livro "*To Err is Human*" (Errar é Humano) pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, em 1999, surgiu o Movimento Internacional para a Segurança do Paciente. Até então, a questão da segurança do paciente era pouco discutida (IOM, 1999). O sistema, para ser mais seguro, deve requerer um esforço excepcional dos profissionais, das organizações de saúde, dos consumidores, dos fornecedores, dos governos, do sistema suplementar de saúde, das agências reguladoras e da política de mercado.

As coisas vão mal no cuidado de saúde com uma frequência inaceitável para muitas pessoas que buscam serviços de saúde preventivos, diagnósticos, curativos ou de reabilitação. Quando isso ocorre, é essencial compreender as causas e os fatores contribuintes, bem como as consequências e as possíveis ações para mitigar o problema e as soluções que possam prevenir novas ocorrências no futuro.

Com o Movimento Internacional para Segurança do Paciente, começaram a ser utilizados sistemas de notificação de incidentes em saúde com foco na segurança.

Um dos grandes desafios dos sistemas de notificação de incidentes e de aprendizagem para a segurança do paciente reside nas dificuldades em extrair informações adequadas e práticas em meio ao grande volume de dados coletados. Durante muitos anos, os sistemas de informação em saúde concentraram-se em classificar os eventos adversos (EAs) de segurança do paciente para fins estatísticos e de comparação, o que também pode servir como base para a tomada de decisões políticas.

Conhecer e medir o que acontece com os pacientes durante a assistência à saúde é considerado o primeiro passo na busca por melhorias nos serviços de saúde, pois melhores informações contribuem com a segurança na assistência. Nesse cenário, a cultura de segurança ganha destaque, visto que reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro, e influencia comportamentos e resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, voltado para a segurança do paciente, responsável por várias iniciativas no campo educacional, na pesquisa, no desenvolvimento de uma taxonomia específica e de ferramentas e no lançamento de campanhas, tais como a de "Higienização das Mãos" e "Cirurgia Segura Salva Vidas".

De acordo com a OMS, a definição de segurança para o PNSP e seus princípios estão descritos no quadro 1.

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Segurança*	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que, provavelmente, não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo a preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamento, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição econômica.

Quadro 1 – Definição de segurança para o PNSP

Fonte: OMS.

Nota: * Esta é a definição de Segurança do Paciente do Instituto de Medicina. Não difere muito da definição da OMS, adotada pela Portaria MS/GM n° 529/2019: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

O PNSP, junto à Portaria n° 529/2013, visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de EAs nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e à qualidade em serviços de saúde do país, por meio da obrigatoriedade de constituição de Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) nos serviços de saúde.

Na sequência, foram publicados, pelo Ministério da Saúde (MS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), seis protocolos básicos de segurança do paciente: prática de higiene das mãos; segurança na prescrição; uso e administração de medicamentos; identificação dos pacientes; prevenção de quedas e úlceras (lesões) por pressão; e cirurgia segura.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O NSP consiste em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Ainda, consiste em tarefa do NSP promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem os riscos ao paciente.

Os NSPs devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Dessa forma, não apenas os hospitais, mas clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento devem possuir NSP, como, por exemplo: serviços de diálise, serviços de endoscopia, serviços de radiodiagnóstico, serviços de medicina nuclear, serviços de radioterapia, entre outros. Os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar estão excluídos do escopo desta norma. Também se encontram excluídos do escopo da RDC n° 36/2013 os serviços de interesse à saúde, tais como: instituições de longa permanência de idosos e aquelas que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Mas é válido ressaltar que mesmo as organizações que não possuem obrigatoriedade de constituir um NSP é uma boa prática fazê-lo, pois são ações que contribuem para a segurança na assistência ao paciente.

Deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro, e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança, e a Direção é a responsável pela nomeação e pela composição do NSP, conferindo aos seus membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração do PSP, citado acima, que aponte e descreva as estratégias e as ações definidas pelo serviço de saúde para a execução das etapas de promoção, proteção e mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde. É importante, também, que o NSP integre as diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde.

OBJETIVOS DO NSP

» Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

» Disseminação sistemática da cultura de segurança.

» Articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

» Garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

COMPETÊNCIAS DO NSP

» Implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

» Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP;
- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, e propor ações preventivas e corretivas;
- Acompanhar as ações vinculadas ao PSP;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à Direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e da avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao SNVS os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde e acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

O PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O PSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde. O documento deve apontar situações de risco e descrever as estratégias e as ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde. É imprescindível que seja usado o mapeamento de processos para que o PSP seja baseado na realidade do processo.

A partir da implantação do PSP, é crucial que o NSP realize avaliações considerando os seguintes itens:

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo MS;
- Identificação do paciente;
- Higiene das mãos;
- Segurança cirúrgica;
- Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Segurança na prescrição, no uso e na administração de sangue e hemocomponentes;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado;
- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de úlcera por pressão;

» Prevenção e controle de EAs em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
» Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
» Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
» Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e na promoção do ambiente seguro.

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO

O alicerce para um programa de segurança do paciente são os sistemas de notificações, uma estratégia para garantir a qualidade, recentemente estruturados nos países da América Latina. Ajudam a identificar melhorias no desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Sistemas de notificação têm origem em indústrias de alta confiabilidade, em especial aviação e energia nuclear. Atualmente, são utilizados pelas organizações de saúde, fazendo parte da gestão de riscos, dentro do PSP, como estratégia para identificação de EAs, *near miss* e circunstâncias de risco. Envolvem, além da notificação, o processo e a tecnologia utilizados na padronização, na avaliação, na análise, no *feedback*, na resposta e na disseminação do aprendizado a partir dos eventos notificados, incluindo também os recursos humanos responsáveis pelo seu gerenciamento. Os SNIs podem ser de caráter voluntário ou obrigatório, além de garantirem ou não a confidencialidade da informação e o anonimato do notificador.

O SNI é considerado um importante meio de captação de erros, incidentes e EAs em saúde, pois, além de ser relativamente de baixo custo, este método tem a capacidade de identificar erros latentes, conhecidos também como problemas nos sistemas ou nos processos de cuidados, assim como reconhecer eventos mais severos ou graves. Além disso, é considerado especialmente importante porque envolve os profissionais da assistência neste processo, aspecto estratégico, porque estes profissionais são as maiores fontes de informações sobre erros e falhas, e, consequentemente, podem contribuir na compreensão da sua ocorrência e na criação de medidas para preveni-los.

O relatório de incidentes é o principal método para gerar alertas e sinais relativos à prestação de cuidados de saúde de qualidade. No entanto, apenas 1% dos incidentes são relatados por profissionais de saúde. Dados da literatura indicam que somente cerca de 10% dos EAs graves são identificados por meio de notificação voluntária. Desta forma, há a necessidade de complementação por meio de notificação ativa, não sendo essa a essência. A subnotificação dos incidentes, muitas vezes, é atribuída à dificuldade de conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da notificação voluntária. O fator principal está relacionado à cultura de punição presente nas organizações de saúde. Vale lembrar que o sistema de notificação não deve ser utilizado como taxa.

Alguns desafios impedem que a ferramenta seja eficaz, como, por exemplo: clima organizacional; ausência da cultura de segurança; atitudes comportamentais, em que identificamos colaboradores da linha de frente, responsáveis pela grande maioria das notificações, sem o estímulo e o apoio da liderança imediata, que, muitas vezes, intercepta a notificação, pois considera mais um trabalho a ser realizado; levantamento das informações contidas na notificação e participação na análise desta, pois, em alguns casos, também é cobrada excessivamente pela Alta Direção para manter a qualidade dos processos, a

redução de custos, e possuem várias outras atribuições, e o desconhecimento e a incompreensão de riscos pelos colaboradores da linha de frente, sendo necessário, então, o amadurecimento da liderança imediata e da Alta Direção, onde há falhas na aplicação de uma cultura justa.

Para atingir o seu potencial em prol da segurança dos pacientes, o SNI deve ter seu foco em processos, e não em pessoas, e, portanto, não deve ser utilizado como ferramenta para responsabilização de profissionais.

A não padronização da ferramenta para notificação, a ausência de fluxo definido para classificação, análise e tratativa do incidente, bem como a ausência de posterior *feedback* ao profissional ou à equipe que notificou, impactam negativamente o sucesso do sistema de notificação.

Hoje, encontrados em diferentes meios para os relatos, quais sejam, formulários impressos, telefone, fax, intranet ou internet, o meio mais utilizado nos hospitais brasileiros ainda é o manual, com formulários impressos. O informatizado ou eletrônico é possivelmente mais vantajoso do que os outros por aspectos como maior qualidade do relato, aumento no número de notificações, fluxo de notificação contínuo por 24 horas, sem interrupções de feriados e fins de semana, e favorecimento para realização de análises estatísticas.

VANTAGENS

» Possibilita a identificação do erro e/ou risco envolvendo diretamente o operacional, permitindo o anonimato do profissional;
» Favorece o *feedback* imediato, agregando aprendizado e consciência do risco;
» Viabiliza acesso às informações de pacientes, que, possivelmente, não estão em prontuário;
» Demonstra padrões de comportamento inadequado, como, por exemplo, o não seguimento de uma prática de segurança e condutas disruptivas;
» Tem a capacidade de detecção rápida, o que uma auditoria ou revisão de prontuário não permite;
» No sentido de EA grave, tem a capacidade de informação ágil para tomada de decisão.

LIMITAÇÕES

» Pouco sensível à identificação de EAs;
» Dificuldade em extrair informações adequadas e práticas em meio ao grande volume de dados coletados.

Para implementar um sistema de notificação, é primordial que seja apresentado a toda organização, principalmente ao operacional desta, mas também pulverizado para áreas administrativas e de apoio, universalizando-a. Sempre valorizar a equipe, treinar e engajar as pessoas com o apoio da liderança imediata, para que possam ser parceiras e construtoras de uma cultura de segurança, utilizando corretamente a ferramenta, entendendo que ela é para melhorias de processo, tornando o cuidado mais seguro e permitindo estímulo a notificação.

A ferramenta é uma das mais importantes para captação de erro; porém, é necessário mudar o modelo mental, com foco no aprendizado organizacional, e não na punição do relator. Uma cultura de relatos refere-se a uma organização em que as pessoas estão preparadas para relatar seus erros e

quase erros. É preciso relatar esses eventos se quisermos aprender com eles e impedir que eventos semelhantes voltem a acontecer.

A capacitação de todos os profissionais para o conhecimento e a compreensão dos incidentes, principalmente para o *near miss*, denominado quase erro e pouco difundido dentro das organizações, dado seu potencial para atuar na prevenção do dano ao paciente, e também para a ferramenta utilizada com acesso de todos os profissionais da organização, como líderes, gestores, diretores e, principalmente, os profissionais da ponta, sem burocratizar o processo, é uma estratégia importante para se obter um sistema de notificação eficaz.

O formato do formulário não pode ser complexo, pois os profissionais possuem pouco tempo em sua atividade, devendo ser rápido e oportuno, com processo simplificado. A notificação não pode ser dependente do formulário. A sua estrutura não possui uma regra, sendo recomendadas adequações, quando necessárias. Algumas informações são opcionais e outras devem ser obrigatórias.

Outras, ainda, favorecem a análise e a classificação do incidente, devendo ser claras, completas e qualificadas, como o número do paciente e o seu registro inserido, para permitir a rastreabilidade e a evidência de desfecho, porém destacando a importância do anonimato ao paciente; quando o incidente ocorreu, data, horário, local e unidade; este pode ter ocorrido em fins de semana, feriado ou plantão noturno. A descrição do incidente com campo aberto para redação facilita a informação, devendo ser complementado com campos objetivos já predefinidos, para facilitar o raciocínio lógico, bem como para auxiliar quem irá analisar o incidente.

Devido às dificuldades em extrair informações adequadas e práticas em meio ao grande volume de dados coletados, possibilitando aos profissionais a compreensão das causas e dos fatores contribuintes, bem como as consequências e as possíveis ações para mitigar o problema e as soluções que possam prevenir novas ocorrências, foi publicado, pela OMS, em 2016, com o título "*Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems User Guide*", o **Modelo de Informações Mínimas para a Notificação de Incidentes e Sistemas de Aprendizagem para a Segurança do Paciente** (MIM SP). O objetivo do MIM SP é apresentar uma lista de categorias de informações mínimas que devem ser coletadas ao notificar um EA. São elas: informações sobre o paciente, sexo, idade, momento, agentes envolvidos, local, causas, fatores contribuintes, fatores mitigantes, tipo de incidente, resultados do incidente, ações resultantes e papel do notificador. O MIM SP foi validado como uma ferramenta básica para a notificação de incidentes de segurança do paciente e para a aprendizagem (OMS, 2016).

PROCESSO PARA O FLUXO DE NOTIFICAÇÃO

O fluxo do sistema de notificação estabelecido pelo Escritório da Qualidade ou NSP para notificação, análise e *feedback* ao relator e área onde ocorreu o incidente precisa ser divulgado em toda a organização e a todos os profissionais, sempre informando e destacando o sigilo das informações e do relator, garantindo que a notificação seja enviada dentro destas características. Quando necessário, é importante o retorno da notificação, para que não faltem informações.

Além das notificações voluntárias, o NSP pode adotar estratégias de busca ativa de incidentes, como uma maneira de identificar padrões e modos de falha, como, por exemplo: **auditoria clínica**

baseada em uma linha de cuidado, em que é possível identificar as lacunas da assistência prestada, além de riscos e incidentes; **relatórios gerenciais das unidades**, que ajudam na identificação de incidentes e, em geral, podem ser encontrados com a enfermagem; **revisão de prontuário**, que demanda tempo, porém é muita rica em seus dados obtidos; ***rounds* multidisciplinares, *rounds* em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e unidades abertas**, que proporcionam a coleta de dados, sendo mais ricos ainda quando os pacientes são envolvidos; participação ativa de membros do NSP em **comissões obrigatórias** (Revisão de Óbito e Controle de Infecção Hospitalar); **equipe de TRR** (Time de Resposta Rápida), em que há a possibilidade de identificar uma PCR não prevista por falha na aplicação de protocolos de deterioração precoce; **participação em equipe multi de terapia nutricional**, em que se identifica, por exemplo, desnutrição intra-hospitalar prevenível; **interação com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) ou a Ouvidoria,** a fim de se identificar em manifestações de clientes "*gaps*" assistenciais e incidentes; e participação e implementação do **Escritório da Experiência do Paciente** e do **Conselho Consultivo**, tendência em várias organizações como prática a permitir qualificar e segurar o cuidado envolvendo o paciente.

A tecnologia na saúde é grande aliada quando o sistema de notificação está vinculado a um sistema de gestão hospitalar integrado, otimizando os dados, inclusive com o incremento das análises de causa como ferramenta (6M), com classificação do grau de dano e ajuda no direcionamento da elaboração do plano de ação. Esse sistema permite o acompanhamento real dos incidentes, com acesso ágil aos dados, atuando no desenvolvimento de ações imediatas e também preventivas.

O monitoramento dos incidentes é considerado uma etapa difícil dentro do PSP, na qual é necessário gerenciar as análises, o plano de ação efetivo e os incidentes reincidentes. Isso implica mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos em relação ao cuidado em saúde na perspectiva da segurança do paciente, influenciando, assim, a prática profissional.

É importante considerar que o aumento no número de notificações pode refletir melhoria na cultura da notificação, na qual o relato de erros e incidentes é encorajado, e não exatamente a expressão do aumento da ocorrência dos incidentes, como pode ser erroneamente interpretado em alguns contextos. Assim, tem-se que a grande variação na notificação dos incidentes está mais relacionada com a cultura de segurança do que com a qualidade da assistência.

Com o objetivo de facilitar o desenvolvimento e a melhoria dos sistemas de notificação que recebem informações sobre incidentes, a OMS publicou, em 2005, o primeiro *Guideline* específico sobre a estruturação e a manutenção dos SNIs, o "*Draft Guideline for Adverse Event Reporting and Learning*". Suas recomendações foram fundamentadas em quatro princípios (OMS, 2005):

1. O papel primordial do SNI é elevar a segurança do paciente por meio do aprendizado com as falhas do sistema ou processo assistencial;
2. O SNI deve ser seguro para os profissionais que notificam;
3. SNIs são válidos apenas se levarem a respostas construtivas;
4. A análise significativa, o aprendizado e a disseminação de lições aprendidas exigem profissionais experientes e recursos adequados disponíveis.

O PAPEL DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A gestão de riscos estabelece como responsabilidade do NSP "identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de riscos", ou o conjunto de atividades do gerenciamento de riscos (ONA, 2019).

A metodologia para classificação dos incidentes precisa estar implementada pelo NSP. Como exemplo, a Taxonomia para Segurança do Paciente. O gestor de risco precisa saber quais os incidentes de maior prevalência, a classificação do grau de dano e, principalmente, o desfecho desses incidentes nos pacientes, sempre com cuidado para não perder o foco no que é prioritário. É necessário considerar que, muitas vezes, o desfecho se dá após a alta hospitalar do paciente, sendo necessário o acompanhamento, o monitoramento e o apoio a ele, até que seja possível evidenciar o desfecho. O NSP deve apresentar, mensalmente, todos esses dados à Comissão, o que foi proposto de melhorias e, em casos de EAs, deve ser apoio na investigação desses eventos e na proposta e na elaboração de plano de ação para mitigação.

É importante trabalhar a cultura, as estratégias e a educação, desenvolvendo nos profissionais o hábito de notificar o incidente sem receio de punição. Isso favorece a efetividade do serviço, assim como deve proporcionar conhecimento e compreensão do operacional acerca da classificação dos incidentes, bem como conscientização dos profissionais para notificação de *near miss* e circunstâncias de riscos, a fim de se realizar a gestão de riscos, atuando e proporcionando um ambiente mais seguro, prevenindo danos aos pacientes.

Para tratativa da notificação, em casos de não conformidades de processo, como *near miss* e circunstância de risco, deve-se trabalhar revisão e análise de processos estabelecidos, sempre com foco na melhoria contínua e na prevenção de danos ao paciente. Para tal, pode-se utilizar o Diagrama de Causa-Efeito ou o Diagrama de Ishikawa/Espinha de Peixe, que são, provavelmente, as ferramentas mais frequentes e recomendadas para a análise de incidentes de segurança do paciente. Quando se identifica uma probabilidade indesejada de dano relacionado à assistência à saúde, deve-se tratar o risco. Porém, devido à natureza complexa do trabalho em saúde, a simples identificação do risco, frequentemente, não proporciona todas as informações necessárias para elaborar uma intervenção efetiva de redução do risco. Após identificar o risco, é importante analisar as causas ou os fatores contribuintes para o risco de dano desnecessário, verificar sua presença no contexto analisado e, a partir das características das causas, tomar as decisões oportunas.

Os grupos para identificação das causas podem ser vários; por exemplo, organização, infraestrutura, paciente e processo de trabalho. Também se pode utilizar uma adaptação do tradicional 6M aplicado na indústria: Método, Máquina, Medida, Meio ambiente, Material e Mão de obra. Uma das maneiras mais rápidas de fazer uma análise de causa-raiz é usar a **regra dos 5 Porquês**. Em grande parte dos casos, até se chegar à quinta pergunta, a causa fundamental já foi descoberta. É preciso lembrar que um problema pode ter mais de uma causa-raiz. Por isso, a análise pode ser feita por outros ângulos, partindo de perguntas diferentes.

O Protocolo de Londres aplica o Modelo de Acidente Organizacional, de James Reason. As análises devem ter uma compreensão muito mais ampla da causa do incidente, com menos foco no indivíduo que comete um erro, e mais em fatores organizacionais preexistentes, que fornecem as condições e que podem induzir a ocorrência dos erros. O primeiro passo, em qualquer análise, é identificar as falhas ativas e os atos inseguros ou as omissões cometidas por aqueles que estão na "ponta operacional" do sistema (anestesistas, cirurgiões, técnicos, enfermeiros etc.), cujas ações podem ter consequências adversas de imediato. Consideram-se fatores contribuintes as condições em que os erros ocorreram e o contexto organizacional mais amplo. Estas condições incluem fatores como: alta carga de trabalho e fadiga; conhecimento insuficiente, falta de habilidade ou pouca experiência; supervisão ou instruções inadequadas; ambiente estressante, interrupções frequentes; muito calor ou pouca iluminação; rápida mudança dentro de uma organização; sistemas inadequados de comunicação; mau planejamento e manutenção inadequada do equipamento e dos edifícios, sendo estes os fatores que influenciam o desempenho profissional e que podem precipitar falhas, levando à ocorrência de EA.

CONCLUSÃO

A preocupação com a segurança do paciente tem favorecido uma mudança de cultura e aprimoramento no modelo de gestão nas organizações de saúde, reforçando o fato de que a responsabilidade sobre a segurança é de todos, não algo de caráter individual, e vai além da segurança do paciente, incluindo a segurança dos próprios profissionais, familiares e comunidade. É fundamental, dentro das organizações, um programa de educação permanente, o estímulo à adesão a protocolos e diretrizes, aspectos que devem compor a lista de prioridades do NSP, dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, além de criar uma cultura de segurança psicológica para permitir que uma cultura de notificação seja desenvolvida.

Para atingir o seu potencial em prol da segurança dos pacientes, o sistema de notificação não deve ser utilizado como ferramenta para responsabilização de profissionais, e sim ter seu foco em processos. É necessário engajar as pessoas e identificar os líderes da segurança. A ferramenta não deve ser a única lente da organização para implementar uma gestão de riscos e promover um cuidado seguro; deve-se agregar métodos ativos.

As estratégias da organização para implementação do sistema devem ser de acordo com seus recursos, com entendimento do seu contexto, sendo importante para o processo a busca por novas tecnologias, pois beneficia o sistema, porém sempre com novo mapeamento de falhas.

Todos devemos assumir a segurança do paciente como uma prioridade, em todos os aspectos da prestação de cuidados. Por fim, espera-se, com este capítulo, contribuir com a disseminação da importância da segurança do paciente e fomentar maior discussão sobre o tema no contexto nacional.

REFERÊNCIAS

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err Is Human**: Building a Safer Health System. Washington: National Academies Press, 1999.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Draft Guideline for Adverse Event Reporting and Learning**. Genebra: OMS, 2005.

_____. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. Versión 1.1. Genebra: OMS, 2009. (Informe Técnico Definitivo).

_____. **Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems User Guide**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/topics/reporting-learning/mim/user-guide/en/. Acesso em: 25 fev. 2020.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Fluxo de Notificação**. São Paulo: ONA, 2019. (Série 20 Anos ONA, Livro 7).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**: uma reflexão teórica aplicada à prática. 1. ed. Brasília: MS; Anvisa, 2013a.

_____. _____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013b. Disponível em: http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp. Acesso em: 25 fev. 2020.

_____. _____. RDC nº 36, de 25 de julho de 2015. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 164, 2015. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2979365/RDC_36_2015_COMP.pdf/5ab916c1-108f-43d9-80b9-39984434c8a. Acesso em: 25 fev. 2020.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: MS; Anvisa, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

_____. _____. _____. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: MS; Anvisa, 2017.

BRITO, M. F. P. **Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde com base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CULTURE Change Toolbox. **BC Patient Safety & Quality Council** [Internet], jan. 25, 2018. Disponível em: https://bcpsqc.ca/improve-culture/. Acesso em: 25 fev. 2020.

SCALABRINI, N. A.; SILVA, F. A., BRANDÃO, C. F. S. (Orgs.). **Simulação realística e habilidades na saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2017.

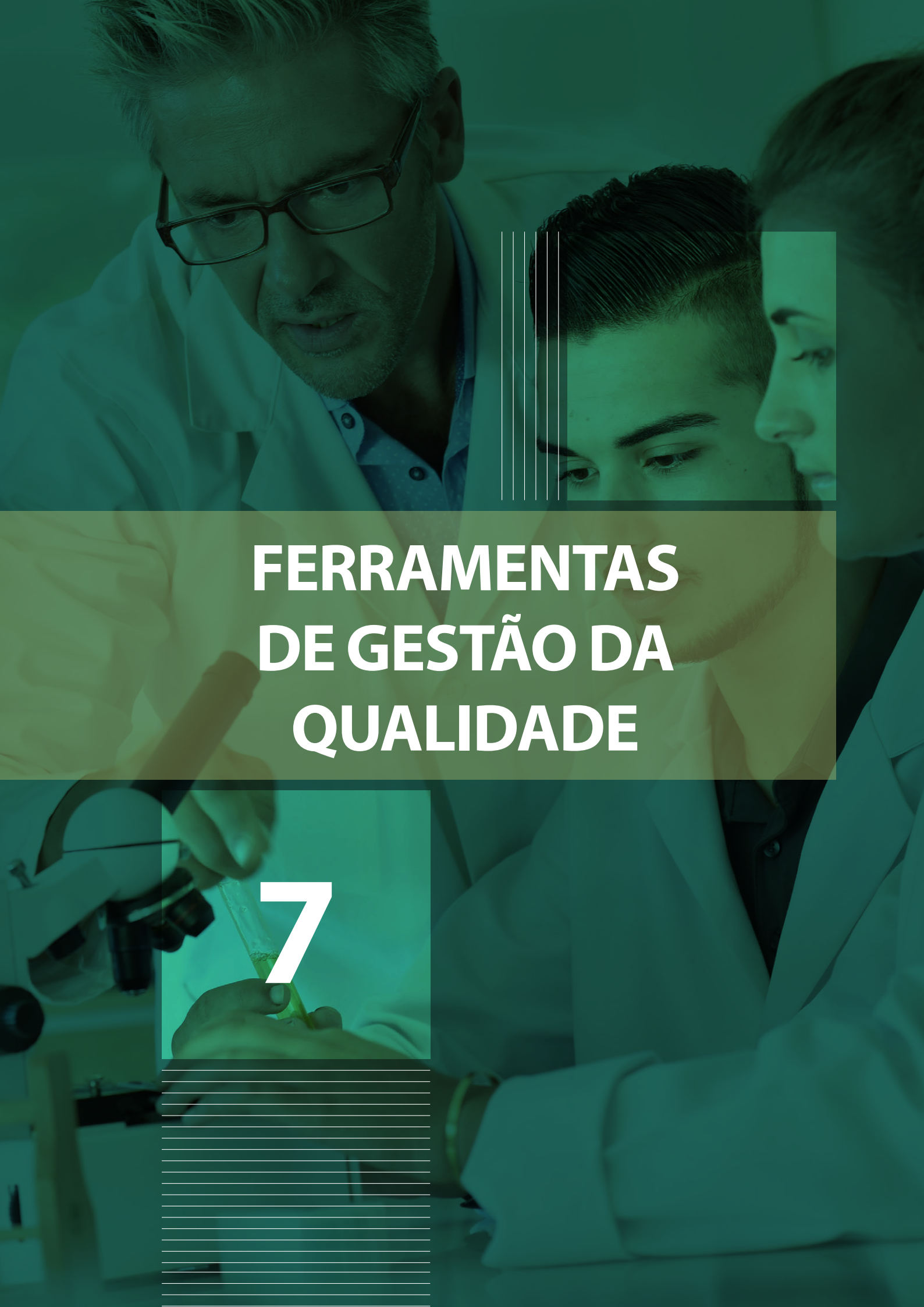
SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Fiocruz, 2019a.

_____; _____. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Fiocruz; 2019b.

VARALLO, F. R Notificação de incidentes: barreiras e estratégias para promover a cultura de segurança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2018.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar os eventos adversos. 2. ed. Porto Alegre: Yendis, 2010.

VINCENT, C.; AMALBERTI. R. **Cuidado de saúde mais seguro**: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; ICICT/Fiocruz, 2016.



FERRAMENTAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

7

Ferramentas de gestão da qualidade

Audrey Rippel

INTRODUÇÃO

Há mais de 40 anos, Avedis Donabedian (1966) propôs medir a qualidade dos cuidados de saúde observando sua estrutura, seus processos e seus resultados.

Ele desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade:

» **Estrutura**: avalia a acessibilidade, a disponibilidade e a qualidade dos recursos, como seguro de saúde, capacidade de leitos de um hospital e número de profissionais com treinamento avançado (DONABEDIAN, 1966; HUGHES, 2008);

» **Processo**: atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo (DONABEDIAN, 1966; HUGHES, 2008);

» **Resultado**: indica o resultado final dos cuidados de saúde, e pode ser influenciado por fatores ambientais e comportamentais. Exemplos incluem mortalidade, satisfação do paciente e melhora do estado de saúde (DONABEDIAN, 1966; HUGHES, 2008).

Vinte anos depois, os líderes da área da saúde emprestaram técnicas do trabalho de Deming (1986) na reconstrução dos negócios de manufatura do Japão pós-Segunda Guerra Mundial. Deming, pai da *Total Quality Management* (TQM), promoveu a "constância de propósitos" e a análise e a mensuração sistemática das etapas do processo em relação à capacidade ou aos resultados. O modelo TQM é uma abordagem organizacional que envolve gerenciamento organizacional, trabalho em equipe, processos definidos, pensamento sistêmico e mudanças para criar um ambiente de melhoria. Essa abordagem incorporou a visão de que toda a organização deve estar comprometida com a qualidade e a melhoria para alcançar os melhores resultados (HUGHES, 2008).

Qualidade é um termo subjetivo do qual cada indivíduo tem sua própria definição. Do ponto de vista técnico, a qualidade pode ter dois significados:

» As características de um produto ou serviço que se baseiam em sua capacidade de atender a necessidades expressas ou implícitas;

» Um produto ou serviço sem deficiências (ASQ, 2017).

> A Assistência médica de alta qualidade é aquela que identifica as necessidades de saúde (educativas, preventivas, curativas e de manutenção) de indivíduos ou da população de maneira total e precisa e aloca os recursos necessários (humanos e outros) a esses precisa em tempo hábil e tão eficaz quanto o estado atual do conhecimento permite (OMS, 2009).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) propõe a seguinte definição:

> A qualidade dos cuidados de saúde é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o estado atual de saúde e conhecimento científico (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Apesar de muitos autores estabelecerem definições para o conceito de qualidade em serviços de saúde, a maioria deles está de acordo que qualidade é um conceito multidimensional.

Donabedian apresentou, em seu artigo "Os Sete Pilares da Qualidade", sete dimensões de qualidade em serviços de saúde: efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade (inclui a relação profissional-paciente, as preferências e o conforto do paciente), legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 2001).

O relatório do IOM (2001), intitulado "*Crossing the Quality Chasm*", propôs seis dimensões da qualidade para descrever a complexidade e a natureza da qualidade em serviços de saúde, em que:

» Segurança: evitar lesões em pacientes causadas pelo sistema de saúde;
» Efetividade: fornecer serviços baseados em estudos científicos e evitar serviços que não produzirão benefícios;
» Atenção centrada no paciente: proporcionar um cuidado respeitoso com as preferências, as necessidades, a cultura e os valores dos pacientes;
» Oportunidade/acesso: reduzir a espera e os danos que podem ocorrer;
» Eficiência: evitar desperdiçar equipamentos, tempo, ideias e energia;
» Equidade: fornecer assistência que não varia em qualidade devido a problemas pessoais (raça, gênero, localização geográfica ou *status* socioeconômico).

Pela complexidade, natureza, formação profissional e estrutura dos serviços de saúde, a abordagem da qualidade no atendimento derivou, inicialmente, dos modelos de "garantia da qualidade", em que havia grande dependência de inspeções (fiscalização e responsabilização) para o desenvolvimento de melhorias. Para uma organiação ser bem-sucedida em melhoria, ela necessita de vontade de melhorar, de ideias de melhoria e de habilidades para executar a mudança. A melhoria vem da ação: desenvolvimento, teste e implementação de mudança. As mudanças são realizadas de forma mais eficiente e eficaz se forem baseadas em um método científico, em que observam um evento, estudam e analisam suas causas, fazem previsões a respeito de mudanças que podem melhorar os resultados, testam estas mudanças e avaliam seus resultados, e, assim, podem aplicar o aprendizado obtido em melhorias, o chamado ciclo de PDSA (*plan, do, study, act*) proposto por Deming em 1985 a partir do ciclo desenvolvido por Shewhart (PDCA – *plan, do, check, act*) (LANGLEY *et al.*, 2011).

Para auxiliar no desenvolvimento das melhorias, várias ferramentas foram adaptadas de outras indústrias e desenvolvidas para serem utilizadas na saúde.

Segundo a American Society for Quality (ASQ), as ferramentas da qualidade são definidas como um instrumento ou técnica para apoiar e melhorar as atividades de gerenciamento e melhoria da qualidade (ASQ, 2017).

As ferramentas da qualidade têm os seguintes objetivos:

» Facilitar a visualização e o entendimento dos problemas;
» Sintetizar o conhecimento e as conclusões;
» Desenvolver a criatividade;
» Permitir o conhecimento do processo;
» Fornecer elementos para o monitoramento dos processos.

Como abordado anteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, estimulado pelos estudos de Deming, o engenheiro japones Kaoru Ishikawa reuniu um conjunto de sete ferramentas como uma das estratégias para a implementação da gestão da qualidade total na indústria automobilística: estratificação, folha de verificação, análise de Pareto, diagrama de Ishikawa, histograma, diagrama de dispersão e gráficos de controle (BARCELOS, 2017).

Ao longo do desenvolvimento da gestão da qualidade e da ciência da melhoria nos cuidados em saúde, várias agências publicaram manuais sobre ferramentas da qualidade (NHS, 2010; IHI, 2017).

Neste capítulo, iremos descrever algumas das ferramentas mais utilizadas em serviços de saúde. Não temos a intenção de abranger a totalidade de ferramentas atualmente disponíveis, mas sim discutir as vantagens e as limitações na utilização prática, auxiliando na tomada de decisão sobre utilização.

Ao tomar a decisão de utilizar uma das ferramentas da qualidade, é importante ter como perspectiva que a melhoria é o objetivo a ser alcançado, e, caso seja possível atingi-lo sem utilizar uma das ferramentas, incentivamos que assim o façam.

A escolha da ferramenta a ser utilizada depende da situação a ser analisada, da maturidade na cultura de melhoria, do tempo a ser dedicado na sua utilização, do número de pessoas envolvidas e da capacitação para sua utilização, da maturidade da gestão, do perfil organizacional, entre outros.

	O cliente deseja qualidade, atendimento, segurança e preços baixos.
	Os acionistas desejam taxa de retorno do capital, receita, custos baixos e produtividade.
	Os funcionários desejam crescimento pessoal e profissional, educação, treinamento, empregabilidade.
	A sociedade deseja, antes de tudo, segurança quanto aos produtos e serviços produzidos.

Quadro 1 – A aplicação das ferramentas ajuda a atender à expectativa dos consumidores da empresa

Fonte: elaboração da autora.

FERRAMENTAS DA QUALIDADE

A seguir, apresentaremos algumas ferramentas da qualidade.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO (*CHECK SHEET*)

A folha de verificação é uma planilha simples e estruturada, preparada para a coleta e a análise de dados (ASQ, 2017). Pode ser personalizada pelo usuário, o que lhe permite facilidade na interpretação dos resultados.

É a ferramenta de qualidade utilizada para facilitar e organizar o processo de coleta e registro de dados, contribuindo para otimizar a análise posterior dos dados obtidos.

Utilizada para saber com que frequência certos eventos acontecem. Não há modelo padronizado, mas em todos os casos deve-se ter atenção na coleta dos dados.

As folhas de verificação são, muitas vezes, confundidas com listas de verificação. Enquanto a folha de verificação é para capturar e categorizar observações, a lista de verificação destina-se como um auxílio à prova de erro quando da realização de procedimentos de várias etapas, particularmente durante a auditoria, de redundância, controle e acabamento de saídas do processo (ASQ, 2017; NHS, 2010).

Quando usar?

» Quando os dados podem ser recolhidos e observados repetidamente pela mesma pessoa ou no mesmo local;
» Quando queremos coletar dados sobre a frequência ou os padrões de eventos, problemas, defeitos, localização do defeito, as causas de defeitos etc.;
» Quando coletamos dados a partir de um processo de produção.

Como usar?

» Decida qual evento ou problema será observado;
» Desenvolver definições operacionais;
» Decida quando os dados serão coletados e por quanto tempo;
» Projete o formulário, configurando-o para que os dados possam ser anotados simplesmente com símbolos de verificação (✓, X ou I), e para que não tenham que ser novamente copiados para análise;
» Qualifique, nomeie, todos os espaços no formulário (exemplos: dias da semana, problemas, turnos etc.);
» Teste a folha de verificação por um período experimental curto para ter certeza de que coleta os dados apropriados e é fácil de usar;
» Cada vez que o evento-alvo ou problema ocorrer, registre os dados na folha de verificação.

Exemplo:

A tabela 1 mostra uma folha de verificação utilizada para recolher dados sobre interrupções telefônicas. As marcas de escala foram adicionadas como dados coletados ao longo de várias semanas (ASQ, 2017).

Motivos	Dias da semana					
	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Total
Número errado	IIIII	II	I	IIIII	IIIII II	20
Pedido de informação	II	II	II	II	II	10
Chefe	IIIII	II	III II	I	IIII	19
Total	12	6	10	8	13	49

Tabela 1 – Interrupções telefônicas

Fonte: Adaptado de Tague (2005, p. 141-142).

LISTA DE VERIFICAÇÃO (*CHECKLIST*)

É uma ferramenta para garantir que todas as medidas ou ações importantes em uma operação tenham sido tomadas. As listas de verificação contêm itens importantes ou relevantes para um problema ou uma situação, em que a ausência de sua execução pode acarretar falhas.

São utilizadas em várias áreas; por exemplo, os pilotos, antes da decolagem de um avião, utilizam listas de verificação pré-concebidas para checar o funcionamento da aeronave e garantir a segurança de todo o trajeto.

Na saúde, as listas de verificação podem ajudar a garantir a consistência e a integridade na realização de tarefas complexas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define *checklist* como uma lista de ações críticas a serem tomadas para garantir a segurança do paciente (WHO, 2009). Um exemplo de lista de verificação que é mundialmente utilizada na saúde é o *Checklist* de Cirurgia Segura, proposto pela OMS (WHO, 2009).

Em 2009, dentro da publicação do Guia para Cirurgia Segura (*WHO Guidelines for Safe Surgery: 2009 – Safe Surgery Saves Lives*) (WHO, 2009), a OMS reconhece que a segurança em cirurgia requer a execução confiável de várias medidas necessárias ao atendimento, não só por parte do cirurgião, mas por uma equipe de profissionais de saúde que trabalham em conjunto para o benefício do paciente, e afirma que a lista de verificação é uma ferramenta que tem várias vantagens nessas situações:

» As listas de verificação ajudam na recuperação da memória, especialmente para assuntos que são facilmente negligenciados em pacientes em condições dramáticas e que podem levar a distrações;

» As listas de verificação esclarecem o mínimo de passos previstos dentro de um processo complexo;

» Ao favorecer o trabalho em equipe, os *checklists* estabelecem um padrão de desempenho mais elevado.

Além do *Checklist* de Cirurgia Segura, a OMS recomenda a utilização de outros *checklists* específicos como estratégia de prevenção, como o *Checklist* de Parto Seguro.

Os *Checklists* de Cirurgia Segura e de Parto Seguro estão disponíveis para *download* nos *links*:

» http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/childbirth--checklist_implementation-guide/en/;
» http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/.

A criação de um *checklist* parte de um consenso de *experts*, baseados na melhor evidência científica a respeito da etapa que deve ser verificada.

Geralmente, os itens críticos são verificados por um membro da equipe na presença de outros membros em voz alta. Na folha de verificação são anotados como checados cada um dos itens importantes verificados e implementados.

Para que as listas de verificação funcionem, precisamos elaborá-las de maneira que sejam curtas, claras e precisas, pois, se muito longas, os profissionais acabam por não as utilizar, e sua função primordial de verificar a padronização de uma ação deixa de existir. Elas devem ser claras a ponto de todos entenderem o que está sendo verificado, e precisas para garantir que a etapa que deve ser verificada seja importante para o resultado que se quer alcançar (NHS, 2010; IHI, 2017; NPSA, 2004).

BRAINSTORMING

O *brainstorming* é uma técnica de estimulação da criatividade de uma equipe, em um curto período (NHS, 2010). Pode gerar ideias para possíveis inovações, ajudar na detecção e na resolução de problemas, entre outras questões.

É o precursor de muitas técnicas existentes de geração de ideias (LANGLEY *et al*., 2011). As ferramentas de geração de ideias são maneiras comprovadas de se chegar a novas soluções e perspectivas para uma questão ou um problema que não parece ter solução (ASQ, 2017).

Se a intenção é pensar de maneira inovadora, é importante refletir sobre o que está acontecendo ao redor. Estamos acostumados a ver a situação apenas por nossa perspectiva pessoal.

Entretanto, desenvolvendo a habilidade de ver as coisas de maneiras diferentes, você pode fazer novas conexões e chegar a novas soluções. Quando você está preso em uma maneira de pensar e sentir que tenha esgotado todas as opções, "um novo olhar" pode levar a uma nova maneira de fazer as coisas que não tinha sido pensada antes.

O *brainstorming* pode ajudar a pensar em ideias sem julgamentos precipitados. Atendo-se a regras e técnicas, teremos uma maneira eficaz de gerar ideias em torno de problemas, soluções e próximos passos (NHS, 2010).

O *brainstorming* só deve ser usado para gerar uma grande quantidade de novas ideias e soluções. Não é recomendado que seja usado para a análise ou a tomada de decisão.

Foi originalmente desenvolvido por Osborn em 1930, e é provavelmente a técnica mais conhecida de todas.

Quando usar?

» Quando um número muito grande de ideias é desejado;
» Quando ideias criativas e originais são necessárias;
» Quando a participação do grupo todo é desejada na construção de algum processo.

Como usar?

Antes de descrevermos como usar, é importante estar preparado para desenvolver o *brainstorming*.

» Levantar o problema que será discutido e procurar maneiras de introduzi-lo no grupo que fará parte da sessão de *brainstorming*, bem como programar um tempo para sua duração;
» Deixar disponível alguns materiais, como folhas de papel (*flipchart*), papéis, marcadores (*post-it*), canetas, fita e espaço da parede em branco;
» Um facilitador introduz a sessão, acompanha o tempo e é responsável pela manutenção das regras durante toda a sessão. Essa pessoa garante que os participantes se sintam confortáveis em participar.

Rever as regras de debate com todo o grupo:

» Nenhuma ideia deve ser criticada, e não deve ser realizada nenhuma avaliação das ideias. O julgamento está suspenso até o final da sessão de *brainstorming*;
» Todas as ideias são bem-vindas. Quanto mais ideias, melhor;
» Todas as ideias são anotadas;
» A construção de novas ideias a partir de uma ideia já exposta é estimulada: combinar, modificando, ampliando as ideias dos outros;
» Reveja o tema ou o problema a ser discutido. Muitas vezes é melhor ser formulado com "por que", "como" ou "o que causa";
» É importante certificar-se de que todos entendem o assunto do *brainstorming*;
» Permitir um ou dois minutos de silêncio para todos pensarem sobre a questão;
» Todas as pessoas devem ser convidadas a verbalizar as suas ideias. Cada pessoa e cada ideia têm igual valor;
» Registre todas as ideias em palavras as mais próximas possíveis das usadas pelo contribuinte;
» Não é permitida qualquer discussão ou avaliação de qualquer tipo;
» Continue a registrar as ideias geradas até quando não houver mais produção destas.

Há outras variações do *brainstorming*. Abaixo estão algumas delas:

» *Round-robin brainstorming*;
» *Double reverse*;
» *Starbursting*;
» *Charette procedure*;
» *Six thinking hats*.

HISTOGRAMA

Um histograma é um tipo de gráfico de barras que exibe um conjunto de dados contínuos, os quais você pode usar para avaliar a distribuição ou a variação de dados em um intervalo; por exemplo, peso, duração, tamanho e idade (NHS, 2010; IHI, 2017).

A forma da barra ou da curva mostra a distribuição dos dados; isso pode ajudá-lo a determinar quais testes estatísticos aplicar e entender onde estão os problemas, para, assim, decidir onde concentrar os esforços de melhoria (NHS, 2010; IHI, 2017).

Quando usar (ASQ, 2017)?

» Quando os dados a serem coletados e analisados forem numéricos;
» Quando há a necessidade de verificar a forma da distribuição dos dados (distribuição normal, assimétrica, pico, platô e isolada);
» Ao analisar se um processo pode atender aos requisitos do cliente ou de um fornecedor;
» Verificar se ocorreu uma alteração no processo de um período para outro;
» Determinando se as saídas de dois ou mais processos são diferentes;
» Quando desejar comunicar a distribuição de dados de maneira rápida e fácil a outras pessoas.

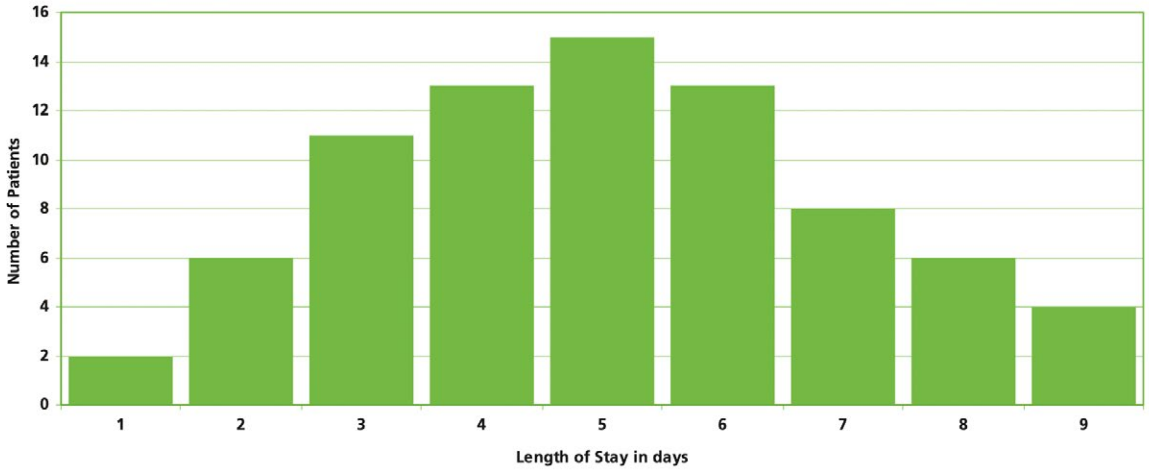


Gráfico 1 – Histograma representando o número de pacientes por tempo de permanência em determinado período

Fonte: NHS (2010).

PARETO

Um gráfico de Pareto é um tipo de gráfico de barras no qual os vários fatores que contribuem para um efeito geral são organizados em ordem da maior para a menor contribuição ao efeito (ASQ, 2017; IHI, 2017; NPSA, 2004).

O princípio de Pareto foi desenvolvido nos estudos sobre desigualdade na distribuição de riquezas, de acordo com o "princípio de Pareto" – também conhecido como "regra 80/20" –; em qualquer grupo de fatores que contribuam para um efeito geral, aproximadamente 80% do efeito vem de 20% das causas (IHI, 2017).

"Sempre que um grande número de causas contribui para um determinado efeito, poucas destas causas são responsáveis pela maior parte dos efeitos." (Juran)

O gráfico apresenta, de forma estratificada, as várias causas ou as características dos defeitos, das falhas ou das reclamações, auxiliando na determinação da prioridade da resolução do problema, com a causa principal visível do lado esquerdo do diagrama, em ordem crescente, e as causas menores mostradas do lado direito, em ordem decrescente.

O diagrama de Pareto tem o objetivo de compreender a relação ação/benefício, ou seja, prioriza a ação que trará o melhor resultado. O gráfico citado ordena as frequências das ocorrências e permite a localização de problemas vitais e a eliminação de futuras perdas (ASQ, 2017).

ESTRATIFICAÇÃO

Quando os dados de uma variedade de fontes ou categorias são agrupados, o significado destes pode ser impossível de se interpretar. A técnica da estratificação separa os dados de modo que os padrões possam ser vistos (ASQ, 2017).

A estratificação é uma técnica utilizada em combinação com outras ferramentas de análise de dados.

É uma ferramenta muito útil, pois as causas das variabilidades nos processos podem ser relacionadas a fatores que, quando estratificados, mostram a verdadeira origem do problema, onde a melhoria possa ser focada (NHS, 2010).

Quando usar?

» Antes de coletar os dados;
» Quando os dados vêm de várias fontes ou condições, tais como turnos, dias da semana, fornecedores ou grupos populacionais;
» Quando a análise dos dados pode necessitar que sejam separados diferentes fontes ou condições.

Como usar?

» Antes de coletar os dados, considere que a informação sobre as fontes destes pode ter um efeito sobre os resultados. Configure a coleta de dados para que a informação sobre a fonte também seja coletada;
» Ao traçar graficamente os dados coletados em um diagrama de dispersão, uma carta de controle, um histograma ou outra ferramenta de análise, utilize diferentes marcas ou cores para distinguir os dados de várias fontes. Os dados que se distinguem deste modo são referidos como sendo "estratificados";
» Analisar os subconjuntos de dados estratificados separadamente;
» Em seu gráfico ou tabela, incluir uma legenda que identifica as marcas ou as cores utilizadas.

GRÁFICO DE CONTROLE (GRÁFICO DE SHEWHART, GRÁFICO ESTATÍSTICO DE CONTROLE DE PROCESSOS)

O gráfico de controle é usado para estudar como um processo muda com o tempo. Os dados são plotados na ordem do tempo. Um gráfico de controle sempre tem uma linha central para a média (LM), uma linha superior para o limite superior de controle (LSC), e uma linha inferior para o limite inferior de controle (LIC). Essas linhas são determinadas a partir de dados históricos. Ao comparar os dados atuais com tais linhas, você pode tirar conclusões sobre se a variação do processo é consistente (no controle) ou imprevisível (fora de controle, afetada por causas especiais de variação) (ASQ, 2017; IHI, 2017).

Quando usar (ASQ, 2017)?

» Ao controlar processos em andamento, localizando e corrigindo problemas à medida que ocorrem;
» Ao prever o intervalo esperado de resultados de um processo;
» Ao determinar se um processo é estável (no controle estatístico);
» Ao analisar padrões de variação do processo de causas especiais (eventos não rotineiros) ou causas comuns (integradas no processo);
» Ao determinar se o seu projeto de melhoria da qualidade deve ter como objetivo evitar problemas específicos ou fazer alterações fundamentais no processo.

Como usar?

» Escolha a tabela de controle apropriada para seus dados;
» Determine o período apropriado para coletar e plotar dados;
» Colete os dados, construa seu gráfico e analise os dados;
» Procure por "sinais fora de controle" na tabela de controle. Quando um for identificado, marque-o no gráfico e investigue a causa. Documente como você investigou, o que aprendeu, a causa e como foi corrigido.

Exemplo:

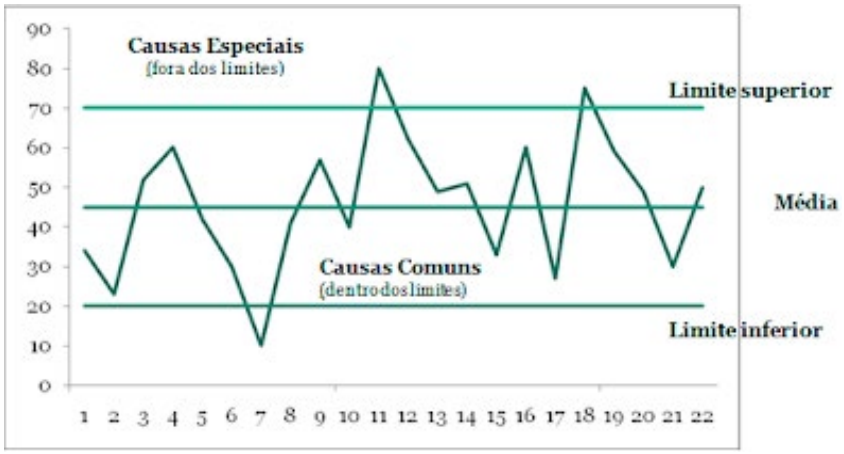


Gráfico 2 – Gráfico de controle

Fonte: elaboração da autora.

DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO (ISHIKAWA)

O diagrama de causa e efeito é uma ferramenta organizacional que ajuda as equipes a explorar e exibir as muitas causas que contribuem para um determinado efeito ou resultado (IHI, 2017).

Esse diagrama também é conhecido como diagrama de Ishikawa, por seu criador, ou diagrama de espinha de peixe, por sua semelhança com os ossos de um peixe (IHI, 2017).

As várias causas em potencial são organizadas em categorias principais e subcategorias, de maneira que seu formato se assemelhe a uma espinha de peixe.

» Primeiro passo: identificar o problema e considerá-lo em detalhes – quem está envolvido, quando e onde ele ocorre. Escrever o problema em uma caixa e desenhar uma seta apontando para ele;
» Segundo passo: identificar os maiores fatores que podem ter provocado o efeito. Originalmente, no diagrama de Ishikawa, as causas do efeito são agrupadas por categorias;
» Terceiro passo: listar as possíveis causas levantadas e organizá-las segundo a classificação. Veja um exemplo:

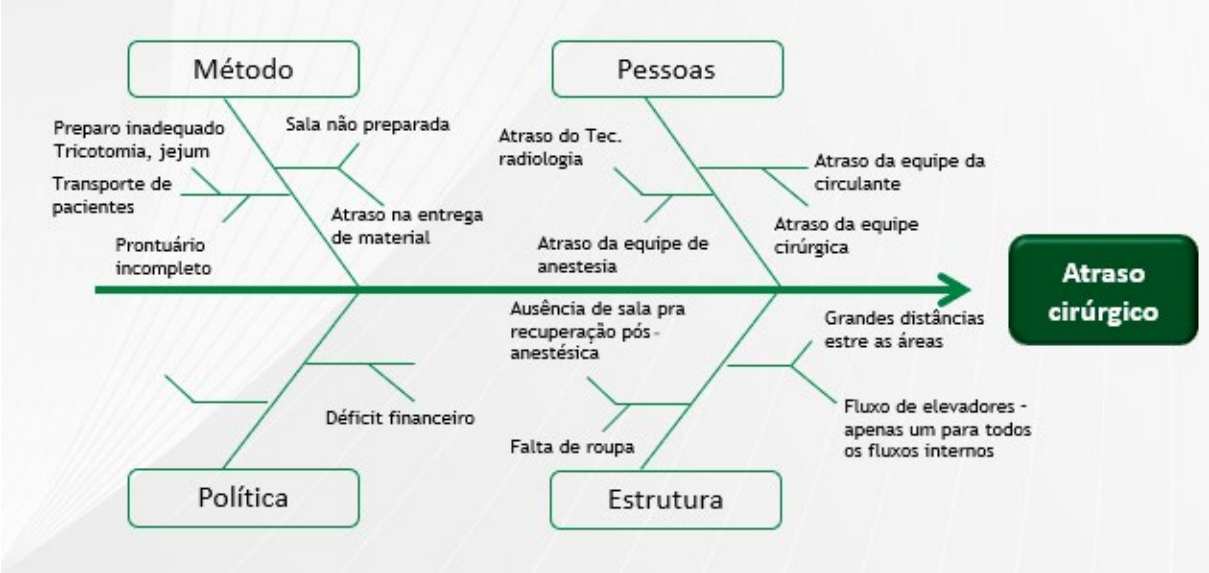


Figura 1 – Diagrama de causa e efeito

Fonte: elaboração da autora.

» Quarto passo: analisar o diagrama.

Nesta fase, você deve ter um diagrama mostrando todas as possíveis causas de seu problema. Dependendo de sua complexidade e importância, você pode investigar a causa mais provável.

5 PORQUÊS

A ferramenta dos 5 Porquês pode ser utilizada para buscar a causa-raiz do problema que está sendo analisado, traçando uma rota. Consiste em repetir, seguidamente, "por que", para responder ao motivo pelo qual o problema ocorreu. Os 5 Porquês permitem que você determine a relação entre as diferentes causas do problema. É muito fácil e rápido de se aplicar, e pode auxiliar na finalização ou

no encaminhamento das análises.

É comum, ao se analisar um problema, entender que a causa fundamental é a primeira a ser discutida ou apresentada, o que induz em erro.

A resposta a um problema estará após aprofundar o entendimento e fazer a análise detalhada, que se consegue aplicando essas questões sucessivas.

Lembre-se: se você não fizer as perguntas certas, não vai obter as respostas certas.

Os 5 Porquês são uma técnica para expandir o horizonte de uma equipe em busca de respostas. Podem ser utilizados juntamente a outras ferramentas, para se tentar compreender as causas de um problema ou defeito.

É importante envolver os profissionais da linha de frente nas análises.

Exemplo:

Problema: administração errada de medicamento

» Por que o medicamento foi administrado errado?
Porque foi entregue errado.

» Por que foi entregue errado?
Porque foi armazenado errado.

» Por que foi armazenado errado?
Porque foi recebido errado.

» Por que o medicamento foi recebido errado?
Porque não houve inspeção no recebimento.

» Por que não houve inspeção no recebimento?
Porque não existe a rotina de aplicar o *checklist* de inspeção do recebimento.

Contramedida: implementar um *checklist* de inspeção de recebimento dos medicamentos.

"Só fazemos melhor aquilo que, repetidamente, insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito." (Aristóteles)

REFERÊNCIAS

ASQ – AMERICAN SOCIETY FOR QUALITY. **Quality glossary definition**: quality tools [Internet]. [S.l.]: ASQ, 2017. Disponível em: https://asq.org/quality-resources/quality-tools. Acesso em: 20 dez. 2019.

BARCELLOS, U. D. S. **Revisão sistemática das ferramentas de qualidade mais utilizadas nas indústrias**. 2017. Monografia (Especialização em Produção) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

DEMING, W. E. **Out of the Crisis**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, 1986.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, 1966.

_____. Los siete pilares de la Calidad. **Rev Calid Asist**., n. 16, p. 1-9, 2001.

HUGHES, R. Tools for quality improvement and patient safety. *In:* HUGHES, R. (Ed.). **Patient safety and quality**: an evidence-based handbook for nurses. Rockville: AHRQ, 2008. p. 1-42. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/. Acesso em: 26 fev. 2020.

IHI – INSTITUTE FOR HEALTH IMPROVEMENT. **IHI's QI Essentials Toolkit**. Boston: IHI, 2017. Disponível em: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx. Acesso em: 26 fev. 2020.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st Century. Washington: The National Academies Press, 2001. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog/10027. Acesso em: 26 fev. 2020.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human**. Washington: The National Academies Press, 2000. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog/9728. Acesso em: 26 fev. 2020.

LANGLEY, G. *et al*. (Eds.). **Modelo de melhoria**. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

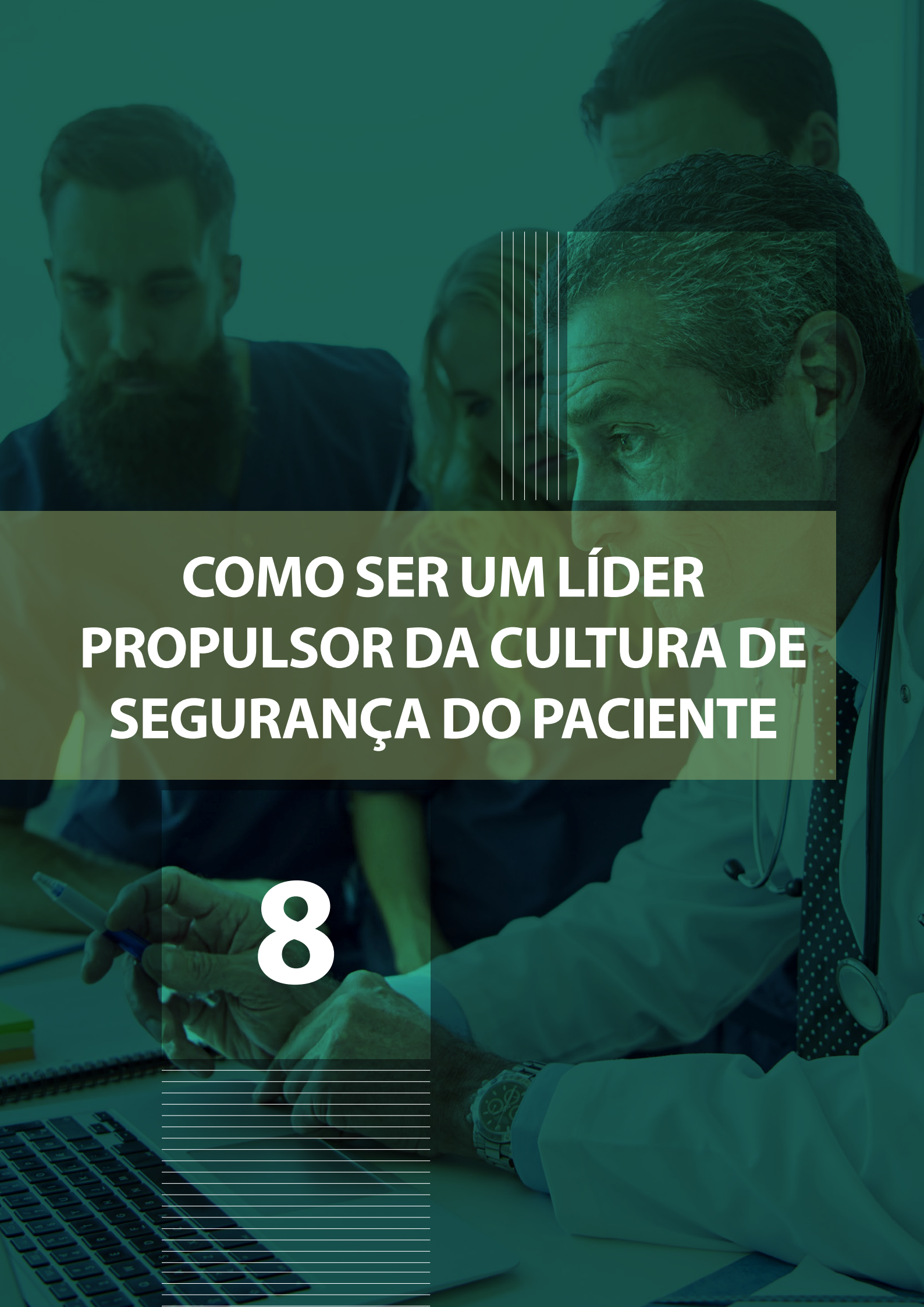
NHS – INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. **The Handbook of Quality and Service Improvement Tools**. London: NHS, 2010.

NPSA – NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety**. The full reference guide. London: NPSA, 2004. Disponível em: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787. Acesso em: 26 fev. 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Genebra: OMS, 2009. (Relatório Técnico Final).

TAGUE, N. R. **The Quality Toolbox**. 2nd ed. Wisconsin: ASQ Quality Press, 2005.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines for Safe Surgery**: 2009 – Safe Surgery Saves Lives. Genebra: WHO, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=6B51EF487FBE78652F39C5A01D664AFD?sequence=1. Acesso em: 26 fev. 2020.



COMO SER UM LÍDER PROPULSOR DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

8

Como ser um líder propulsor da cultura de segurança do paciente

Renata Michele Guimarães Pereira Macedo
Rúbria Coutinho

INTRODUÇÃO

Por volta dos anos 2000, começamos a ouvir falar sobre segurança do paciente. A publicação "Errar é Humano", do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, em 1999, havia chocado o mundo com o número estarrecedor de mortes no país por erros em saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Comparavam-se os dados à queda de um *boeing* por dia. Nunca ficou tão explícita a passividade com que tratávamos os nossos irreparáveis erros. Estávamos simplesmente esperando que os aviões caíssem. E quando, fatidicamente, caíam, bastava-nos a conivência do silêncio ou desculpas consoladoras travestidas "do curso natural da doença". Como diria Einstein, os hospitais eram lugares perigosos de se estar, não somente por aqueles que erravam, mas, sobretudo, por aqueles que observavam os erros e os deixavam acontecer.

Felizmente, rompeu-se o pacto com a inércia e o silêncio e, capitaneado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciou-se um movimento em prol de aprimorar a gestão, a qualidade e a segurança da assistência. A necessidade de mudança fazia-se iminente e os profissionais à frente do movimento estavam alinhados a uma estratégia coerente, nobre e cientificamente fundamentada.

Ano a ano, o movimento veio crescendo e se fortalecendo, e, ainda assim, não raras vezes, somos tomados pela sensação ruim de que, simplesmente, continuamos errando. Mas por que mudanças necessárias são tão difíceis de serem implementadas? O que faz com que a cultura devore as melhores estratégias de forma tão impiedosa? Com cerca de 20 anos de movimento, o quanto já, verdadeiramente, fortalecemos a cultura de segurança nos nossos hospitais? E, enquanto líderes, quais estratégias adotaremos para garantir a perenidade desse movimento nos próximos 20 anos?

LIDERANÇA

Liderança é um tema vasto e complexo. Na literatura existe uma profusão de abordagens sobre o significado e a origem da liderança, possibilidades e formas de aprendê-la, qualidades de líderes e gestores, as diferenças entre os dois e outras tantas questões instigantes sobre essa ampla temática.

De modo geral, os estudiosos entendem que se trata de uma ciência social, ou seja, a liderança não nasce apenas da pessoa, mas da relação entre indivíduos. É a partir desta relação que se desenvolvem as potencialidades para a ação, sendo fundamental que exista reciprocidade – contrato psicológico de trocas recíprocas.

Adotando o conceito de Sigmar Malvezzi (1999), em termos genéricos, a liderança consiste na influência e na capacidade de intervenção exercida por algumas pessoas sobre outras para criar as competências e a sinergia requeridas por ações conjuntas e objetivos comuns.

O autor ressalta que o significado da liderança integra o repositório intuitivo das pessoas – todos têm alguma ideia ou explicação do que é liderança –, o que traz complexidade e controvérsias. Podemos considerar, no entanto, que um denominador comum dessa intuição é o reconhecimento de que a liderança é uma forma de poder viabilizada pela conduta pessoal, produto da construção do contexto social e da identidade do líder, composta por estrutura de personalidade, valores e crenças pessoais.

Assim, distintos estilos e repertórios de comportamentos da liderança podem ser igualmente eficazes em diferentes contextos culturais, sociais e organizacionais, construindo estratégias, gerando resultados e conduzindo mudanças com sucesso.

Qualquer que seja o cenário, um dos grandes desafios da liderança atualmente está no engajamento das pessoas para contribuir genuinamente para um projeto maior. As transformações sociais e no mundo corporativo intensificaram esse desafio, uma vez que o colaborador contemporâneo necessita ver sentido no que está realizando. O desafio da equipe é alinhar valores pessoais à atividade desempenhada, e do líder é alinhar os propósitos individuais ao propósito coletivo – projeto de todos. É essa conexão que gera motivação, interação, autonomia e comprometimento para a ação. Tal como a cultura, a liderança funciona como elemento facilitador do envolvimento e do querer agir, porque, além de propiciar sentido comum, produz competências coletivas para atuar em prol de uma missão, dando direção, apoio e condições de realização das estratégias organizacionais e do valor social do indivíduo.

FUNDAMENTOS DA CULTURA ORGANIZACIONAL

A abordagem do conceito de cultura não é recente em estudos organizacionais. Diversos autores aprofundaram estudos sobre o tema relacionando os aspectos da vida em sociedade com processos organizacionais, em busca de compreender a dinâmica das relações e do comportamento organizacional, sua influência e seus impactos na gestão e na qualidade dos seus processos e produtos.

O conceito elaborado por Edgar Schein (2009), autor referência sobre o tema, define cultura organizacional como um padrão de suposições básicas que um dado grupo tenha inventado, descoberto ou desenvolvido para aprender a lidar com seus problemas de adaptação externa e integração interna. Tal padrão pode ser ensinado a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir com relação a esses problemas.

Ainda de acordo com o autor, a cultura organizacional contempla um conjunto de símbolos e ideias propostas por um líder, que, quando validada e aceita, é repassada aos novos membros do grupo. Trata-se de um fenômeno dinâmico criado a partir das nossas interações e moldado pelo comportamento da liderança em um conjunto de estruturas, rotinas, regras e normas.

Segundo Schein (2009), uma cultura possui aspectos visíveis, símbolos e comportamentos que vêm à tona, tais como a forma de se vestir, a linguagem e a maneira como nos relacionamos. Existem, também, aspectos menos visíveis que dizem respeito aos valores e às normas da empresa, como as regras descritas nos códigos de ética e conduta.

Por fim, há os aspectos que não são explícitos, são pressupostos, comportamentos inconscientes presentes na mente dos profissionais no ambiente de trabalho. Estes pressupostos têm a capacidade

de influenciar diretamente a maneira como um colaborador pensa e age diante de diferentes situações. É no nível deles que se estabelecem crenças e padrões aprendidos pelo grupo para lidar com as questões da natureza humana mais profundas, como: necessidade por estabilidade, consistência, significado, segurança e integridade.

Figura 1 – Níveis de cultura

Fonte: Schein (2009).

O autor defende, ainda, que o comportamento aberto é derivativo, não central, determinado pela predisposição cultural, embora também sofra influência de contingências situacionais que surgem no ambiente externo. Assim, a complexidade de um processo de intervenção duradouro no comportamento organizacional está na criação de sentido para a mudança. Para mudar e fixar novos comportamentos as pessoas precisam acreditar que os padrões que foram considerados válidos na organização até então precisam ser repensados com relação às suas intenções estratégicas, sem, no entanto, perderem a segurança psicológica sustentada por esses mesmos padrões e crenças.

Para que a cultura possa apoiar a estratégia e os comportamentos que a habilitam, cabe à liderança criar condições para novos aprendizados. Isso implica entender bem a própria cultura e detectar incompatibilidades potenciais que possam influenciar comportamentos divergentes na criação e na fixação de novos padrões.

A priorização por segurança pode ser aprendida e socializada, assim como qualquer aspecto da cultura, desde que se torne valor inegociável. Cabe à liderança criar uma visão positiva, demonstrando que esse elemento da cultura é fundamental para garantir a integração interna do grupo e a adaptação externa da instituição.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O termo "cultura de segurança", inicialmente utilizado em energia nuclear, surgiu nos círculos médicos na década de 2000 (NASCIMENTO, 2011) como um componente crítico da qualidade dos cuidados em saúde. Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão dos valores, das crenças e das normas sobre o que é importante em uma organização e quais atitudes e comportamentos são

esperados em relação à segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

De acordo com o Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI, 1993), a cultura de segurança do paciente é o produto dos valores, das atitudes, das percepções, das competências e dos padrões de comportamento dos indivíduos e dos grupos. Organizações que possuem uma cultura de segurança positiva têm suas comunicações fundamentadas em confiança mútua, valorizam a importância da segurança e a eficácia de medidas preventivas.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), normatizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, reconhece a cultura da segurança por meio de características operacionalizadas nas instituições de saúde:

> (…) Responsabilização de todos os trabalhadores (incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores) pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; Priorização da segurança acima de metas financeiras e operacionais; Encorajamento e recompensa da identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; A promoção do aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; A destinação de recursos, estrutura e a responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como componentes da cultura de segurança: a cultura justa (que estabelece o que são comportamentos aceitáveis e inaceitáveis), a cultura de notificação de incidentes e a cultura de aprendizagem (REIS, 2013).

Schein (2009) descreve que, originalmente, a liderança é a fonte das pressuposições que levam um grupo a lidar com seus desafios internos e externos. Suas crenças, suas certezas e seus valores são transmitidos aos membros do grupo nas ações do dia a dia. O que o líder fala, faz – ou deixa de fazer –, bem como as recompensas e as punições que aplica, guiam o processo de desenvolvimento da cultura. Assim, líderes modelam a cultura e são modelados por ela: "constituindo os lados de uma mesma moeda".

Nesse sentido, se ainda não alcançamos a cultura de segurança como planejávamos, quais são as nossas responsabilidades enquanto líderes? O que dificulta que nossas equipes validem e aceitem a relevância da cultura de segurança? Quais valores demonstramos diariamente ao nos depararmos com situações conflitantes, que requerem priorização? Quais dos nossos comportamentos estão em consonância com o discurso da segurança como prioridade? O que as nossas equipes escutam é o que observam e percebem em nossas ações?

De acordo com Fred Lee (2009), a Disney utiliza uma escada de prioridades (segurança, cortesia, apresentação e eficiência) para demonstrar que a mais alta relevância deve ser atribuída à segurança. Ou seja, para um prestador de serviços que vende o encantamento, o espetáculo deve ser preterido quando a segurança de um cliente for colocada em risco. E quanto a nós, prestadores de serviços de saúde, o que estamos dispostos a abrir mão para priorizar a segurança dos clientes?

PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

Em 2004, A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e o Medical Errors Workgroup da The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) patrocinaram o desenvolvimento de uma pesquisa para mensurar a cultura de segurança do paciente nos hospitais.

Essa pesquisa, intitulada *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), permite a identificação do *status* atual da cultura de segurança, dos pontos fortes e das áreas de melhoria a serem trabalhados, além de possibilitar comparações dentro e entre organizações. A intenção é tornar possível um ambiente de segurança e de aprendizado contínuo. A HSOPSC é um instrumento mundialmente utilizado, e foi traduzida e validada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para a utilização no contexto hospitalar brasileiro (REIS, 2013).

Dimensão	O que avalia
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes.	Líderes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente?
Aprendizado organizacional e melhoria contínua.	Existe aprendizado a partir dos erros? Mudanças positivas são efetivamente implementadas a partir dos erros?
Trabalho em equipe na unidade.	Os funcionários se apoiam, se tratam com respeito e trabalham juntos como uma equipe?
Abertura da comunicação.	Os funcionários conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente? Eles se sentem seguros em questionar pessoas com maior autoridade?
Retorno das informações e da comunicação sobre erro.	Quando os funcionários relatam os erros que ocorrem, são implementadas mudanças? São discutidas estratégias para evitar erros no futuro?
Respostas não punitivas aos erros.	Como os funcionários se sentem com relação aos seus erros? Eles acreditam que os erros cometidos possam ser usados contra eles?
Adequação de profissionais.	Os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho? As horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes?
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.	A administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstram que a segurança do paciente é prioritária?
Trabalho em equipe entre as unidades.	As unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes?
Passagens de plantão/turno e transferências internas.	As informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas por meio das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno?
Percepção geral da segurança do paciente.	Quais os sistemas e os procedimentos adotados para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente?
Frequência de eventos notificados.	Com que frequência são relatados os possíveis problemas de segurança do paciente e os eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que afetassem o paciente?

Quadro 1 – Dimensões mensuráveis pela HSOPSC/AHRQ

Fonte: Adaptado de Cláudia Reis (2013).

Anualmente, a AHRQ publica os resultados das pesquisas realizadas. Em 2018, foram entrevistados 382.834 profissionais em 630 hospitais. As áreas de força identificadas foram: trabalho em equipe dentro de unidades; expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; e aprendizado organizacional e melhoria contínua. As áreas com potencial para melhoria foram: respostas não punitivas aos erros; transferências e transições; e adequação profissional (FAMOLARO *et al.*, 2018).

Muito provavelmente, essas áreas que requerem a nossa atenção e a implantação de melhorias sofrem a influência das crenças, da forma como os funcionários percebem o ambiente, as relações, e, ainda, das suposições que fazem a partir dessas percepções. São, pois, esses pressupostos profundamente arraigados na nossa cultura os mais difíceis de serem mudados.

Como fortalecer a cultura de segurança se os funcionários ainda acreditam que seus erros podem ser usados contra eles? Se as informações importantes sobre o cuidado não são devidamente compartilhadas? E se a sobrecarga de trabalho ainda é uma realidade percebida?

Nós, líderes, precisamos estar atentos para não cairmos nas armadilhas da culpabilidade. Identificar e punir pessoas más requer menos esforço do que examinar criteriosamente o erro pela ótica de uma cultura justa e coerente com a estratégia.

Por muitas vezes, os fatores contribuintes de um erro expõem-nos enquanto líderes. Deparamo-nos com a nossa própria responsabilidade no desenho dos processos, na oferta das condições adequadas de trabalho, no dimensionamento e no desenvolvimento das equipes. Assumir essa responsabilidade e promover as mudanças necessárias é condição *sine qua non* para mitigar ou eliminar os fatores que podem aumentar as chances de erros.

Transferências e transições de cuidados requerem habilidade em comunicação, passagem fidedigna de informações, com uma linguagem clara, que propicie o entendimento e a verificação daquilo que se pretende informar. Precisamos, pois, de bons comunicadores em nossas equipes. E quanto a nós? Somos comunicadores exemplares?

Schein (2009) ressalta que a questão central aos líderes é como influenciar os níveis mais profundos da cultura, como avaliar a funcionalidade das suposições feitas nestes níveis e como lidar com a ansiedade que é manifestada quando tais níveis são desafiados.

Nós, líderes, precisamos, pois, identificar os aspectos funcionais e disfuncionais para a priorização da segurança. Reconhecer as áreas de força da instituição e tê-las como foco da mudança pode ser mais útil do que concentrar os esforços unicamente nas áreas de melhoria. Na mudança e no comportamento organizacionais, muitas vezes, é mais fácil contar com as forças da cultura do que superar suas restrições. Nesse sentido, faz-se útil identificar e reconhecer os funcionários já alinhados com a estratégia e a cultura almejadas.

Em relação aos resultados da pesquisa AHRQ de 2018, é possível explorar os aspectos positivos (trabalho em equipe, aceitação das sugestões dos funcionários e capacidade de aprendizagem organizacional) a favor da instituição.

Para conduzir tamanha mudança, precisamos reconhecer quais são as nossas próprias forças, e, como diria Gandhi, precisaremos ser a mudança que desejamos ver em nossas instituições.

LÍDERES PROPULSORES DA CULTURA DE SEGURANÇA

Enquanto líderes em saúde, temos o papel crucial de elencar os recursos para a melhoria das diversas dimensões da segurança do cuidado, além de proteger o sistema de aprendizagem, criar segurança psicológica, promover a confiança e garantir o alinhamento de valores. Organizações que desejam promover a segurança devem, pois, criar um ambiente propício para a formação e o desenvolvimento de líderes (FRANKEL *et al.*, 2017).

De acordo com Sara Singer (2013), as vidas dos pacientes dependem da capacidade dos líderes de gerir os sistemas cada vez mais complexos, nos quais o cuidado de saúde é prestado, e de fazer com que os profissionais clínicos trabalhem juntos, de forma coordenada e efetiva. Tamanha responsabilidade requer de nós autoconhecimento, adaptabilidade e constância de propósitos. Para orientar os esforços nesse sentido, os líderes deveriam seguir os princípios abaixo listados.

Princípio	Orientações
Contemplar a cultura.	Avaliar cuidadosamente a cultura atual antes de discutir que tipo de cultura se deseja implantar. Que hábitos são mais afetados pela cultura atual, tanto positiva quanto negativamente?
Promover a liderança.	Promover a liderança por meio da formação de parcerias e abandonar a imagem do líder heroico e autossuficiente. Um profissional que reconhece os seus próprios erros dá aos outros a permissão de reconhecer as suas próprias vulnerabilidades, criando, assim, a segurança psicológica.
Focar a resolução dos problemas.	Manter o foco na resolução de problemas, reforçando a orientação para o aprendizado.
Alinhar sistemas e processos.	Alinhar sistemas e processos de modo a reforçar os comportamentos desejáveis. A definição do orçamento da instituição, a contratação de profissionais, a gestão do desempenho e os processos de monitoramento e controle são fatores que indicam quais comportamentos a organização apoia e recompensa.
Apreciar a resistência.	Se acreditarmos que os profissionais de saúde querem fazer o melhor pelos pacientes, poderemos abordar a resistência com curiosidade genuína e como uma fonte de aprendizado. Se não há aderência a uma mudança, é imprescindível compreender o que motiva a resistência.
Contar com o aconselhamento.	Oferecer aconselhamento aos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente. O aconselhamento efetivo requer uma interação respeitosa que oriente e promova o aprendizado por meio da autorreflexão. Por exemplo, "Notei que você não seguiu um protocolo que o nosso grupo estabeleceu. Você pode me ajudar a entender por quê?".

Quadro 2 – Princípios para promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente

Fonte: Adaptado de Singer (2013).

Seguindo o princípio de contemplar a cultura, reconhecendo os aspectos atuais antes de se planejar mudanças e melhorias, faz-se bastante útil a aplicação da HSOPSC. O quadro a seguir sugere recursos de melhoria para cada uma das dimensões da pesquisa.

Dimensão	Recursos para melhoria
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.	**Realize um diagnóstico do cenário de liderança** identificando oportunidades de atuação. São perguntas úteis: » De que maneiras a organização treina pessoas para cargos de liderança? » Como é estruturado o plano de sucessão? » Quanto tempo e energia a alta liderança (diretores e conselheiros) investem em assuntos relacionados à qualidade e segurança nas reuniões do conselho? (A quantidade de tempo recomendada é de cerca de 25%); » Os líderes têm um entendimento dos seus papéis e responsabilidades? » Os líderes, em todos os níveis, estabelecem objetivos claros e mensuráveis? » Todos sabem como podem contribuir para os objetivos da organização? (FRANKEL *et al.*, 2017).
Aprendizado organizacional e melhoria contínua.	**Utilize técnicas ou ferramentas para analisar incidentes** relacionados à segurança do paciente. Exemplos: *Health-care Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA), Protocolo de Londres (BRASIL, 2017). **Teste mudanças para avaliar se elas levam ou não a melhorias.** Para tal, o IHI propõe um modelo composto de três perguntas e um ciclo Planejar-Fazer-Estudar-Agir (PDSA): » O que estamos tentando realizar? (Objetivo); » Como saberemos que uma mudança é uma melhoria? (Medidas); » Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhorias? (Mudança de ideias). Com mais clareza acerca da melhoria planejada, inicie um piloto por meio do PDSA (FRANKEL *et al.*, 2017).

Dimensão	Recursos para melhoria
Trabalho em equipe na unidade. Trabalho em equipe entre as unidades. Passagens de plantão/turno e transferências internas.	**Planeje:** reserve tempo para descrever os próximos passos, falar sobre possíveis riscos e definir estratégias para gestão de riscos, segurança e eficiência. **Reflita:** use os depoimentos da equipe para refletir e avaliar o que deu e o que não certo, a fim de identificar possíveis áreas de melhoria. Se questione se todos conheciam os padrões definidos e se a segurança psicológica foi garantida. **Comunique-se claramente:** compartilhe informações críticas de forma consistente, sucinta e respeitosa Exemplos: SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação), *read back/call*. **Gerencie riscos**: em momentos críticos, as equipes podem usar uma palavra ou frase designada que indique que há risco percebido e que permite à equipe parar o que está fazendo e fazer um balanço da situação (FRANKEL *et al*., 2017).
Abertura da comunicação.	**Realize entrevistas:** Aborde individualmente membros da sua equipe utilizando questões como: » O que está funcionando bem? » O que não está funcionando bem e dificulta o trabalho? » Como estou me saindo em administrar o ambiente? » Quem são as pessoas que se destacam por um excelente trabalho? » Quais sugestões de melhoria você tem? **Compartilhe informações** por meio de breves e periódicas reuniões. **Incentive as pessoas a falarem**. **Seja transparente e** incentive a abertura, a comunicação e a responsabilidade entre os diferentes *stakeholders*: » Entre os médicos: há medo de dar sugestões, apontar problemas ou fornecer *feedback*? » Com os pacientes: após a ocorrência de um evento adverso, o que aconteceu é claramente comunicado, bem como o que está sendo feito para evitar que aconteça novamente? » Entre as organizações: boas práticas e lições aprendidas são compartilhadas? » Com a comunidade: há o compartilhamento de informações para que os pacientes possam tomar decisões e acessar os cuidados de que precisam? (FRANKEL *et al*., 2017).

Dimensão	Recursos para melhoria
Retorno das informações e da comunicação sobre erro.	**Realize reuniões de segurança** (entre a alta liderança, nas unidades e imediatamente após a ocorrência de eventos). **Comunique as ações tomadas ou planejadas** com todo o pessoal envolvido no evento notificado. Realize reuniões de acompanhamento, conforme necessário, para tratar de questões levantadas durante reuniões de segurança. Avalie periodicamente o processo e o impacto das reuniões de segurança (WAGNER; THEEL; HANDEL, 2015). **Desenvolva um boletim informativo** para comunicação de informações de segurança ou adicione a um boletim informativo existente. Reconheça e agradeça aos funcionários diante de seus colegas por suas sugestões. Dê *feedback* sobre sugestões, mesmo que você não possa agir (explique por que você não agiu) (FRANKEL *et al.,* 2017).
Respostas não punitivas aos erros. Frequência de eventos notificados.	**Utilize árvores de decisões**, que servem como base primária para distinguir entre erros que ocorrem porque somos humanos imperfeitos e erramos e ações consideradas arriscadas ou imprudentes (JOINT COMMISSION, [s.d.]). São exemplos de questionamentos a serem considerados quando algo der errado e um paciente for prejudicado: » O funcionário pretendia causar danos? Caso a respostas seja sim: há um potencial de atividade criminosa que requer medidas adequadas? » O sensório estava intacto? Ele estava pensando claramente? Problemas de saúde, estressores sociais graves, como divórcio ou criança doente, ou abuso de álcool podem afetar negativamente o sensório, o que pode requerer assistência ao funcionário e medidas apropriadas; » Suas ações eram razoáveis e apropriadas? » Suas ações eram arriscadas, imprudentes ou não intencionais? » O indivíduo tem um histórico de comportamento inseguro? (FRANKEL et al., 2017). **Adote uma cultura justa** para eliminar o medo da punição. Criar um ambiente de confiança é essencial para aumentar a frequência de notificações.
Adequação de profissionais.	**Planeje** as equipes segundo as normativas e as boas práticas. Realize periodicamente análises do dimensionamento para garantir a adequação.
Percepção geral da segurança do paciente.	**Valorize** todos os componentes da cultura de segurança e comprometa-se pessoalmente com a cultura justa, a cultura de notificação e a cultura de aprendizagem.

Quadro 3 – Recursos para melhoria da cultura da segurança

Fonte: Adaptado de AHRQ (2019) e Institute for Healthcare Improvement and Safe (FRANKEL *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após cerca de 20 anos de movimento, já conseguimos importantes avanços relacionados à cultura de segurança do cuidado. Estes avanços dizem respeito ao esforço pessoal dos líderes que tiveram as suas ideias validadas e aceitas por suas equipes, influenciando, assim, a maneira de pensar e agir em suas instituições. A cultura de segurança, no entanto, exige o infindável compromisso com aprender, desaprender e colocar em prática novas descobertas.

Infelizmente, não existem fórmulas mágicas para uma "virada cultural". Estudos mostram que somente 10% dos indivíduos que passam por uma cirurgia de ponte de safena ou angioplastia mudam para valer a alimentação e o estilo de vida. Ou seja, não alteramos nosso comportamento nem diante de provas contundentes de que deveríamos. Mudar é difícil e requer priorização (KATZENBACH; KRONLEY; STEFFEN, 2012).

A boa notícia é que o comportamento humano é, em qualquer situação, mutável e evolutivo. Por outro lado, é da natureza humana a busca por estabilidade e consistência, o que dificulta qualquer processo de mudança. Trata-se de um paradoxo, dentre outros que nos desafiam, de complexa conciliação.

Medir e monitorar o progresso cultural periodicamente permite a identificação de retrocessos, a correção do curso onde se fizer necessária e a identificação dos resultados alcançados.

O líder é um agente primordial na construção de um contexto favorável à segurança em um campo complexo de forças interconectadas como é o ambiente organizacional. Cabe à liderança colocar um ideal motivador que envolva emocionalmente as pessoas com a importância de se promover um cuidado seguro e de excelência. Voltando à Gandhi, o desafio é começar por nós mesmos, líderes, investigando com honestidade e cuidado nossas próprias crenças e o quanto estamos dispostos a ressignificá-las e transformá-las em práticas inspiradoras e exemplares para a genuína cultura de segurança do cuidado em nossas instituições.

REFERÊNCIAS

ACSNI – ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS. ACSNI Study Group on Human Factors. **Organising for Safety**: Third Report Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury: HSE Books, 1993.

AHRQ – AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Improving patient safety in hospitals**: a resource list for users of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. Maryland: AHRQ, 2019. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalresourcelist.pdf. Acesso em: 2 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

FAMOLARO, T. *et al.* **Hospital Survey on Patient Safety Culture**: 2018 User Database Report. Rockville: AHRQ, 2018. (AHRQ Publication, n. 18-0025-EF).

FRANKEL, A. *et al.* **A framework for safe, reliable, and effective care**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare, 2017.

JOINT COMMISSION. **Sentinel event alert**. [S.l.] : [s.d.].

KATZENBACH, J. R.; KRONLEY, C.; STEFFEN, I. Mudança cultural que vinga. **Harvard Business Review Brasil**, 2012.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). **To err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.

LEE, F. **Se Disney administrasse seu hospital**: 9 ½ coisas que você mudaria. Porto Alegre: Bookman-Artmed, 2009.

MALVEZZI, S. **Manual de Treinamento e Desenvolvimento**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1999.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3591-3602, ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a27v16n8.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013.

SCHEIN, E. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SINGER, S. J. **O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente**. Tradução de Diego Alfaro. Rio de Janeiro: Proqualis; Fiocruz, 2013. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/O%20que%20aprendemos%20sobre%20a%20força%20das%20liderancas%20e%20da%20cultura%20na%20promoção%20de%20mudancas.pdf. Acesso em: 30 dez. 2019.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville: AHRQ, 2004. (AHRQ Publication, n. 04-0041).

WAGNER, C.; THEEL, A.; HANDEL, S. **Safety huddles**: guide to safety huddles. A culture of safety: bringing board members, executive leaders, and staff together. Seattle: Washington State Hospital Association, 2015. Disponível em: http://www.wsha.org/wp-content/uploads/Worker-Safety_SafetyHuddleToolkit_3_27_15.pdf. Acesso em: 13 ago. 2019.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

FEELEY, D. The triple aim or the quadruple aim? Four points to help set your strategy [Internet]. **IHI**, 28 Nov. 2017. Disponível em: http://www.ihi.org/communities/blogs/the-triple-aim-or-the-quadruple-aim-four-points-to-help-set-your-strategy?utm_campaign=tw&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=59041572&_hsenc=p2anqtz-87l8oqiwsxouclm5fizlt3bzmyd4xijlbv9jtgausxnbimmv5lffq89fnshi6bqikly0lyhaoe5tdfypridw8hbkbszqwseomzqxentwio_ae29cq&_hsmi=59041572. Acesso em: 31 ago. 2019.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. **Safety Science**, v. 45, n. 6, p. 653-667, 2007.

MCHUGH, M. *et al.* **Improving patient flow and reducing emergency department crowding**: a guide for hospitals. Rockville: AHRQ, 2011. (AHRQ Publication, n. 11(12)-0094).

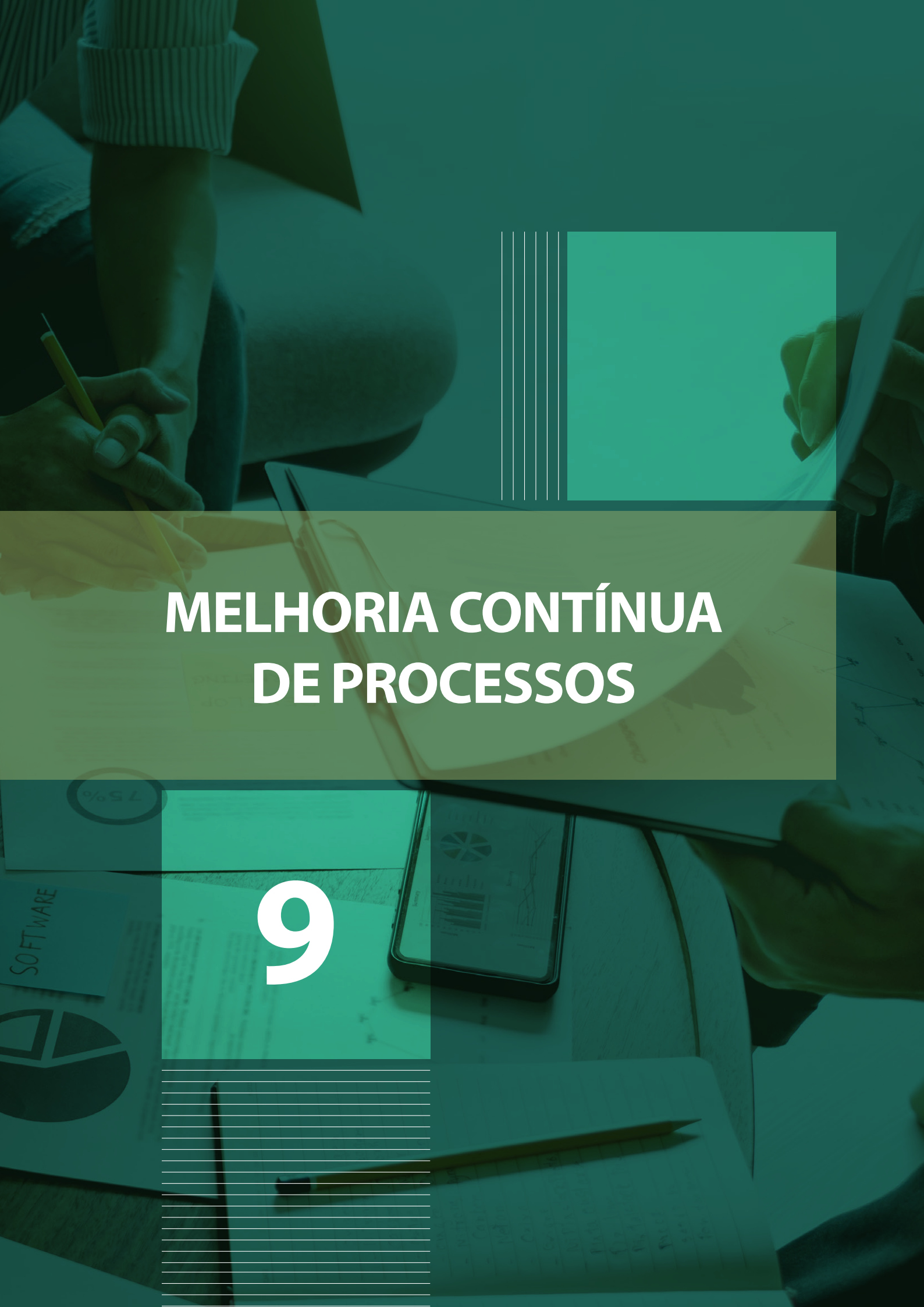
PERLO, J. *et al.* **IHI framework for improving joy in work**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2017. (IHI White Paper).

PIDGEON, N.; O'LEARY, M. Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. **Safety Science**, v. 34, n. 1, p. 15-30, 2000.

SCHMIEDEL, T.; VOM BROCKE, J.; RECKER, J. Is your organizational culture fit for business process management? [Internet]. **BPTrends**, May 2012.

SEBRAE – SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Cultura organizacional**: o que é, como se forma e meios de fortalecer. Brasília: Sebrae NA, [s.d.]. Disponível em: http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/cultura-organizacional-o-que-e-como-se-forma-e-meios-de-fortalecer,bcc3e6def171e510VgnVCM1000004c00210aRCRD. Acesso em: 1º ago. 2019.

SORRA, J. S. *et al.* **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture**: User's Guide. Rockville: AHRQ, 2016. (AHRQ Publication, n. 15-0049-EF) (Replaces 04-0041). Disponível em: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html. Acesso em: 28 ago. 2019.



MELHORIA CONTÍNUA DE PROCESSOS

9

Melhoria contínua de processos

Ana Paula Gonçalves Stutzel
Daniela Siccardi de Menezes

INTRODUÇÃO

"Se você não consegue descrever o que está fazendo como um processo, você não sabe o que está fazendo." (William Edwards Deming)

De acordo com a ISO 9000 (ABNT, 2015), processo é um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido.

O entendimento sobre processo vem evoluindo ao longo do tempo, desde que a administração foi reconhecida como ciência. Em 1911, logo após a Revolução Industrial, Frederick Winslow Taylor buscava eficiência nas tarefas das linhas de montagem para otimizar recursos e aumentar a produção e o lucro (ARAÚJO; GARCIA; MARTINES, 2011). Porém, ao longo do tempo, ficou evidente a necessidade de não somente produzir e lucrar, mas de entregar produtos ou serviços com qualidade. Com esta visão, Joseph M. Juran e W. Edwards Deming ganharam destaque.

Em 1986, Joseph M. Juran, conhecido como o pai da Qualidade, propôs a "Trilogia da Qualidade" (JURAN, 1986), ou seja, três processos gerenciais fundamentais que uma organização pode usar para estabelecer uma gestão voltada para a qualidade. São eles: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade (quadro 1) (DEFEO; JURAN, 2015).

Planejamento de qualidade	Controle de qualidade	Melhoria da qualidade
Estabelecer metas Identificar os clientes Determinar as necessidades dos clientes Desenvolver características que atendam às necessidades dos clientes Desenvolver processos capazes de produzir os produtos Estabelecer controles processuais Transferir os planos para a operação	Determinar os focos de controle Mensurar o desempenho real Comparar o desempenho real com os alvos e metas Tomar medidas conforme as diferenças Continuar a mensurar e manter o desempenho	Comprovar a necessidade com um estudo de caso do negócio Estabelecer uma infraestrutura de projeto Identificar os projetos de melhoria Formar equipes de projeto Oferecer às equipes os recursos, o treinamento e a motivação para: ▪ Diagnosticar as causas ▪ Estimular ações corretivas Estabelecer controles para manter os ganhos

Quadro 1 – Gestão voltada para a qualidade

Fonte: DeFeo e Juran (2015).

O gráfico abaixo demonstra o custo da má qualidade (eixo vertical) ao longo do tempo (eixo horizontal), e ilustra a inter-relação entre os três componentes da Trilogia de Juran (gráfico 1).

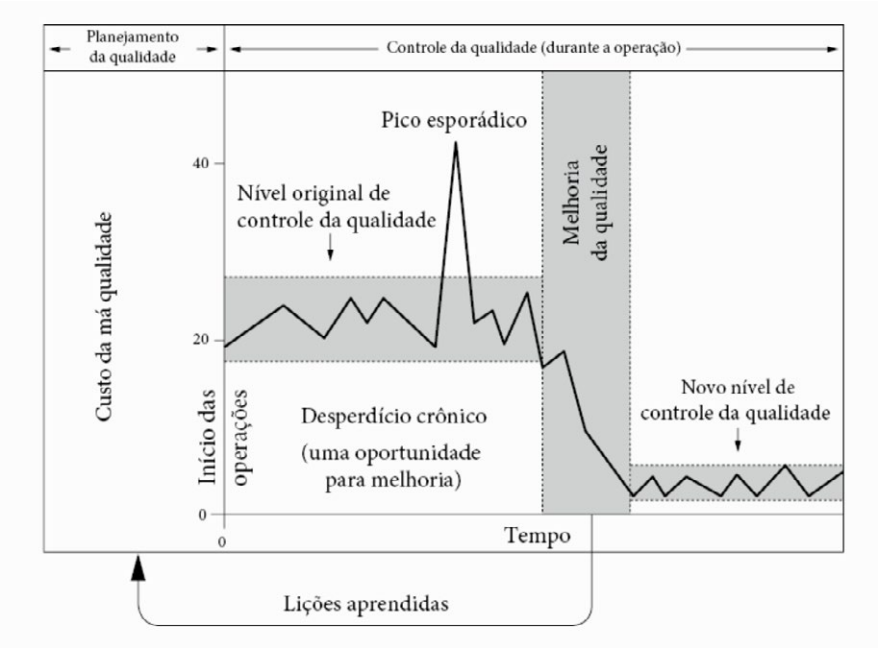


Gráfico 1 – Diagrama da Trilogia da Qualidade

Fonte: DeFeo e Juran (2015).

Inicialmente, faz-se o planejamento da qualidade: o processo é desenhado e as operações são iniciadas. Nesta fase, não é possível prever todos os obstáculos e as dificuldades, e, por esta razão, mais de 20% dos processos operacionais precisam ser refeitos. Esse desperdício, chamado de crônico, será mantido até que a empresa encontre a(s) causa(s)-raiz(es) das falhas no processo. O controle de qualidade manterá o percentual de falhas estabilizado (aproximadamente 20%-25%), e, caso ocorra alguma situação especial que gere aumento nos ciclos defeituosos (pico esporádico), as ações de controle levarão o processo ao patamar anterior. É importante ressaltar que esta ação corretiva imediata levará o percentual de falhas ao nível prévio de desperdício crônico, mas não será capaz de reduzi-lo, pois não modificará o processo – trata-se apenas de ações de controle para manter o nível de defeitos estabilizado. Para que o desperdício crônico seja reduzido a um nível bem abaixo do original, é necessário introduzir a melhoria da qualidade. A identificação de desperdícios crônicos sinaliza a existência de uma oportunidade de melhoria (DEFEO; JURAN, 2015).

A seguir, há um exemplo de processo em que é possível refletir sobre a Trilogia da Qualidade.

Em saúde, os eventos adversos e a espera por atendimento são exemplos frequentes de desperdício. Imagine um serviço de radiologia com uma fila única para realização de exames eletivos e de urgência. O que aconteceria com os pacientes da urgência? E com os pacientes que agendaram o exame com antecedência?

Certamente a agenda eletiva seria interrompida com frequência para "encaixar" os exames de urgência, o que geraria reclamações frequentes relacionadas ao tempo de espera. Para minimizar os problemas, a gerência poderia estabelecer o seguinte padrão: exames de urgência devem ser realizados em até 15 minutos, e exames eletivos em até 30 minutos. Para garantir a adesão, um funcionário mediria o tempo de espera de cada paciente e, semanalmente, realizaria uma reunião para demonstrar os resultados (controle de qualidade). Funcionários dos turnos menos aderentes seriam orientados e, se reincidentes, advertidos. Como seria trabalhar neste serviço? O que poderia acontecer com o

turnover e a satisfação dos colaboradores? Por mais comprometidos que sejam os funcionários, é possível garantir o tempo máximo de espera para todos os clientes?

Processos mal planejados precisam ser redesenhados. Só é possível alcançar resultados diferentes se, intencionalmente, houver modificação na forma como o trabalho é realizado. O aumento na oferta de recursos (ex.: mais salas, mais médicos), apesar de necessário em algumas situações, não altera o desenho do processo. No serviço de radiologia exemplificado acima, a ideia que mais comumente ocorre às pessoas é adquirir novos equipamentos (e, consequentemente, contratar mais funcionários) para separar as filas de pacientes. O que aconteceria? Provavelmente o tempo de espera seria reduzido, mas outros desperdícios surgiriam, como ociosidade de equipamentos e funcionários. Além disso, se houver aumento da demanda, o problema retornará, pois o processo não foi ajustado. A melhoria da qualidade visa otimizar a *performance* do sistema como um todo. Em saúde, além de aprimorar a qualidade do atendimento e a experiência do paciente, deve-se reduzir custos e melhorar a saúde populacional – *triple aim* (BISOGNANO; KENNEY, 2015).

Deming é considerado por muitos o mestre da Melhoria Contínua da Qualidade, e elencou os 14 princípios (DR. DEMING'S..., [s.d.]) necessários para transformar a gestão:

1. Crie constância de propósito para melhorar produtos e serviços;
2. Adote a nova filosofia;
3. Deixe de depender da inspeção para obter qualidade;
4. Pare com a prática de aprovar orçamentos apenas pelo preço; em vez disto, minimize o custo total, trabalhando com apenas um fornecedor;
5. Melhore constantemente e para sempre todos os processos de planejamento, produção e serviço;
6. Institua treinamento no local de trabalho;
7. Adote e institua a liderança;
8. Expulse o medo;
9. Elimine as barreiras entre os departamentos;
10. Elimine *slogans*, exortações e metas para a força de trabalho;
11. Elimine cotas numéricas para a força de trabalho e objetivos numéricos para a gestão;
12. Remova barreiras que privam a força de trabalho de seu direito de orgulhar-se do seu desempenho;
13. Institua um forte programa de educação e autoaperfeiçoamento para todos;
14. Engaje todos da empresa a trabalhar para realizar a transformação.

O MODELO DE MELHORIA

Há diversos métodos para implementar melhorias efetivas nos processos, como *Lean*, *Six Sigma* e Modelo de Melhoria – todos possuem, essencialmente, o mesmo propósito. Neste capítulo, será abordado o Modelo de Melhoria. Este método difere de outras estratégias pois combina testes em pequena escala associados à realização de medições longitudinais (ao longo do tempo).

O ciclo PDSA (*Plan-Do-Study-Act*), proposto por Deming em 1993, é o resultado da evolução da Teoria da Melhoria Contínua, que teve como referência inicial o trabalho de Shewhart, em 1939. Trata-se de

um método para obter aprendizado e conhecimento por meio de testes em pequena escala (MOEN; NORMAN, 2010). Em 1994, Gerald Langley, Kevin Nolan e Thomas Nolan combinaram os ciclos PDSA, descritos por Deming, com três perguntas específicas para construção e aplicação do conhecimento, o que deu origem ao Modelo de Melhoria (*Idem*) (figura 1).

Figura 1 – Modelo de Melhoria
Fonte: Langley *et al.* (2011).

AS TRÊS QUESTÕES

As três questões fundamentais (LANGLEY *et al.*, 2011), cujas respostas formam a base do Modelo de Melhoria, são:

A. O QUE ESTAMOS TENTANDO REALIZAR?

Não é incomum pessoas bem-intencionadas se perderem ao longo do caminho porque não estabeleceram de maneira clara o objetivo a ser alcançado. Objetivos vagos, muito abrangentes ou sem metas e prazos prejudicam o direcionamento dos esforços da equipe. Após definir qual é o incômodo a ser trabalhado, é importante que o time considere quais são as razões para modificar o *status quo*. Ou seja, a equipe deve saber "por que" e "o que" precisa melhorar. A primeira pergunta do modelo ajuda na definição do objetivo do projeto, ou seja, o que se deseja melhorar, a meta, o prazo e o local onde será realizado.

Uma forma prática para auxiliar na redação de um objetivo claro e de fácil compreensão para todos é por meio do mnemônico *SMART* (DORAN, 1981):

» **S – Específico (*Specific*, em inglês)**: evite palavras como sensibilizar, conscientizar. Seja específico e comece a descrição com um verbo no infinitivo que demonstre o sentido do que você deseja modificar (ex.: reduzir, aumentar). Logo em seguida, inclua "o que" deverá ser modificado (ex.: reduzir o tempo de espera para realização de exame radiológico, aumentar o número de consultas). Defina, também, "onde" (ou para "quem") serão aplicados os esforços de melhoria, ou seja, qual será o escopo do trabalho (ex.: pacientes do setor de urgência, ambulatório de clínica médica);

» **M – Mensurável**: é preciso estabelecer uma meta numérica (ex.: reduzir 50%, aumentar 30%) que possa ser aferida de forma objetiva, ou seja, o quanto desejo alcançar;

» **A – Atingível**: é importante que a meta seja desafiadora, porém deve ser alcançável. Metas irreais irão frustrar e desanimar a equipe, enquanto metas pouco ousadas não estimularão o time;

» **R – Relevante**: a meta estipulada é importante para o negócio?

» **T – Temporal**: defina o prazo para atingir o objetivo estipulado (até quando).

Exemplo:

Reduzir a média do tempo de espera para consultas ambulatoriais (o que) do Hospital Saúde (onde), de 40 para 20 minutos (quanto, em 50%), até julho de 2020 (até quando).

B. COMO SABEREMOS SE UMA MUDANÇA É UMA MELHORIA?

"Em Deus nós confiamos. Todos os outros devem trazer dados." (William Edwards Deming)

Essa questão demonstra a importância da mensuração dos dados, para saber se, de fato, uma mudança resultou em melhoria. Os indicadores cumprem o papel de demonstrar à equipe se as mudanças testadas geraram impacto positivo e relevante para alcance do objetivo. É importante evitar um número muito grande de indicadores; porém, é preciso ter ao menos um indicador de cada tipo.

Os três tipos de indicadores utilizados em melhoria são:

» Indicador de resultado: demonstra se a meta originalmente estabelecida foi alcançada (ex.: tempo médio de espera para consultas ambulatoriais);

» Indicador de processo: reflete a adesão às ações que levarão ao alcance da meta (ex.: percentual de médicos sem atraso, número de encaixes/consultas extras por turno);

» Indicador de equilíbrio: como o sistema é interdependente, ao melhorar uma parte dele, pode-se gerar impactos positivos ou negativos em outras áreas (ex.: a redução do tempo de espera para as consultas pode afetar/reduzir a receita da lanchonete ao lado do ambulatório).

É importante ressaltar que os indicadores deverão ser acompanhados longitudinalmente, ao longo do tempo, por meio de gráficos de série temporal – os *run* charts (PERLA; PROVOST; MURRAY, 2011), como mostra o gráfico 2. O eixo horizontal do gráfico (eixo X) demonstra que os dados são mensurados em uma sequência de tempo.

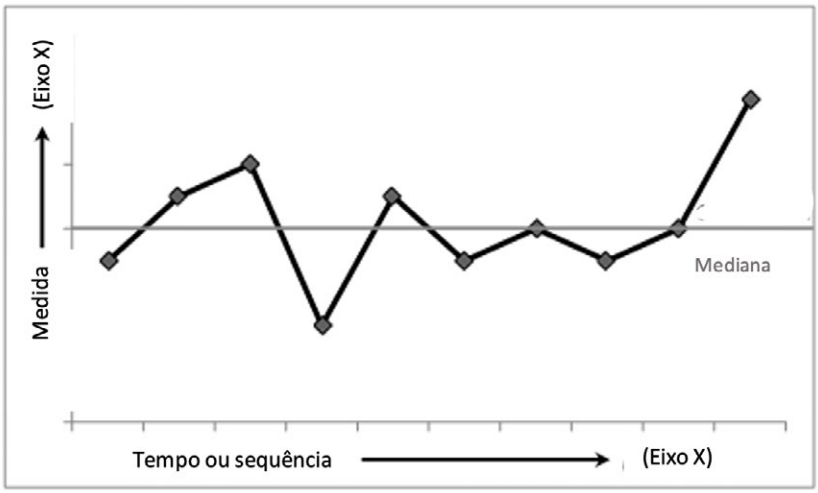


Gráfico 2 – Exemplo de gráfico de série temporal **(***run chart*)

Fonte: Perla, Provost e Murray (2011).

A correta interpretação dos gráficos é de fundamental importância no processo de melhoria. É preciso diferenciar variação aleatória (causa comum) de variação não aleatória (causa especial). A análise sistemática dos dados ao longo do tempo irá permitir conhecer quais mudanças geraram melhoria ou não. As regras para análise de variação em gráficos de séries temporais requerem um capítulo à parte.

C. QUE MUDANÇAS PODEMOS FAZER QUE RESULTARÃO EM MELHORIA?

Consiste na identificação das mudanças a serem testadas para melhoria dos processos e alcance do objetivo do projeto.

Apesar de, ocasionalmente, haver real necessidade de aumentar o número de salas, contratar mais funcionários ou comprar novos equipamentos, ideias do tipo "mais do mesmo" não modificam o modo como o processo é realizado. É preciso evitar este modelo mental tradicional e direcionar o pensamento para construção coletiva de uma nova forma de realizar o trabalho, e, assim, alcançar o objetivo proposto. Quanto maior o conhecimento da equipe sobre o sistema, mais fácil será desenvolver ideias de mudanças.

O CICLO DE MELHORIA NOS PROCESSOS

A resposta às três perguntas do Modelo de Melhoria fornece a base para o esforço de melhoria, mas é o ciclo PDSA que transforma ideias em ações, e ações em aprendizagem. O ciclo PDSA (figura 2) completa a estrutura do Modelo de Melhoria (Langley et al., 2011), e sua utilização eficaz demanda disciplina e esforço.

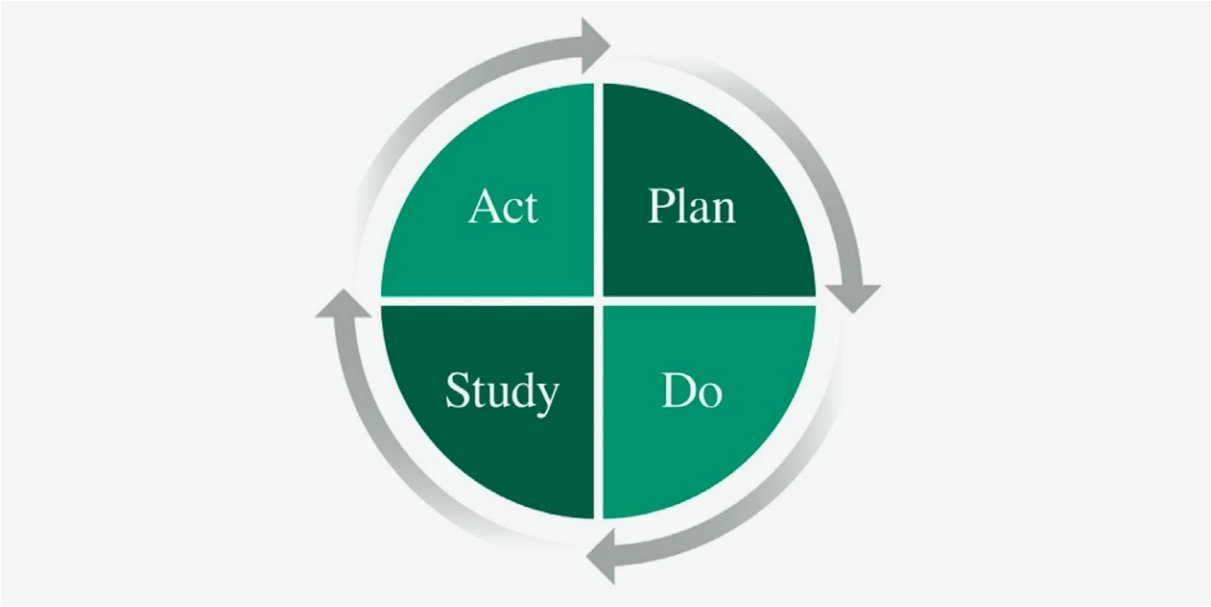


Figura 2 – Ciclo PDSA
Fonte: Dr. Deming's... ([s.d.]).

1. Planejar (*Plan*):

» O primeiro passo é definir qual é o objetivo do ciclo – pode-se utilizá-lo para coletar dados, testar ou implementar mudanças. Durante o planejamento, são definidas questões como quem executará o ciclo, como e quando os dados serão coletados etc., mas não apenas isso. Um ponto essencial desta etapa consiste na elaboração de predições, ou seja, qual a hipótese a ser testada? Qual o grau de confiança de que esta ideia pode gerar melhoria?

2. Fazer (*Do*):

» Executar o plano, documentar problemas e observações inesperados e começar o levantamento e a análise de dados. O que aconteceu? Houve algo diferente do planejado?

3. Estudar (*Study*):

» Completar a análise de dados, compará-los com as predições (as predições estavam corretas? Se não, quais são os motivos e o que precisa ser ajustado?) e sintetizar o que foi aprendido. Esta etapa fundamental para o aprendizado é, muitas vezes, negligenciada.

4. Agir (*Act*):

» Que mudanças precisam ser feitas? É preciso rodar outro ciclo PDSA testando outra mudança? Pode aumentar a escala do teste do PDSA realizado? A mudança testada ocorreu como planejado e pode ser implementada?

Esses quatro passos são realizados repetidamente. Nos primeiros ciclos, deve-se utilizar a menor escala possível (um médico, um enfermeiro, um paciente, por exemplo) para que o impacto do resultado seja pequeno e possa ser estudado e ajustado, quando necessário. À medida que o aprendizado progride e observa-se a teoria "funcionando" em determinada condição, o escopo dos testes é aumentado – outro médico, outro plantão, outra unidade de internação.

Cada indivíduo tem uma teoria do que é preciso fazer para melhorar um sistema. O PDSA é a ferramenta que coloca essa teoria à prova. O desejo de alcançar rapidamente o objetivo pode levar à tentação de realizar testes em grande escala, antes da comprovação prática da tese, o que não deve ser feito. Ciclos PDSA facilitam a aprendizagem por meio da repetição dos ciclos estimulados pelas predições.

É importante ressaltar que toda melhoria requer mudança, mas, infelizmente, nem toda mudança resulta em melhoria (LANGLEY *et al.,* 2011). Quando ideias de mudança geram melhoria em diferentes condições e cenários, o objetivo torna-se mais próximo de ser alcançado.

ESTUDO DE CASO: CRIAÇÃO DE UMA CENTRAL DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

O ambulatório de um hospital estava recebendo muitas reclamações de pacientes devido ao tempo de espera para atendimento. Durante a abordagem inicial, os atendentes da recepção eram interrompidos frequentemente, pois estes também eram responsáveis por várias tarefas diferentes, como: abertura de atendimento, autorização de exames e procedimentos, esclarecimento de dúvidas, entre outras, o que impactava o tempo de espera dos pacientes.

A ideia proposta para teste pela equipe de melhoria foi criar uma Central de Autorizações de Exames e Procedimentos para reduzir as atividades realizadas pelos recepcionistas e, consequentemente, minimizar as interrupções e o tempo de espera. Esta ideia de mudança melhorou o processo de atendimento e reduziu o tempo de espera pelo atendimento da recepção.

Os resultados dos testes realizados (ciclos PDSA) estão descritos em forma de *checklist* (Bennett, 2018) no quadro 2. Esse é um exemplo de como registrar os ciclos PDSA de maneira a refletir profundamente se todos os passos foram realizados corretamente. Há diversos modelos que ajudam a equipe a organizar os ciclos de PDSA. O Institute for Healthcare Improvement (IHI) disponibiliza um modelo em seu *site*.[1]

[1] Mais informações em: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx. Acesso em: 28 fev. 2020.

PLANEJAR

Critério de qualidade	Detalhes para cada critério	PDSA – ciclo 1 Sim/não Comentários	PDSA – ciclo 2 Sim/não Comentários	PDSA – ciclo 3 Sim/não Comentários
A pergunta/o conhecimento que se quer ganhar foi articulado? As perguntas foram feitas?	Evite perguntas cuja resposta seja apenas sim/não.	Sim. Teremos mão de obra para assumir essa função? Sim, delegaremos para um recepcionista com experiência no processo de autorizações de exames e procedimentos a tarefa de autorizar previamente as guias junto às operadoras. Estão claras quais as atividades que a pessoa designada terá que realizar? Sim, o recepcionista verificará quais guias precisa autorizar e passará o dia as autorizando, verificará quais os procedimentos agendados para o dia seguinte e deixará as guias correspondentes organizadas para a recepção.	Sim. É possível detalhar de forma mais clara as atividades a serem realizadas pela pessoa designada a realizar essa função? Sim, serão definidas todas as atividades para organização, controle e realização das autorizações.	Sim. A inclusão da enfermagem irá melhorar a comunicação dos procedimentos previstos e autorizados? Sim, sabendo previamente dos procedimentos autorizados na véspera, a equipe de enfermagem poderá se organizar com a sala de procedimentos e com os materiais necessários, evitando imprevistos no dia do procedimento.
O objetivo do ciclo está claro?		Sim. Que todas as autorizações de procedimentos e exames sejam direcionadas para uma pessoa, a fim de acabarmos com as tarefas extras realizadas pelos recepcionistas.	Sim. Organizar as atividades de maneira bastante clara, para que todas as autorizações de procedimentos e exames sejam realizadas pela pessoa designada para a função.	Sim. Melhorar a comunicação.
Há uma predição?	Se possível, utilize sua teoria.	Sim. Acredita-se que, tirando da recepção as tarefas extras e organizando previamente as autorizações que serão utilizadas no dia seguinte, será possível manter os recepcionistas concentrados no atendimento ao paciente, reduzindo o tempo de espera na recepção.	Sim. Que a recepção tenha fácil acesso às autorizações de procedimentos ou exames agendados no ato do atendimento e consiga acompanhar o *status* das autorizações, caso seja necessário prestar alguma informação para o paciente.	Sim. Que a recepção e a enfermagem tenham conhecimento dos procedimentos agendados.
A ideia de mudança foi especificada e desenvolvida?		Sim. Criar uma central de autorizações no ambulatório.	Sim. Criar uma central de autorizações no ambulatório.	Sim. Criar uma central de autorizações no ambulatório.
Há um plano para coleta de dados? A logística está descrita? Os dados necessários foram especificados?	Idealmente, desenhado de forma a se relacionar com as predições.	Sim. Serão analisados os resultados após o final do dia do teste.	Sim. Serão analisados os resultados após o final do dia do teste.	Não.

FAZER	Execução: sim/não? A mudança foi testada ou implementada?		Sim, foi testada.	Sim, foi testada.	Sim, foi implementada.
ESTUDAR	Os dados foram coletados ou relatados?		Sim, relatados.	Sim, relatados.	Sim, relatados.
ESTUDAR	Os resultados do teste foram comparados com as predições?		Sim, o resultado do teste foi satisfatório e respondeu às predições, porém alguns pontos apareceram e precisam ser ajustados no próximo ciclo.	Sim, o resultado do teste foi satisfatório e respondeu à predição. Foi verificada no teste a necessidade de incluir a equipe de enfermagem no processo.	Sim, e não apresentaram nenhum impedimento para implementar a ideia de mudança.
AGIR	Novo aprendizado ou aprimoramento da teoria?	A partir da fase de ação: o novo conhecimento adquirido está explícito? Ou houve algum refinamento da teoria?	Sim. No primeiro dia percebeu-se que era necessário organizar as guias que estavam separadas apenas por convênio, também por data. Embora ainda não sendo possível medir o impacto da ação no tempo de espera para atendimento na recepção, foi válido para testar uma nova forma de organização das guias já autorizadas para que a recepção não perca tempo na busca por elas.	Sim. Notou-se melhora significativa na organização das autorizações, porém se verificou que tanto a recepção quanto o agendamento de consultas centralizaram as buscas de informações sobre as autorizações, enquanto a intenção é que todos tenham acesso ao *status* delas.	Sim. Não ocorreram imprevistos durante o atendimento dos pacientes com procedimento agendado, uma vez que todos os envolvidos no atendimento já estavam cientes.
AGIR	Há sugestão de próximos passos?		Sim. As guias dos pacientes que não possuem agendamentos serão separadas e arquivadas, mantendo no fluxo apenas as guias com atendimentos previstos.	Sim. O responsável pelas autorizações, ao entregar a pasta com as autorizações para a recepção, também informará à enfermagem sobre os procedimentos agendados, para que se possa verificar materiais necessários, reserva de salas etc.	Sim, acompanhar o impacto da mudança no indicador de resultado principal do projeto.

Quadro 2 – Modelo de *checklist* de PDSA

Fonte: Adaptado do modelo de Brandon Bennett (2018), *Improvement Science Consulting*.

REFERÊNCIAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000:2015**. Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ARAÚJO, L. C. G.; GARCIA, A. M.; MARTINES, S. **Gestão de processos**: melhores resultados e excelência organizacional. São Paulo: Atlas, 2011. p. 17-72.

BENNETT, B. **Improvement Science Consulting**: PDSA checklist. Curso de Especialistas em Ciência da Melhoria. [S.l.]: [s.n.], 2018.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Buscando o triple aim na saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

DEFEO, J. A.; JURAN, J. M. **Fundamentos da qualidade para líderes**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

DORAN, G. T. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. **Management Review**, v. 70, n. 11, p. 35-36, 1981.

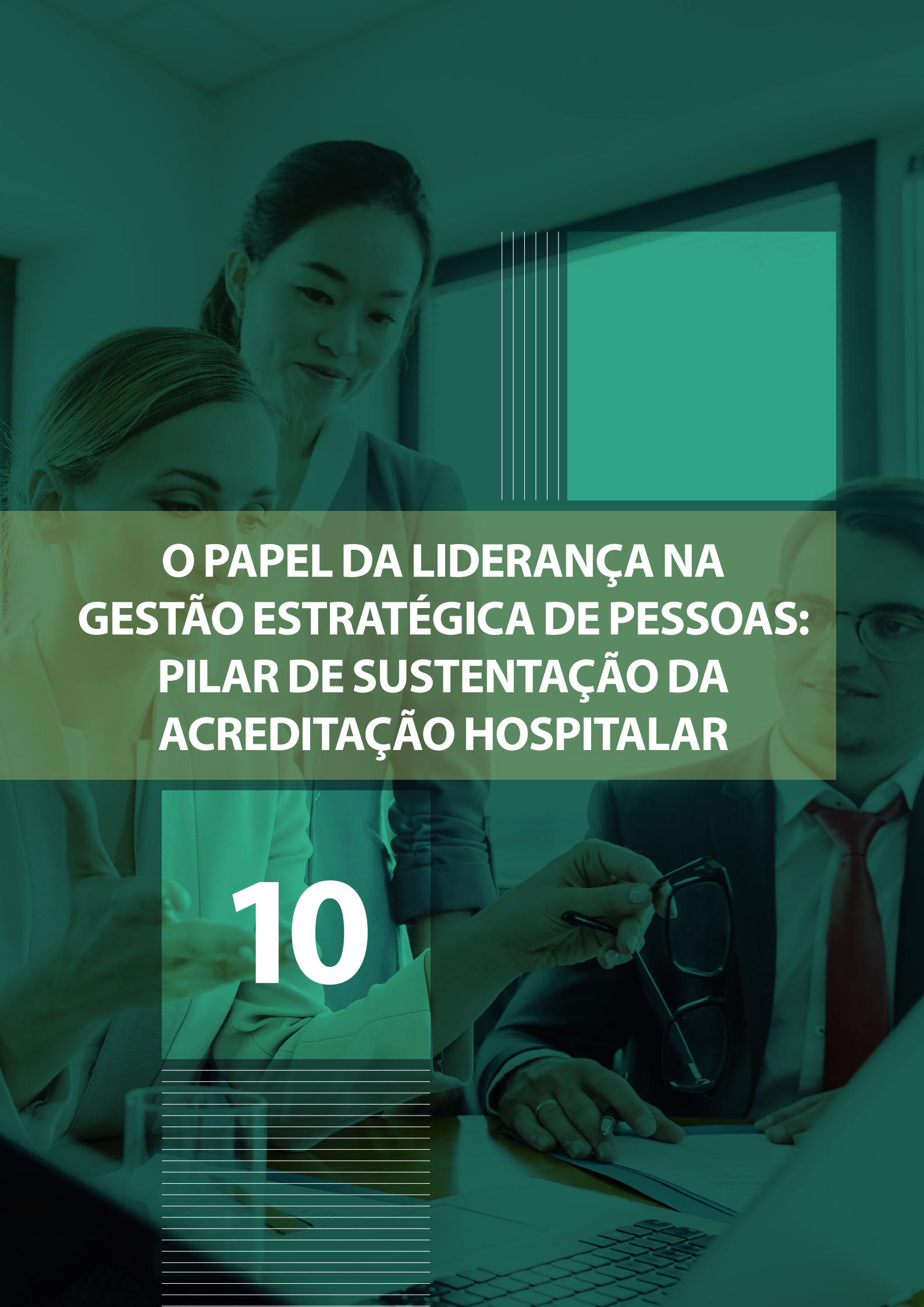
DR. DEMING'S 14 points for Management [Internet]. **The W. Edwards Deming Institute**, [s.d.]. Disponível em:<https://deming.org/explore/fourteen-points>. Acesso em:

JURAN, J. M. The quality trilogy: a universal approach to managing for quality. **Quality Progress**, v. 19, n. 8, p. 19-24, 1986.

LANGLEY, G. J. *et al.* Tradução de Ademir Petenate. **Modelo de Melhoria**: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. 1. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

MOEN, R. D.; NORMAN, C. L. Circling back. Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving. **Quality Progress**, v. 43, n. 11, p. 22-28, 2010.

PERLA, R. J.; PROVOST, L. P.; MURRAY, S. K. The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. **BMJ Qual. Saf**., v. 20, p. 46-51, 2011.



O PAPEL DA LIDERANÇA NA GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS: PILAR DE SUSTENTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

10

O papel da liderança na gestão estratégica de pessoas: pilar de sustentação da Acreditação Hospitalar

Fabrizio Rosso

INTRODUÇÃO

Sejamos muito pragmáticos: para que discutir liderança e/ou gestão de pessoas (o bom e velho RH) dentro de um Manual de Acreditação Hospitalar, se o que importa de verdade é a segurança do paciente, a linha do cuidado, a gestão do risco assistencial etc., dentro de uma instituição de saúde?

De fato, muitos médicos, enfermeiros, gestores hospitalares e, em especial, diretores, ainda acreditam que não é necessário ficar discutindo esse tema. O rol de justificativas é temerário e reflete um grau 6,5 de miopia gerencial, lamentavelmente.

Afinal, se eu quero privilegiar a segurança do paciente ou a linha de cuidado assistencial, eu preciso lembrar que não estou falando apenas de protocolos, não estou falando apenas de processos ou atos automatizados (robôs); ao contrário, estou falando – mesmo sem mencionar – o tempo inteiro de um elemento vital chamado **gente**.

Somente a título de exemplo, um dos critérios estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (e acredite: em todas as outras certificações internacionais também) é que a instituição hospitalar deve implantar um modelo de liderança e gestão de pessoas por competências (desde o recrutamento e a seleção, passando pela avaliação de desempenho, até o desligamento do profissional). E deve realizar, por exemplo, avaliação de desempenho por competências dos seus profissionais a partir de uma metodologia tecnicamente consistente e validada.

Isso porque a lógica das certificações da qualidade é muito clara: de que adianta a instituição hospitalar ter um protocolo de cirurgia segura se não houver gente competente para executá-lo? Então, uma Instituição Acreditada precisa dos dois: Protocolo de Cirurgia e um Modelo de Competências, ambos tecnicamente consistentes e validados.

E aqui inicia o papel estratégico do líder dentro de uma organização de saúde, seja uma Santa Casa ou um hospital filantrópico, seja um hospital privado filiado à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP).

A nossa *expertise* há mais de três décadas permite-nos afirmar com segurança que, se os hospitais não investirem em um modelo de gestão inteligente, suas lideranças ficarão, literalmente, à deriva. Afinal, um líder que não tem método, não tem modelo/ferramenta, não tem quase nada...

Isso significa que é fundamental aumentar a capacidade de desenvolvimento das habilidades dos líderes (especialmente os mais próximos do chão de hospital), fortalecendo-os por meio de um modelo de gestão de pessoas por competências.

A liderança será o exemplo e a precursora dos protocolos e do padrão a ser implantando dentro da instituição, e, sem nenhuma sombra de dúvida, a segurança de paciente não se faz só com papel, faz-se com gente competente executando as melhores práticas escritas ou padronizadas no papel. Por isso, sem líderes que levantem essa bandeira, a gestão da segurança do paciente nos nossos hospitais é apenas uma ilusão ou um termo bonito de se mencionar no discurso de final de ano.

A LIDERANÇA NA GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS: PILAR DE SUSTENTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Como os avaliadores das diversas certificações gostam de dizer: **gestão de pessoas e liderança são pilares de sustentação**.

Mas, em primeiro lugar, deixe-me dizer o que **não é** gestão por competências:

» Não é ficar fazendo festinha dos aniversariantes do mês no refeitório;

» Não é ficar fazendo oba-oba ou ações de humanização pelo hospital;

» Não é fazer avaliação para aumentar salário;

» Não é pedir para o RH do hospital (ex.: Santa Casa) montar um "formulariozinho" qualquer de avaliação de desempenho de marcar "x" para cumprir a exigência do Manual da ONA e tentar enganar amadoramente o avaliador da Acreditação;

» Não é uma moda passageira ou um micro-organismo estranho invadindo nosso sistema circulatório.

Pelo contrário, **gestão de pessoas por competências** é uma ferramenta poderosa por meio da qual cada um de nós (líderes) pode materializar um processo de desenvolvimento dos nossos times de trabalho para aumentar a produtividade, a *performance* e os resultados do nosso setor.

Quando nos deparamos com líderes que, por qualquer motivo, opõem-se a essa visão (ainda que de forma velada), percebemos que há um nítido e profundo desconhecimento de boas práticas de gestão.

É importante perceber que, a partir dos melhores conceitos de estratégia empresarial, o mundo e os maiores especialistas (estudiosos) permitem-nos encontrar evidências irrefutáveis para a adoção de um modelo de gestão de pessoas efetivo, que, no médio e no longo prazos, possa construir resultados positivos para a sustentabilidade das instituições.

Para agregar razões mais gerenciais (visão de liderança), gostaria de trazer, em primeiro plano, um professor universitário: Michael Porter, considerado uma das mentes mais brilhantes em Estratégia Corporativa no mundo, tendo escrito inúmeros livros que ainda são grandes referências (clássicos) da literatura gerencial, como o intitulado "Vantagem Competitiva" (PORTER, 1985), e que, inclusive, escreveu um livro para a nossa área: "Repensando a Saúde" (PORTER; TEISBERG, 2007).

Porter afirmou, categoricamente, que **a gestão de pessoas de uma organização impacta diretamente a sua capacidade de competir no cenário empresarial, independentemente do seu segmento de atuação** (PORTER, 1985).

E, se as lideranças do seu hospital não compreenderem isso, nem adianta seguir no caminho da qualidade.

Aqui, obrigatoriamente, temos que fazer uma parada estratégica para esclarecer a você, leitor(a), que esse tal de Michael Porter não é um psicólogo nem trabalha na área de RH de alguma instituição, como talvez sua frase nos levasse a deduzir.

Pelo contrário, Porter foi professor da Harvard Business School com foco nas áreas de Administração e Economia, tendo estudado na Universidade de Princeton, nos Estados Unidos, na qual se licenciou em Engenharia Mecânica e Aeroespacial. Além disso, fez doutorado em Economia em Harvard, onde se tornou professor com apenas 26 anos.

Todo esse currículo é só para lhe explicar que, se um doutor em Economia extremamente conceituado (veja bem a profissão: economista) está dizendo que **pessoas fazem a diferença**, então vamos voltar à pergunta crucialmente importante, definida no título deste capítulo: por que mesmo **gestão de pessoas** é importante para a sua instituição hospitalar? E a resposta de Michael Porter: "porque RH faz a diferença nos seus **resultados**!" (PORTER, 1985).

Mas, talvez você não goste do trabalho de um economista de Harvard e invalide minha argumentação por achá-la acadêmica demais. Embora minha experiência profissional me mostre claramente que isso não reflete a realidade, este capítulo não tem a pretensão de abrir uma discussão sobre a coexistência inteligente e interdependente entre teoria e prática.

Nesse caso, mais que saber científico, creio que o melhor caminho é contrabalancear as ideias de um professor universitário de Harvard com exemplos de líderes (CEOs) que construíram, na prática, os conceitos técnicos ou acadêmicos, e deles se valeram para erguer corporações mundiais de grande sucesso.

Assim, é vital respaldar e dar mais lastro de gestão (visão empresarial) para que possa compreender o quanto é importante estabelecer um olhar além das rotinas de folha de pagamento, que, eventualmente, alguém na sua instituição ainda chama, equivocadamente, de gestão de talentos humanos.

Jack Welch foi presidente mundial, por mais de duas décadas, da General Electric (GE), empresa multinacional em serviços e tecnologia, e que amargava uma administração burocrática e desalinhada com as melhores práticas de mercado, no início da sua gestão como presidente. Welch tornou-se famoso no mundo dos negócios por meio das suas conquistas e habilidades de liderança. Sua visão era se concentrar em fazer não apenas o que era bom ou adequado para a instituição, mas em fazer o que era, simplesmente, o melhor (visão de excelência em tudo que fazia).

Sob a sua liderança, a GE viveu um crescimento gigantesco. Ele conseguiu aumentar o valor da empresa de US$ 13 bilhões para várias centenas (repito: centenas) de bilhões de dólares, a partir de alguns pilares estratégicos de gestão.

O primeiro pilar de sustentação na liderança de Jack Welch referia-se à **missão** da instituição. Para ele, era fundamental que a missão fosse a mais transparente possível, com o intuito de ser o único rumo a seguir pela empresa e por todos os seus funcionários. Não a definir, não a alinhar ou não a praticar era, na sua opinião, um erro capital que levaria, indubitavelmente, ao fracasso em qualquer negócio. Isso porque, como grande líder, ele considerava que esse era o pilar que sustentava todos os outros.

O segundo pilar de Welch era gerenciar inteligentemente pessoas (RH). E isso significava ter não apenas ferramentas ou sistemas isolados, mas sim um modelo de gestão de pessoas de forma totalmente alinhada à missão (pilar 1). Sua visão era que, para gerenciar talentos humanos, fazia-se crucialmente importante ter líderes que adotassem uma postura sincera e comunicativa o tempo todo, valendo-se das melhores técnicas de *feedback* e usando uma metodologia consistente (padrão), que guiasse as avaliações de desempenho e, consequentemente, as decisões internas de maneira técnica, justa e efetiva.

Jack Welch tornou-se uma referência em liderança e gestão de pessoas, devido ao processo de planejamento e desenvolvimento que implementou na GE.

Em uma de suas últimas entrevistas, quando perguntado pelo jornalista da HSM Management sobre qual foi a habilidade que mais contribuiu para que ele se tornasse um grande líder mundial, Welch afirmou que, quando você tem uma empresa que está crescendo/expandindo, 70% do seu tempo tem que estar focado nas pessoas. Não se pode nem imaginar que um líder (diretor ou gerente), no alto do organograma, vai continuar fazendo atividades e "metendo a mão" diariamente no operacional. Esse, talvez, seja o maior erro dos líderes, especialmente dos administradores. Precisam parar de centralizar tudo em si mesmos e necessitam, urgentemente, aprender a delegar. Somente delegando e acompanhando os resultados é que os líderes vão poder liberar tempo para cuidar e desenvolver pessoas.

> Por isso, a habilidade que talvez tenha mais contribuído – **diz Jack** – para a minha vitória é o foco na "gestão de pessoas". Não há nada que me encante mais do que ver alguém crescendo, desenvolvendo seu potencial e alcançando o sucesso. Um líder que não está formando outros líderes, não está fazendo o seu melhor pela instituição (SAVE..., 2019).

Sem dúvida, **Michael Porter e Jack Welch** traduzem, de forma contundente, a primeira pergunta deste capítulo: por que gestão de pessoas é tão importante para sua Santa Casa, para seu centro de diagnóstico ou para sua instituição de saúde?

Conforme mencionado em Rosso *et al*. (2020): "Aceite o fato, caro leitor. Se as lideranças da sua organização são fracas, suas equipes também o serão, e, por efeito dominó, assim serão seus resultados (em maior ou menor grau)". Ou seja, é preciso mudar o modelo e sair do amadorismo de instituições que acham que apenas com uma "planilhinha" de Excel vão ter informações estratégicas para desenvolver seus líderes. Hoje em dia, um bom líder precisa usar ferramentas digitais, precisa ter um modelo de gestão e, por favor, erradicar a "Excel – lândia" da sua instituição de saúde, ou, pelo menos, do seu setor. Há projetos de responsabilidades sociais que implantam *softwares* de gestão por competências específicos para hospitais a baixíssimo custo. Vale a pena conferir: https://www.fatorrh.com.br/projetophoenix/.

Afinal, um provedor, superintendente, CEO, diretor-geral ou qualquer outro título que desejar, só se torna um líder de verdade quando entende que, sem uma estratégia inteligente (modelo de competências), a instituição ficará refém de más práticas, resultados apenas financeiros (os quais, ao longo do tempo, deterioram-se por si mesmos) e com uma rotatividade mais alta que a média de mercado. Um grande líder usa tudo o que pode ser usado e adota as ferramentas que podem ser adotadas para alcançar o melhor – em especial, para garantir a segurança do paciente. Exatamente como dizia outro grande exemplo de liderança, Winston Churchill:

"Não hesite. Contente-se simplesmente com o melhor." (Winston Churchill)

LÍDERES PRECISAM AVANÇAR E ROMPER A LEI DA INÉRCIA ORGANIZACIONAL PARA GARANTIR MELHORES PRÁTICAS

O físico inglês Isaac Newton, ainda no século XVII, publicou, no livro "*Philosophiae Naturalis Principia Mathematica*", a sua primeira lei.

Conhecida como Princípio da Inércia, a primeira lei de Newton afirma que, se a força resultante é nula, logo, a velocidade do objeto é constante (NEWTON, 1687).

Consequentemente:

» Um objeto que está em repouso **ficará em repouso** a não ser que uma força resultante não nula aja sobre ele;

» Um objeto que está em movimento retilíneo uniforme **não mudará** a sua velocidade a não ser que uma força resultante não nula aja sobre ele.

Essa é uma lei cruel, porque quando a transpassamos ao mundo hospitalar, percebemos que os paradigmas perpetuam-se graças à lei da inércia instalada nas lideranças (muitas vezes, resignadas), que foi formulada há tantos séculos.

Creio que Newton nunca imaginou essa lei da física nesse contexto, mas posso garantir que é a partir de agora que ela surge. Porque quando falamos de implantar Qualidade (Acreditação Hospitalar) dentro de uma instituição de saúde, os primeiros a tentarem boicotar não são os colaboradores (a maioria até deseja que se definam critérios e padrões). Na realidade, os que geram maior dificuldade ao avanço das práticas e dos protocolos para a segurança do paciente, por incrível que pareça, são os líderes que compõem a média gerência. E, como a lei da inércia é muito forte, a tendência é encontrar muitos líderes após algumas reuniões da Qualidade, fazendo comentários no cafezinho: "Isso não vai dar em nada!".

Acostumados a seguir de um jeito ou de outro, praticamente sem padrão, as lideranças resistem bravamente, como que entrincheiradas em um campo de batalha... especialmente quando começamos a discutir a visão sistêmica (competência que nem todos os líderes têm ou querem ter).

De fato, quando se aborda a cadeia cliente-fornecedor e as "benditas" interações de processos entre áreas, muitos líderes se incomodam e acabam tendo reações fortemente contrárias ao progresso do programa de qualidade. Claro que a maioria não manifesta isso de forma aberta, até porque, hoje em dia, poderia se transformar em um ato de autocondenação institucional. Contudo, naquilo que depende deles, muitas vezes, o processo sutilmente emperra.

Sem líderes dispostos a romper com os bordões clássicos "Sempre foi assim...", "Pra que mudar?", "Qualidade só aumenta a burocracia!", infelizmente a maçã de Newton continuará caindo, inúmeras e inúmeras vezes, na cabeça dos pacientes.

PARA GARANTIR SEGURANÇA, É IMPORTANTE ENTENDER QUE DESENVOLVER LÍDERES NÃO É O MELHOR CAMINHO

E vou repetir, mais uma vez, para que não pairem dúvidas:

Desenvolver líderes **não** é o melhor caminho. **É o único**!

Acoplar um modelo profissional (e não caseiro/amador) de gestão por competências e registro de *feedbacks* é a melhor ferramenta para começar a trilhar esse caminho.

É necessário medir as competências dos líderes na área da saúde com modelos mais estruturados e efetivos. Sem números, sem diagnóstico preciso, qualquer terapêutica gerencial serve, inclusive, a errada.

Ainda hoje percebemos, em muitos hospitais filantrópicos ou mesmo privados, que há um abismo entre o conhecimento técnico *versus* a habilidade humana dos líderes.

Ser técnico é importante, mas compreender a psicologia humana é **ainda mais crucial para as lideranças no processo de certificação da qualidade. Por isso, quem imagina que ter alguma especialização técnica é o suficiente para gerenciar pessoas, ainda não entendeu que o ser humano é formado por muito mais camadas do que aquilo que aparece acima da superfície.**

Aprofundar conhecimentos técnicos é altamente desejável, porém é importante romper com o conceito de que ser especialista é suficiente. O caminho correto, na realidade, é começar por outra perspectiva. A perspectiva de ser multiespecialista.

Lidar com gente significa lidar com um horizonte de possibilidades gigantesco. Imaginar que um profissional especialista em uma área técnica seja capaz de responder de forma eficaz a esse horizonte é algo que precisamos rever, repensar e discutir.

Também é muito importante que, a partir dos *gaps* de competências identificados nas avaliações, sejam estabelecidos planos de desenvolvimento individuais para os líderes (afinal, essa – não por acaso – também é uma das exigências do Manual da ONA).

Portanto, é vital que a área de gestão de pessoas possa contribuir com o desenvolvimento humano dos líderes das instituições de saúde. A propósito, eu costumo dizer, nas minhas aulas nos cursos de MBA de Gestão, que os melhores líderes não podem ser uma ária, escrita apenas para um cantor, um solista. Embora encantadoras, nas árias – como, por exemplo, "*Habanera*" (o amor é um pássaro rebelde), da ópera Carmen (Bizet), ou "*Nessun Dorma*", da opera Turandot (Puccini) –, se o profissional de recursos humanos quiser ser o solista, infelizmente seus resultados de médio para longo prazos serão muito menos encantadores, simplesmente porque pessoas não são árias, são sinfonias.

A origem dessa palavra, a propósito, é grega, e seu significado é muito interessante: sinfonia = **todos os sons juntos**.

Resumindo em palavras mais simples, para garantir os avanços do processo de certificação da qualidade, é importante trabalhar os planos de desenvolvimento individuais dos gestores da instituição,

para fortalecer múltiplas competências de liderança no intuito de não deixar que estes continuem sendo profissionais de uma nota só.

Porque sem repertório, diante da sinfonia, esses líderes já estarão vencidos antes mesmo do início da batalha, antes mesmo que tenham tempo de se dar conta de que não estão preparados para organizar e dirigir **todos os sons juntos** da segurança do paciente.

Vale lembrar que desenvolver as lideranças também é um critério e uma exigência da certificação da qualidade (ONA). Afinal, é preciso garantir melhores líderes, e isso só se faz por meio de processos educativos, ou seja, capacitando-os naquilo que eles realmente precisam em termos de habilidades e competências, a fim de que estejam mais preparados para conduzir seus times na direção da excelência de serviços.

Quando tivermos mais líderes multiplicando bons exemplos e replicando conhecimento para a base, estaremos no caminho certo da certificação. Enquanto os gestores acharem que treinamento é coisa do RH ou da Qualidade, estaremos atolados na lei da inercia organizacional, e Newton continuará se revirando no túmulo.

O SUCESSO NÃO ESTÁ NOS EXTREMOS

Justamente por isso, é importante que um diretor, gerente, coordenador ou supervisor na área da saúde seja um grande diplomata, um grande mediador. Isso não significa que esse profissional irá aceitar tudo ou todos de forma indiscriminada em favor de uma pseudodiplomacia. Pelo contrário, um bom líder precisa ser assertivo em seu posicionamento dentro da organização.

Infelizmente, muitos administradores preferem alguém com um perfil mais cordato e, naturalmente, confundem ser diplomata com passividade.

Costumo dizer que, se a área hospitalar ensinou-me algo do qual ainda não vi exceção na minha vida, é que, para ter sucesso, precisamos de gestores (especialmente os de RH) que sejam grandes reformadores de processos, saibam se posicionar e entusiasmar as pessoas a seu redor frente a novos projetos, ideias e inovações.

Para compreender melhor esse conceito, gostaria de lhe propor uma linha estratégica de diplomacia:

Figura 1 – Linha imaginária da diplomacia

Fonte: elaboração do autor.

Dessa forma, visualizando essa minha linha imaginária da diplomacia, fica evidente que:

» Posicionamentos fracos e sem conteúdo transformam o gestor em um cordeiro (quase sempre pronto para o abate). Adota, via de regra, uma atitude passiva, que concorda com quase tudo, que não defende os conceitos de qualidade e que, muitas vezes, acaba sendo engolido pelo sistema no qual está inserido. **Resultados previstos para esse líder**: descrédito, ausência de resultados efetivos, passividade e poucas condições de realizar as mudanças necessárias para garantir a segurança ou a satisfação do paciente dentro da organização;

» Posicionamentos duros demais (lobo), ainda que com conteúdo, geram ressentimentos e confrontos desnecessários (quase sempre criando inimigos em vez de alianças). Com um posicionamento mais agressivo do que o recomendável, esse profissional gera animosidades, seja com subordinados, seja com pares ou superiores, não medindo a forma como expressa suas ideias ou seus posicionamentos. **Resultados previstos para esse gestor**: apesar de conseguir resultados de curto prazo, esse tipo de atuação do lobo pode levá-lo a não ter pilares de relacionamento interno que sustente, no médio e no longo prazos, os resultados necessários à instituição. Costuma criar uma cultura de ação baseada no medo e no receio, o que também é insustentável no longo prazo.

O sucesso, evidentemente, não está nos extremos, ou, como diria um sábio: "Entre 8 e 80, existem, pelo menos, 72 possibilidades". Um profissional, em uma posição de liderança que se preze, precisa discernir inteligentemente sobre isso.

Por outro lado, vale lembrar que uma administração consciente deve, por seu turno, saber a hora certa de fazer a leitura da humildade e dar foco ao RH para que ele possa conduzir, em determinados momentos, o rebanho, como fez João Batista, que, apesar de sua bravura e de seu reconhecimento, soube ser humilde a ponto de afirmar:

"Eu tenho que diminuir para que Ele possa crescer." (João Batista)

Bom conselho se virmos bem as coisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

David Ulrich, líder e renomado especialista em Gestão, afirmou, na virada deste último século, algo que ainda hoje é extremamente válido para o sucesso dos gestores em qualquer nível da pirâmide hierárquica, seja em um hospital de grandes recursos e prestígio, seja em uma instituição filantrópica na área da saúde:

"O grande papel do RH (líderes) nesse novo século não é fazer a mudança, mas sim preparar as pessoas (times) para ela." (David Ulrich)

Se queremos, realmente, que nossos líderes promovam a segurança do paciente e a gestão da qualidade em todos os setores e interfaces de processos, vale a pena lembrar que é preciso ter muito bem estruturados três passos estratégicos:

PASSO 1

Construir um modelo inteligente de gestão por competências, seguindo as melhores práticas, inclusive listadas no Manual da ONA.

PASSO 2

Fortalecer os líderes nos *gaps* de competências (baseados no processo de avaliação de desempenho).

PASSO 3

Acompanhar os planos de desenvolvimento individuais de perto, monitorando os avanços de cada gestor e reconhecendo os bons resultados de cada líder. *Feedback* positivo como estímulo ao desenvolvimento de novas competências.

Sem dúvida, o caminho não é fácil, nem há milagres gratuitos no meio do percurso. Porém, posso afirmar, categoricamente, que, ao longo das últimas três décadas, temos assessorado muitos hospitais a tornarem-se *cases* de sucesso. Hoje, tendo capacitado mais de 100.000 profissionais e líderes em gestão por competências nesse modelo de liderança e competências em instituições no Brasil e no Mercado Comum do Sul (Mercosul) – Chile, Peru, Paraguai e Equador –, sabemos, pelos kms rodados, que o sucesso não ocorre por acaso; pelo contrário, é fruto de inteligência, boas escolhas, boas ferramentas e muita, muita dedicação e esforço.

Por isso, lembre-se: o caminho é longo e difícil, é preciso mudar a mentalidade (*mindset*) da organização. Mas a boa notícia é que, com a ajuda de profissionais experientes, isso é possível, plenamente possível. Porque, no final, a segurança do paciente é feita por pessoas, e pessoas são influenciadas por grandes líderes, e grandes líderes só existem se houver padrão, gestão e inteligência organizacional.

REFERÊNCIAS

NEWTON, I. **Philosophiae Naturalis Principia Mathematica**. [*S.l.*]: Benjamin Motte, 1687.

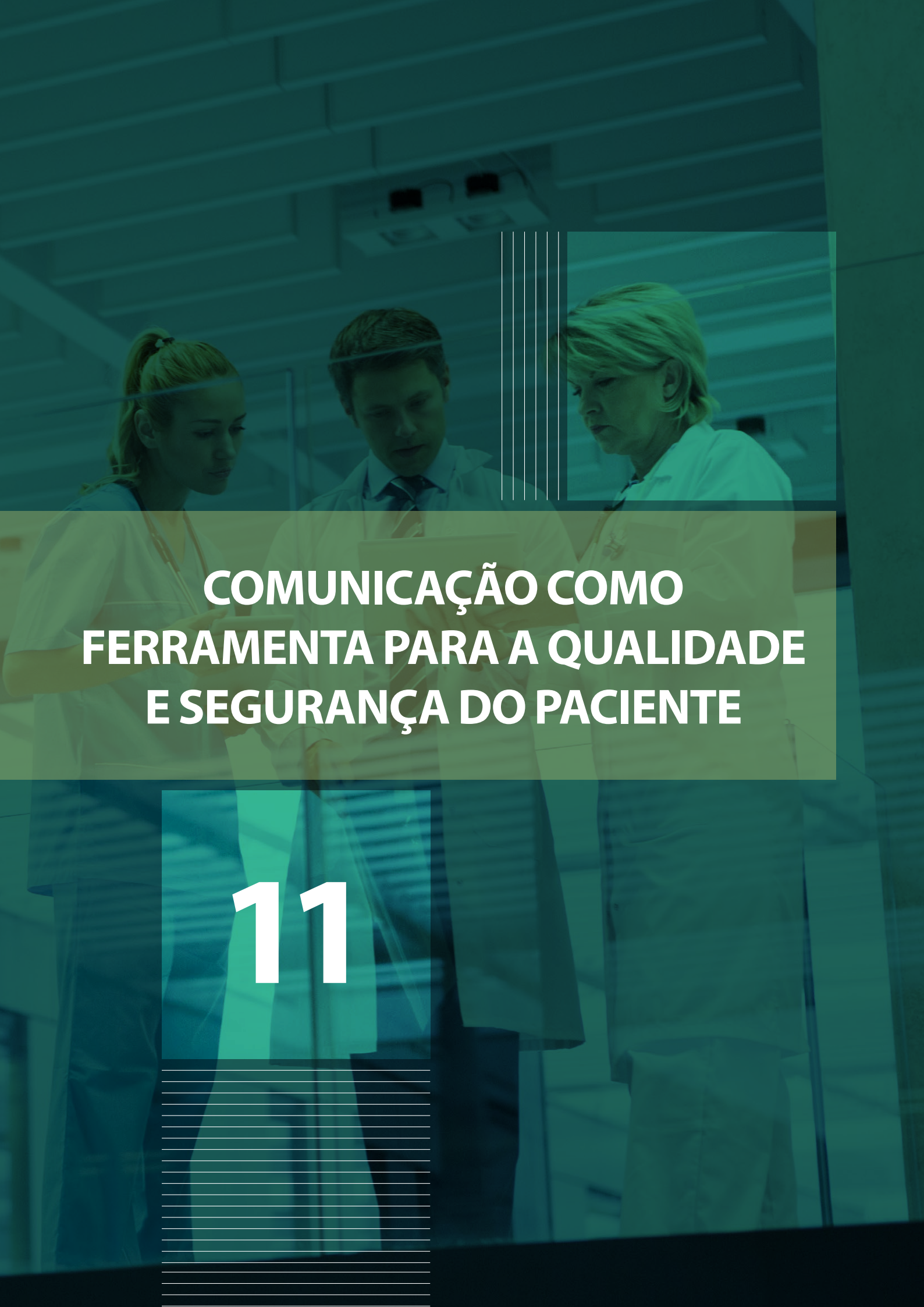
PORTER, M. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1985.

PORTER, M.; TEISBERG, E. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Grupo A, 2007.

ROSSO, F. **Gestão ou Indigestão de Pessoas? Manual de Sobrevivência para RH na área da Saúde**. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

ROSSO, F. *et al*. **Liderança em 5 Atos**: ferramentas práticas para gestores em instituições de saúde. São Paulo: Ed. Loyola, 2020.

SAVE the Date – I Fórum Internacional RH e Liderança. **Boletim Fator RH,** n. 23, p. 5, 2019. Disponível em: https://fatorrh.com.br/storage/boletins/pdfs/lider23.pdf. Acesso em: 3 dez. 2020.



COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

11

Comunicação como ferramenta para a qualidade e segurança do paciente

J. Antônio Cirino

INTRODUÇÃO

A comunicação, em sua essência da palavra, é a ação de tornar algo comum a outrem (TEMER; NERY, 2009). Com base nessa premissa, torna-se crucial que as unidades de saúde gerenciem os fluxos comunicacionais, visando à adequada gestão da qualidade e segurança do paciente, o que pode culminar, consequentemente, na obtenção de uma acreditação, por exemplo. Desde o macroplanejamento da certificação, até os detalhes desse projeto e de outros da unidade, é imprescindível que estratégias de comunicação sejam estruturadas, com foco em compartilhar propósitos e conhecimentos necessários para que se alcance sucesso na implantação e na implementação de políticas, protocolos e diretrizes que sustentem uma sólida cultura da qualidade.

A comunicação e saúde é um campo compósito (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), considerando que resguarda as características dessas duas grandes áreas que, ao se encontrarem, firmam-se como complementares e com potencial para reflexões para ambas. A gestão da comunicação nos variados aparelhos de saúde tem como focos principais a orientação, no que tange à educação em saúde, a transparência das informações e a promoção de vínculo com os públicos internos e externos (CIRINO, 2018). Esse tripé é o guia das ações comunicacionais, independentemente do perfil e do porte dessas unidades.

Figura 1 – Enfoques da gestão da comunicação em unidades de saúde

Fonte: elaboração do autor.

Neste capítulo, apresentamos a comunicação como raiz das metas de segurança do paciente e, a partir disso, discutiremos as três grandes perspectivas da comunicação (estratégica, organizacional e institucional) para uma coesa gestão da qualidade e segurança no âmbito das unidades de saúde.

COMUNICAÇÃO É A RAIZ DAS METAS

A comunicação tem papel fulcral nas boas práticas para a segurança do paciente. Considerando as metas nacionais e internacionais estruturadas para a prevenção e a garantia de um cuidado seguro aos clientes e aos usuários das unidades de saúde, temos algumas reflexões iniciais.

Dentre os seis objetivos traçados para fortalecer essa cultura assistencial segura, temos um especialmente focado na comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Esse objetivo traz em sua escrita, de forma mais direta, práticas comunicacionais para a melhoria da continuidade da assistência por meio do elo entre as diferentes equipes, de forma coesa e clara para a transmissão de informações, resultando em um cuidado com menor chance de falhas. Nessa perspectiva, tornam-se necessárias ações de padronização dos fluxos comunicacionais assistenciais, definindo os marcos e a metodologia para a transição do cuidado, a comunicação entre as equipes e o formato para este compartilhamento de informações, bem como práticas que contribuam para reduzir também os ruídos inerentes ao contexto de saúde, sejam estes físicos (barulhos, iluminação, sinal de telefone etc.), sejam psicológicos (clima organizacional, preconceito, resistência etc.), por exemplo.

Não diferente, as demais metas, apesar de não trazerem em sua descrição direta a comunicação, são compostas por problemas dessa natureza (algum erro que perpassa pela esfera comunicacional) que evidenciamos, a partir de análises com ferramentas da qualidade. A meta de identificar corretamente o paciente tem em seu cerne a comunicação como problema e ela própria como solução. A pulseira de identificação é uma ação comunicacional que precisa ser conferida constantemente pelos profissionais de saúde pelo mesmo processo, dessa vez em seu aspecto oral, confirmando os principais descritores e a viabilidade de continuidade da assistência para a realização de procedimentos com segurança.

Na sequência, a meta relacionada à melhoraria da segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, e, do ponto de vista internacional, a segurança dos medicamentos de alta vigilância, também têm, em cada uma das etapas da cadeia medicamentosa, práticas comunicacionais como barreira para a garantia da efetividade do processo. Por elementos comunicacionais tecnológicos ou mesmo pelo ato de seguir um fluxo de confirmação dos passos "certos" neste procedimento, ambas trazem em si falhas advindas de erro na dimensão comunicacional, e, também, carecem do estabelecimento de rotinas neste âmbito para mitigar os fatores de risco inerentes ao fluxo.

A meta que gira em torno da cirurgia segura, no que tange a assegurar o local de intervenção, procedimento e paciente corretos, encontra na perspectiva comunicacional a solução para problemas recorrentes ao abordarmos a rotina cirúrgica das variadas unidades de saúde de diferentes portes. Toda a jornada do paciente cirúrgico, desde seu local de origem (emergência, internação, unidade de terapia intensiva ou ambulatório), merece um olhar cauteloso ao considerar as diferentes perspectivas de chegada dessa pessoa, seja pelo seu estado clínico, seja pela urgência do procedimento ou mesmo pelo caminho que será percorrido para chegar ao local da operação.

As práticas prévias, como o agendamento, a visita pré-anestésica e a preparação desse paciente, já conseguem reduzir, por meio da orientação verbal, escrita e do preenchimento de *checklists*, alguns dos riscos. Na chegada para a operação, faz-se um novo *checklist* minucioso, que pode ser acompanhado de práticas lúdicas, como a criação de um cenário propício (*pit-stop* da cirurgia

segura, *check-in* de aeroporto, e outros). Ao chegar para o procedimento, checa-se a identificação do paciente e do local de cirurgia. Ao finalizar, as contagens de insumos e instrumentais, e as informações do pós-operatório, proporcionam ainda mais segurança. Cada etapa cercada de fluxos e ações comunicacionais para contribuir para o sucesso ou o insucesso dos procedimentos.

Em seguida, a redução do risco de infecções relacionadas à assistência à saúde, em específico do ponto de vista nacional, e a prática da higienização das mãos, referem-se ao fortalecimento de etapas cruciais para a assistência dos pacientes, que dependem tanto do cuidador quanto da pessoa cuidada, e que exigem uma orientação frequente do paciente pelo profissional, contribuindo para os bons resultados frente à mitigação de possíveis fatores de risco para infecções. Ao refletir especialmente sobre a higienização das mãos, as placas que estão inseridas em cada uma das pias dedicadas a essa prática, bem como o plano que é dedicado anualmente a reforçar a educação sobre o tema, também se fortalecem como soluções comunicacionais para essa meta.

Por fim, temos o objetivo de prevenir as quedas, e, no âmbito nacional, também a lesão por pressão. Ambos os riscos possuem práticas de controle que perpassam pela dimensão comunicacional, como a própria orientação aos pacientes e seus familiares, a inclusão destes riscos na pulseira de identificação, o relógio de mudança de decúbito como lembrete visual da correta atitude frente à mobilidade da pessoa cuidada, e tantos outros pontos que são relevantes para essa prevenção, também majoritariamente direcionados a ações da comunicação.

Chegando a esse ponto, você pode indagar: então tudo é comunicacional? Sim, de certa forma, a grande solução para a maioria dos eventos adversos encontra eco em práticas da comunicação. Para compreender isso, precisamos ressaltar que, quando falamos de "comunicação", estamos dizendo tanto sobre o processo quanto sobre seu resultado (TEMER; NERY, 2009). Comunicação é tanto a mediação entre as pessoas quanto o próprio resultado deste elo, suas mensagens verbais e não verbais, e, ainda, as práticas que resultam disso, como alertas que surgem em sistemas de prontuário/gestão, etiquetas, *checklists*, formulários e tantos outros.

Metas nacionais/internacionais de segurança do paciente	Problemas comunicacionais mais recorrentes	Soluções comunicacionais possíveis
Identificação do paciente	Ausência de identificação do paciente; identificação do paciente colocada no lugar ou em pessoa erradas; confirmação superficial dos descritores (apenas o primeiro nome, por exemplo).	Implantação e implementação de um protocolo de identificação do paciente; pulseira de identificação; identificação no leito; fluxo de confirmação dos descritores padronizados em cada procedimento.
Comunicação efetiva	Transmissão equivocada de informações; ausência de informações de um plantão para o outro; ruído na comunicação; registros em prontuário sem legibilidade e/ou compreensão.	Implantação e implementação de protocolo de comunicação efetiva; definição de ferramentas para passagem de plantão; uso de estratégias padronizadas para confirmação das informações e diretrizes no cuidado.
Medicação segura	Administração errada de medicamentos, por falta de confirmação da identificação do paciente; falha na administração de medicamentos de alta vigilância.	Implantação e implementação de um protocolo que abranja toda a cadeia medicamentosa; programa de capacitação dos colaboradores; rotina de orientação dos pacientes e acompanhantes sobre a importância do tema; processos com tecnologia, barreiras comunicacionais desde a dispensação até a administração beira-leito.

Metas nacionais/internacionais de segurança do paciente	Problemas comunicacionais mais recorrentes	Soluções comunicacionais possíveis
Cirurgia segura	Cirurgia em membro/paciente errado; esquecimento de materiais em cavidades corporais; entrada com prótese dentária para procedimento cirúrgico; não identificação preliminar de alergias; não demarcação de lateralidade, quando aplicável.	Implantação e implementação de protocolo de cirurgia segura; práticas lúdicas para envolvimento dos usuários nas etapas pré, durante e pós-cirurgia; *checklists* pertinentes durante cada etapa.
Higienização das mãos/redução das infecções	Ausência de reforço da orientação; falta de lembretes/barreiras visuais para a devida higienização das mãos e paramentação.	Implantação e implementação de protocolo de higienização das mãos e para as principais infecções relacionadas à assistência à saúde da instituição, bem como plano anual de higienização das mãos; materiais de sinalização nas pias dedicadas à higienização das mãos; campanhas de conscientização; placas de identificação dos isolamentos e paramentações devidas; rotina de orientação dos pacientes e acompanhantes.
Reduzir queda e lesão por pressão	Falta de sinalização de piso molhado; grades da cama não levantadas; riscos não identificados na pulseira do paciente e no leito; familiar/acompanhante não orientado.	Implantação e implementação de protocolos para prevenção de queda e lesão por pressão; instituição de aspectos visuais para o lembrete dessas práticas, identificando o risco na pulseira do paciente e no leito; rotina de orientação do paciente e do acompanhante para contribuir com o tema; inserção de relógios para orientação de mudança de decúbito e alertas referentes a cada paciente, quando aplicável sua mobilização.

Quadro 1 – Metas de segurança e a comunicação

Fonte: elaboração do autor.

As discussões mais recentes do cuidado centrado na pessoa contribuem para percebermos a essencialidade de empoderar os pacientes e seus acompanhantes, para que estes sejam agentes ativos como barreira para uma assistência segura. Se o profissional vai realizar um procedimento em determinada pessoa, e esta verifica se foram checados seus descritores, bem como se o profissional higienizou as mãos, paramentou-se corretamente e tantas outras atividades simples que podem ser compreendidas por toda a sociedade, teremos uma maior probabilidade de redução das falhas. O que não exime a responsabilidade primordial do cuidador, visto que este possui o conhecimento e, no momento do cuidado, uma presunção de maior autonomia na relação paciente-profissional de saúde, não sendo questionado em alguns momentos, mesmo que o assistido perceba que algo está errado.

Costuma ser interessante para os profissionais que analisam os eventos adversos perceber que o elemento central dessas ocorrências é, comumente, tanto nos casos relacionados a problemas em processos quanto nos problemas comportamentais, algo comunicacional. A solução para isso deve ser a grande virada comunicacional que ainda não nos propusemos, mas que é chegada a hora, para a melhoria da forma como estruturamos nossos fluxos e como conectamos pessoas. Nesse ínterim, é preciso perceber a comunicação como algo além de estritamente as atribuições de um setor, como algo em que há uma corresponsabilidade de todos os elementos e públicos envoltos na unidade de saúde.

Considerando, também, a necessidade da visualização da comunicação enquanto corresponsabilidade de todos os agentes envolvidos na unidade de saúde e sua transversalidade entre os diversos processos, torna-se imprescindível discutirmos, a seguir, três vertentes essenciais para a implantação e a implementação da gestão comunicacional em saúde.

COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA

Tudo se inicia – ou deveria se iniciar - com o planejamento estratégico. Para que ações comunicacionais efetivas possam ser construídas, o primeiro passo é refletir, enquanto instituição, sobre sua própria identidade (missão, visão, valores e propósito) para compreender a razão de ser, aonde quer chegar, quais os princípios e o que é imutável neste processo – aquilo que, mesmo com as mudanças externas, a unidade de saúde não abre mão. Considerando uma instituição focada na gestão da qualidade e segurança do paciente, isso precisa ficar declarado em sua identidade organizacional. Em seguida, a análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), para avaliar as forças e as fraquezas da instituição no microambiente, e as ameaças e as oportunidades desta no macroambiente, possibilitará que um trabalho prospectivo possa ser realizado, mitigando os riscos do negócio – possíveis de previsão – no Setor Saúde. Isso se desdobrará em objetivos estratégicos, com metas e indicadores que contribuam para o controle do alcance da visão e sirvam de parâmetro para que a empresa tenha um norte. Aqui, ao desenvolver o painel dos objetivos estratégicos, é crucial considerar como a inserção da qualidade e segurança do paciente está delineada para alcançar os resultados almejados para evitar danos e garantir a efetividade dos processos de gestão. A comunicação deve, então, ser parte estruturante do planejamento estratégico, bem como uma das áreas que possibilitará que ele se torne real, ao formalizar ações e práticas rotineiras para a inserção dos diferentes *stakeholders* da unidade de saúde dentro da lógica estratégica, buscando soluções criativas e inovadoras de engajamento.

Após a definição desses alicerces, é crucial desenvolver uma identidade visual que coadune com a organizacional, ou seja, uma marca que, de fato, represente a organização e suas pretensões. A gestão de *branding*, nesse caso, servirá para a configuração de aspectos visuais que estejam conectados ao propósito institucional, desdobrando-se, em seguida, em cada ponto de contato na experiência dos públicos que interagem com essa unidade (desde a fachada, a sinalização visual, o enxoval etc.). Isso reverberará, também, nas campanhas institucionais para a qualidade e segurança do paciente, na promoção dos projetos de certificação, e na criação de meios e mensagens que, na comunicação organizacional e institucional descritas a seguir, falem sobre o tema de forma coerente com a identidade do hospital, da unidade básica, da clínica, do laboratório etc.

Quanto aos públicos, o gerenciamento correto destes é um fator crucial para o sucesso das ações comunicacionais. Fatalmente, as instituições de saúde não investem em pesquisas para conhecer seus *stakeholders*, o que acaba por impor um regime de decisões baseadas em percepções, acarretando investimentos não exitosos e frustração dos envolvidos no processo. Sendo assim, precisamos estabelecer como etapa *sine qua non* na estruturação das ações comunicacionais de uma unidade de saúde conhecer os públicos para, a partir desse levantamento, desenvolver meios de comunicação e conteúdos coerentes. Sem esse trabalho prévio, os recursos financeiros e humanos empregados tornam-se um "gasto" – em contraponto ao termo "investimento" –, considerando os baixos retorno

e efetividade. Nesse sentido, a gestão da qualidade aufere bons resultados com o mapeamento para gerenciamento dos públicos, considerando a necessidade de comunicar de forma efetiva os planos de ação para possíveis projetos de certificação e a inserção dos profissionais de saúde, dos pacientes e da sociedade.

Outro ponto importante, quando abordamos a comunicação estratégica, é o desenvolvimento de uma política de comunicação, com foco em envolver seus públicos e estabelecer diretrizes para este relacionamento (ONA, 2018). A partir desse documento, são estruturadas ações para que os fluxos comunicacionais sejam efetivos, realizando práticas de controle para evitar crise na imagem e o uso inadequado da marca, por exemplo, orientando cada parte interessada sobre suas responsabilidades e canais possíveis de interação. Essa política, sendo uma das necessárias para a documentação, como requisito da liderança organizacional, precisa ser devidamente gerenciada, seguindo algumas etapas cruciais, como sua redação, revisão/validação, declaração/divulgação, disseminação e checagem da efetividade das práticas.

Públicos	Informações	Contingências	Porta-voz e fontes
Meios de comunicação	Canais de comunicação	Fluxos comunicacionais	Corresponsabilidade

Figura 2 – Estrutura principal da política de comunicação

Fonte: elaboração do autor.

Tudo isso se apresenta como uma etapa prévia, inicial e essencial para o sucesso da comunicação organizacional e institucional, visto que, ao estruturar corretamente o planejamento estratégico, realizar o gerenciamento dos públicos e promulgar a política de comunicação, temos uma base sólida para interagir com cada pessoa que é impactada e impacta a unidade, bem como promover a cultura da qualidade e segurança do paciente.

COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL

A comunicação organizacional é a que desenvolvemos no âmbito da unidade de saúde, ou seja, no espaço físico da instituição, focando em estabelecer diálogo com os colaboradores, com os pacientes-clientes e todos que porventura estejam neste ambiente. Recomendamos essa como a etapa prévia na melhoria da gestão da comunicação, para que, antes de divulgarmos a imagem, tenhamos uma identidade solidificada e coerente com o que foi preconizado pelo planejamento estratégico. Em outros termos, o foco é evitar que o que falamos que somos seja diferente do que, de fato, somos.

Sendo assim, é essencial que o hospital/clínica/unidade trace um plano de comunicação organizacional, avaliando seus fluxos internos de comunicação em três perspectivas: administrativa, assistencial e de divulgação (CIRINO, 2019).

O primeiro fluxo refere-se aos processos decisórios, à matriz de responsabilidades e à gestão por processos da unidade. O foco é possibilitar que as pessoas saibam exatamente o que devem fazer, como fazer e por que devem fazer. Se essa consciência coletiva é gerada, as atividades administrativas

e de apoio farão sentido dentro da cadeia de valor da instituição, e poderá haver maior chance de obtenção de resultados e satisfação dos pacientes-clientes.

O segundo fluxo é o assistencial. É sobre esse que a meta da segurança do paciente acaba tratando de forma mais direta, ao declarar a necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, embora não seja somente sobre os profissionais terem um diálogo adequado entre eles, mas também com o próprio paciente-cliente e sua família/acompanhante/cuidador, possibilitando que a equipe multidisciplinar conduza uma comunicação efetiva entre todas as pessoas envolvidas no processo do cuidar, como detalhamos anteriormente.

Para também procedermos a uma melhoria na comunicação instituição-pessoas, temos o fluxo de divulgação – nesse caso, a interna. Para tanto, são estruturados meios de comunicação que consigam alcançar cada um dos públicos internos e mistos nos momentos que precisam receber as informações, ou mesmo quando querem interagir com a unidade. Alguns meios são mais comuns nas instituições de saúde, como intranet, mural, TV *indoor*, rádio corporativa, painéis/*banners*, *displays* de mesa em locais de convivência e outras formas consideradas como mídias alternativas para tornar a informação mais sutil na jornada do paciente.

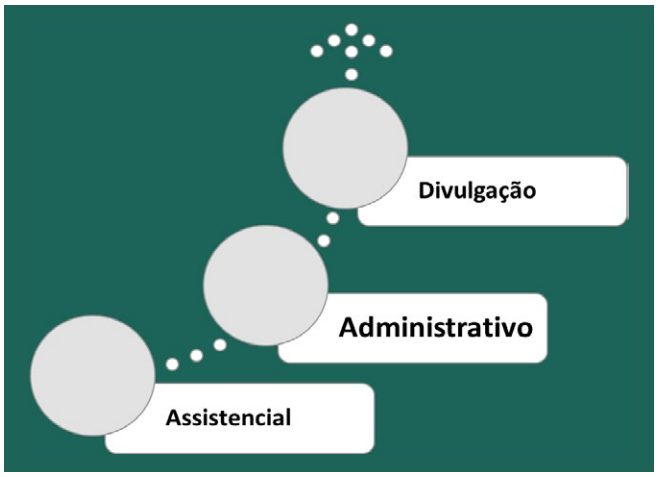


Figura 3 – Fluxos de comunicação

Fonte: elaboração do autor.

Para cada um desses fluxos comunicacionais, é essencial traçar, de maneira a atender aos requisitos de qualidade e às necessidades de promulgação da cultura da segurança do paciente, formas de priorizar esses temas em suas práticas. Os fluxos assistenciais e administrativos devem, então, ser gerenciados com métricas específicas (CIRINO, 2019), para melhorarmos seus processos alicerçados, assim como o fluxo de divulgação, que tem o papel de disseminar a cultura e reforçar as boas práticas, fortalecendo o engajamento das equipes.

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Quando compreendido que a comunicação organizacional está bem estruturada, podemos avançar para levar informações e abrir processos comunicativos com o público externo. É importante ressaltar que, em algumas instituições, será necessário atuar em todas as frentes, simultaneamente, para a melhoria ágil da comunicação; contudo, em cenários ideais, cada etapa deve ser estruturada na

sequência, para que, ao término dessa implantação, possamos caminhar com as três perspectivas funcionando de forma efetiva.

A comunicação institucional é a terceira grande perspectiva da comunicação em uma unidade de saúde. É aqui que desenvolvemos formas de alcançar os públicos externos, seja para a promoção da educação em saúde, seja para divulgar as informações referentes à instituição, como parte da transparência à sociedade e aos órgãos competentes, e, por fim, para que tenhamos vínculo com estes públicos, facilitando, assim, os dois objetivos inicialmente citados neste capítulo, de orientação e transparência. Assim como o fluxo de divulgação interna, também acionamos o gerenciamento deste fluxo para a comunicação externa, visando à correta exposição da unidade.

Paim (2009) explica que a saúde é composta pelos serviços de saúde, que são os próprios hospitais e as clínicas, e pelos sistemas de saúde, que são as universidades, as empresas e a imprensa, como alguns exemplos. A partir disso, Tuzzo e Cirino (2016) defendem que a mídia é um agente social da saúde, pois, para que tenhamos uma potencialização da divulgação dos temas de educação, é crucial que sejam difundidos pelos veículos de comunicação tradicionais, como TV, rádio, jornais, revistas etc., e também pelas ditas novas mídias, *websites* e redes sociais especializadas em conteúdos noticiosos, que contribuem para a constituição de sentidos da saúde (LERNER; SACRAMENTO, 2014). Por isso, a unidade de saúde deve se estruturar para gerenciar o relacionamento com a imprensa, pautando os temas de relevância para a própria instituição e para a sociedade. Para que isso seja viável, a preparação do porta-voz da empresa é crucial, por ser a pessoa permitida para pronunciar-se em nome desta, geralmente o CEO, o superintendente ou o diretor-geral. Aqui, cabe ressaltar a importância de associar essa prática ao estudo voltado à cultura justa e ao *disclosure* na unidade, para que as práticas desta unidade, voltadas à segurança do paciente, sejam compreendidas pela sociedade e pela imprensa, reverberando em uma maior assertividade durante a implantação e a implementação dessas práticas.

Outra forma de comunicação com os públicos externos é o investimento em publicidade e propaganda, usando com sabedoria e considerando as legislações e as resoluções pertinentes à área da saúde. Esse investimento é justificável em temáticas que não teriam a relevância esperada para a imprensa, ou seja, que não seriam obtidas divulgações espontâneas. Sendo temas importantes de serem disseminados, a divulgação que é necessária para se chegar ao público específico do evento talvez não seja alcançada diretamente por meios de comunicação habituais, por isso o investimento em ações pontuais de publicidade e propaganda pode ajudar a alcançar esses grupos de pessoas.

Por fim, a unidade de saúde deve gerenciar seus próprios meios de comunicação, como a manutenção de um portal na *web*, redes sociais digitais, revista impressa e/ou digital e aplicativos móveis, a depender do perfil da instituição e dos objetivos que foram traçados para o público externo. Nesses, recomendamos a recorrente presença de temas da qualidade e segurança do paciente, possibilitando o reforço do propósito institucional.

COMUNICANDO A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

"A comunicação é essencial para cuidar de pessoas e alcançar bons resultados" (CIRINO, 2018, p. 21). A partir do exposto, consideramos essencial que as instituições de saúde priorizem a gestão da comunicação, visto que, ao trabalhar corretamente suas três perspectivas principais (comunicação estratégica; organizacional; e institucional), a comunicação contribui para alcançar os objetivos traçados no planejamento estratégico. Por fim, reforçamos que as práticas comunicacionais, no âmbito da saúde, têm por finalidade a promoção de relacionamento e a gestão das expectativas dos públicos envolvidos com a instituição. Uma postura comunicacional proativa oportunizará melhores resultados frente à gestão da unidade, proporcionando, ainda, o estabelecimento de uma cultura da qualidade e segurança do paciente sólida e perene.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CIRINO, J. A. F. **Gestão da comunicação hospitalar**. Curitiba: Appris, 2018.

_____. Comunicação. *In:* PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: www.fbh.com.br. Acesso em: 20 jul. 2019.

LERNER, K.; SACRAMENTO, I. **Saúde e jornalismo**: interfaces contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: ONA, 2018.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

TEMER, A. C. R. P.; NERY, V. C. A. **Para entender as teorias da comunicação**. Uberlândia: Edufu, 2009.

TUZZO, S. A.; CIRINO, J. A. F. Saúde nas notícias das eleições de Goiás em 2014: mídia, agente social de saúde. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, p. 1-16, 2016. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1132/pdf1132. Acesso em: 7 mar. 2019.

GALERIA

Inauguração da nova sede, com participação do CEO da ISQua, Peter Lachman, e de membros do Conselho de Administração e da Diretoria da ONA
Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Recepção nova sede ONA
Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Linha do tempo na nova sede ONA

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Auditório 3° SISPAS 2018

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

6° Encontro de Avaliadores 2020

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Área de exposição 3° SISPAS 2018

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

3° SISPAS 2018

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Comemoração de 20 anos da ONA realizada no estande durante Feira Hospitalar 2019

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Dr. Cláudio Allgayer autografa livro ONA 20 anos durante Feira Hospitalar 2019
Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Homenagem à atuação da ONA pela Hospitalar
Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Waleska Santos, presidente e fundadora da Hospitalar, entrega placa de homenagem à ONA (lado esquerdo: Peter Lachman, CEO da ISQua; lado direito: Dr. Cláudio José Allgayer, presidente da ONA)

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

Palestra realizada no estande da ONA na Feira Hospitalar 2019

Crédito: Estúdio Fotográfico Alex Brambilla.

ONA 20 ANOS
Organização Nacional de Acreditação

A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no Setor Saúde. Para ser acreditada, a organização precisa, comprovadamente, atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente.

Entidades fundadoras:

abramge
CNSaúde CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
FenaSaúde Federação Nacional de Saúde Suplementar
FBH FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Entidades associadas:

CMB CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS
SBAC Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Unimed

Patrocinadores:

SICOOB CREDICOM
BD
ORBIS ENGENHARIA CLÍNICA

ISBN: 978-65-993547-0-0
9 786599 354700