

PAINEL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**EBOOK SOBRE
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR
COM METODOLOGIA ONA**



acredita

Conheça. Acredite. Transforme.

REALIZAÇÃO



PARCEIROS
OFICIAIS DO
PROJETO



Objetivo

O estudo aprovado pelo Comitê de ética na UNIRIO, número do parecer 6.996.426, busca sensibilizar profissionais e gestores da área da saúde que desejem conhecer a importância de implantar um programa de certificação na instituição.

Programa

Módulo I: O que é Qualidade na Saúde

Módulo II: Benefícios da Acreditação

Módulo III: Gestão de Riscos e Segurança do Paciente

Módulo IV: Gestão por processos e Resultados

Módulo V: Ferramentas da Qualidade

Módulo VI: Preparando a liderança para atuar em mudanças

Módulo VII: Experiência do Paciente



Entidades
responsáveis
pelo projeto



Fundada em 2001, a SOLARES – Ação Social e Cidadania, promove iniciativas que visam à inclusão social como Missão Institucional.



A Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) é uma fundação instituída pelo Poder Público, vinculada ao Ministério da Educação, e integra o Sistema Federal de Ensino Superior.



A qualidade no atendimento hospitalar é crucial para a entrega de valor ao paciente. A metodologia ONA, através de seus três níveis de certificação — Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência — promove a segurança do paciente e melhores práticas de gestão, resultando em melhoria contínua e otimização de custos.

De acordo com a Portaria 529 de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, as seis metas mínimas de segurança incluem: Identificação segura, Comunicação efetiva, Medicamentos de alta vigilância, Cirurgia segura, Redução do risco de infecções e Redução de danos por lesões por pressão e quedas.

Uma organização focada em resultados precisa ser transparente e motivar a equipe para alcançar as metas estabelecidas, aumentando assim a produtividade. A cultura de melhoria contínua, apoiada por ferramentas de qualidade, melhora a eficiência e reduz desperdícios e custos.

Para colocar o paciente no centro do cuidado, é necessária uma cultura organizacional que comece pela alta liderança e se torne parte da estratégia institucional. Acompanhamentos periódicos garantem a constância de propósito.

Participe desta capacitação de 30 horas sobre acreditação hospitalar com metodologia ONA e obtenha seu certificado de conclusão, preparando-se para alcançar a excelência em gestão e segurança no atendimento ao paciente.



Conheça
os autores

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Denise
Monteiro**

Coordenadora
do projeto



Conheça. Acredite. Transforme.

BIO:

Executiva Sênior com mais de 20 anos na gestão de Serviços de Saúde, especialista em Gestão de Saúde e Gestão Integrada da Qualidade. Tem experiência em hospitais, clínicas, ambulatórios e laboratórios, além de expertise em Gestão de Projetos, Qualidade, Processos, Suprimentos, e Governança Corporativa. Atua na aquisição de novos negócios e negocia com órgãos públicos para aprovação e financiamento de serviços hospitalares. Participou da conquista dos selos ONA níveis 1 e 2. Coordena ações em ambulatórios e hospitais acadêmicos, faz gestão financeira e de pessoas, e coordena projetos de saúde pública e credenciamento de serviços com SUS e operadoras de saúde.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Maytha
Miguel**

Supervisora
do projeto



Conheça. Acredite. Transforme.

BIO:

Graduada em Psicologia pela Universidade de Uberaba em 2007, possui pós graduação em Gestão Estratégica de Pessoas pela FCETM, MBA em Gestão de Saúde pela UNIUBE e MBA em Liderança, Inovação e Gestão 4.0 pela PUC- RS. Sólida experiência com processos de Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Treinamento de Liderança, Integração, Indicadores táticos e estratégicos, Planejamento Estratégico, Pesquisa de Clima Organizacional, Avaliação Psicológica, Avaliação de Desenvolvimento Profissional com PDI, Processo de Feedback.

Na área de saúde possui atuação direta há 10 anos com domínio de processos de Qualidade e acreditação ONA assim como gerenciamento de desenvolvimento de equipes e planejamento estratégico com foco nos indicadores.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Diego
Melo**

Especialista
em Acreditação



Conheça. Acredite. Transforme.

BIO:

PRINCIPAIS FORMAÇÕES:

- Técnico em Análises clínicas
- Graduado em Enfermagem
- Pós-graduação em Gestão ambiental
- Pós-graduação em Administração hospitalar
- Pós-Graduação em Auditoria em sistemas de saúde
- MBA em Gestão de projetos
- MBA em Soft Skills
- Formação em Consultoria e Avaliador ONA

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Avaliador ONA – IQG
- Avaliador ISO 9001:2015
- Gerente de Enfermagem
- Docente de Pós-Graduação
- Experiência profissional em Gestão de:
- Hospitais SUS
- Hospitais Convênio / Particular
- Hospitais Filantrópicos e de Ensino
- Ambulatórios e Pronto Atendimento

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Ana
Gargalac**
Coordenadora
pedagógica



BIO:

- Administradora, pós graduada em Gestão Empresarial e MBA Gestão Hospitalar.
- Gestora e consultora, possui sólida experiência em implantação e manutenção de metodologias de acreditação nacional e internacional, planejamento estratégico e demais ferramentas de gestão em saúde.
- Atua como docente em cursos de pós graduação e MBA na área de gestão hospitalar.
- Atua como tutora no projeto Acredita Rio, alavancado pela UNIRIO em parceria grupo Solares Ação Social e Cidadania.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Marcelo
Dreher**

Marketing, Design
e Comunicação



acredita

Conheça. Acredite. Transforme.

BIO:

Profissional de marketing e branding com mais de 16 anos de experiência, especializado em projetos e equipes multidisciplinares. Sua carreira abrange estratégia, criação, branding experience e inteligência de mercado. Atualmente, cursa pós-graduação em Gestão de Produtos pela BBI of Chicago e MBA pela PUC-RS. Tem expertise em empresas de grande porte, especialmente em Customer Experience e Tecnologia para o mercado B2B. Com formação em Design Gráfico, com habilidades em Wordpress e Adobe, e implementa novas tecnologias para crescimento dos negócios. Como estrategista, realiza análises de concorrência, comportamento do consumidor, CRM e tecnologias emergentes e cria estratégias de conteúdo digital. Lidera marketing e endomarketing em todos os canais e direciona Comitês de Diversidade, Equidade e Inclusão (DEI). Suas competências incluem estratégia digital, branding, SEO, e gestão de marketing B2B.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Gladys
Lopes**
Tutora

BIO:

Pós graduada em Reabilitação Músculo Esquelética, graduada em Fisioterapia, ambas, pela universidade nove de julho, Pós graduada em Administração de Empresas pela universidade são judas, Especialista em Modelagem e Estatística de Dados pela FGV SP, Graduada em Matemática pela universidade São Judas SP. Possui longa experiência na gestão bancária e orientação de investimentos. Como fisioterapeuta, atuo na PREVENÇÃO E reabilitação DA SAUDE e bem estar físico.



Conheça. Acredite. Transforme.



**Conheça
os autores e
profissionais
convidados**

#EUACREDITO

LINKEDIN



Conceição Monteiro

Autora convidada



Conheça. Acredite. Transforme.

BIO:

Diretora da Accessible Consultoria oferece serviços para projetos sociais de inclusão, especialmente para pessoas com deficiência. É assistente social formada pela PUC-SP, com especializações em gestão de pessoas (FAAP), gestão estratégica de organizações sem fins lucrativos (FGV) e administração hospitalar (São Camilo). Possui certificações internacionais em gerenciamento de projetos sociais (PMDpro e PM4R) e em gestão de projetos ágeis e avaliação de impacto (Umanitar Academy). Tem formação em facilitação de processos sociais (Instituto Fonte) e acessibilidade para edificações (ABNT/9050). Com 30 anos de experiência, trabalhou na AVAPE, implementando a Certificação ISO 9000 e atuando como auditora interna. Também foi facilitadora e supervisora de um programa do BID, avaliando ONGs e treinando profissionais em todo o Brasil.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Viviane
Souza**

Autora convidada

BIO:

É psicóloga clínica hospitalar , com quatro anos de experiência em unidades de terapia intensiva. Graduada em Psicologia pela Universidade FMU, possui especialização em Psicologia Clínica e Hospitalar pelo Instituto do Coração (InCor - HCFMUSP) e formação em Cuidados Paliativos. Atualmente, está a concluir uma especialização em Neuropsicologia.

Seu trabalho é focado na relação entre paciente, família e equipe, proporcionando suporte fundamental para pacientes em estados críticos de saúde, tanto em cuidados intensivos quanto paliativos. Sua prática inclui intervenções em crises, apoio durante o luto e adaptação a condições crônicas.



Conheça. Acredite. Transforme.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Ednilson
Sacramento**
Autor convidado



Conheça. Acredite. Transforme.

BIO:

Jornalista e Bacharel em Humanidades pela UFBA. Graduando em Produção em Comunicação e Cultura na Faculdade de Comunicação da UFBA, Consultor em audiodescrição com experiência em cinema, museus, teatro e outras linguagens. É membro dos coletivos Rede Brasil de Turismo Acessível, INDESC Acessibilidade, Quilombo PcD, Consultores em AD Brasil, Fórum Baiano de Pessoas Cegas e com Baixa visão e Pesquisador do #AcesseJOR: protocolo de inovação social para o jornalismo digital da Universidade Federal da Bahia. Atualmente é professor-autor em universidade voltada a temática do Turismo Acessível, consultor em tecnologias assistivas SOLARES/UNIRIO e produtor de conteúdos digitais sobre cultura e acessibilidade.

#EUACREDITO

LINKEDIN



**Juliana
Rizoli**
Revisora

BIO:

Graduada em Direito pela Faculdade Metropolitanas Unidas (FMU) em São Paulo. Pós-graduada em Direito Tributário e Direito Processual Civil pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. LLM pelo CEU Law School. Atua com foco na prestação de uma assessoria jurídica humanizada para os diversos tipos de empresas, entidades e pessoas físicas seja na área contratual, consultivo e contencioso estratégico cível e tributário. Bons conhecimentos em compliance e LGPD. Participa de projetos voltados para a acessibilidade e inclusão.



Módulo um

#EUACREDITO



**Ana
Gargalac**
Coordenadora
pedagógica



Conheça. Acredite. Transforme.

PALAVRA DA AUTORA:

Está na hora de ACREDITAR: No Módulo I, iremos mergulhar no conceito de qualidade na saúde, explorando o que significa fornecer serviços de saúde de alta qualidade, eficazes e seguros para os pacientes. Entenderemos como a qualidade na saúde não se limita apenas à ausência de erros, mas também envolve aspectos como acessibilidade, eficiência e satisfação do paciente. Sejam bem-vindos e que tenham um excelente aproveitamento.

CONCEITUAÇÃO E HISTÓRICO DA QUALIDADE



Qualidade Geral

Qualidade nos remete a algo subjetivo, uma vez que pode estar relacionada com as percepções, necessidades e resultados de cada indivíduo. Aspectos culturais, necessidades, histórico pessoal e até mesmo relacionados ao momento em que a pessoa está vivenciando tornam-se influenciadores direto das suas expectativas que, por sua vez, estão relacionadas a questões de custo e valor agregado. A história da qualidade geral mostra vários “gurus”, se podemos chamar assim, ou estudiosos através dos tempos, que trabalharam em prol da qualidade e influenciaram com seus conceitos.

Quando pensamos nas origens da qualidade, devemos nos remeter a era dos grandes pensadores e filósofos, que já falavam sobre a preocupação com a excelência, com a qualidade. *“Nós somos o que repetidamente fazemos. A excelência, então, não é um ato, mas um hábito”* Will Durant, 1926, descreve a frase para resumir o pensamento de Aristóteles a respeito de Excelência (RAMOS, 2018, online)

É comum pensarmos e falarmos de excelência como algo distante, uma meta a ser alcançada. Mas se pensarmos nas atividades pequenas que executamos diariamente, vamos descobrir que é em cada uma delas que mora a excelência. Se nos propusermos a fazer da melhor forma possível todas as nossas atividades, daremos a nossa contribuição. Aristóteles já falava que a excelência mora no mundo terreno e deveria ser o mais constante dos processos (Ramos, 2018). A qualidade teve sua origem junto aos artesãos, no século XVIII, na produção de peças de alto nível. Nesse momento começou-se a atribuir valores diferenciados em produtos diferenciados (qualidade x custo).

A Revolução Industrial trouxe a padronização e a uniformidade dos produtos, para atendimento de produções maiores (produção em massa). Adaptações foram necessárias para alinhamento desse novo conceito de produção dando então abertura a novas formas de abordagens, como a inspeção da qualidade, importante fase na história da qualidade, contudo as inspeções eram realizadas em produtos já acabados, de forma a eliminar os que apresentavam defeitos. Mais à frente, após melhorias nos conceitos, surge a era do controle estatístico, técnica de inspeção dos produtos, realizada por amostragem.

A década de 50 trouxe uma revolução, visto que a qualidade passou a ser considerada uma atividade gerencial, devendo ser obrigação de todos, da alta liderança aos colaboradores da base. A partir daí entende-se a qualidade como uma filosofia, uma vez que precisa ser constantemente aplicada e desenvolvida dentro das organizações. Nesse momento remetemo-nos às teorias dos filósofos (Mitoso, 2022).

Gurus da qualidade

Alguns estudiosos e algumas de
suas contribuições:

Gurus da qualidade

Walter Shewhart

Criou o ciclo PDCA,
importante na melhoria
contínua das instituições.



Gurus da qualidade

Armand Feingenbaum

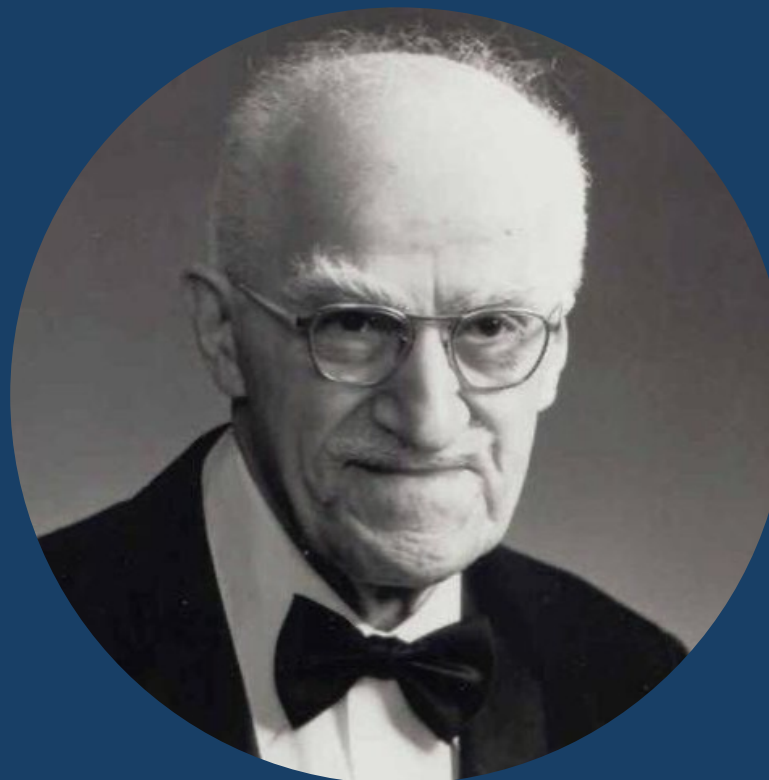
Desenvolveu o conceito do controle total da qualidade (Total Quality Control – TQC). Defendia que a qualidade era responsabilidade de todas as áreas, processos e níveis de uma organização, não apenas de um setor (que mantivesse a expertise).



Gurus da qualidade

Joseph Juran

Além de ser o criador do princípio de Pareto, ao longo da sua carreira, tentou mudar a visão fabril tradicional para uma visão voltada para a qualidade, no sentido de atender as especificações. Juran acreditava que qualidade e gestão andavam junto. Defendeu a opinião de que a cultura da qualidade deve iniciar pela alta liderança e ainda que trabalhar na prevenção de erros e defeitos é o melhor caminho, pontos que até hoje influenciam profissionais ao redor do mundo.



Gurus da qualidade

Kaoru Ishikawa

Além do Diagrama de causa e efeito ou Espinha de Peixe, contribuiu com outras ferramentas da qualidade grandemente utilizadas até os dias atuais.



Gurus da qualidade

Philip Crosby

Defendeu que a Gestão da Qualidade deve ser idealizada desde a Alta Direção, pois são os principais responsáveis pela cultura organizacional.



Gurus da qualidade

William Deming

Considerado o pai da qualidade total, foi o responsável pela mudança da visão e das práticas da indústria japonesa, a qual passou a liderar vários mercados, mundialmente falando.



Ao longo de sua carreira, Deming foi um defensor apaixonado da ideia de que a qualidade não é apenas uma questão de conformidade com padrões, mas sim uma filosofia que permeia toda a organização, desde a alta administração até os trabalhadores da linha de frente. Sua abordagem humanística para a gestão e sua crença no potencial das pessoas para melhorar continuamente os processos e produtos de uma empresa deixaram um legado duradouro que continua a inspirar líderes e profissionais em todo o mundo (SILVA, 2019, online).

Qualidade Na Saúde

Falando em qualidade na saúde, também temos um histórico a ser considerado ao longo dos anos, sendo construída passo a passo. Tudo começa quando Dr Ignaz Semmelweis e, mais adiante, Florence Nightingale (a dama da lâmpada e precursora da mãe da enfermagem) falam da importância de procedimentos antissépticos (Lolato; Cruz, 2019).

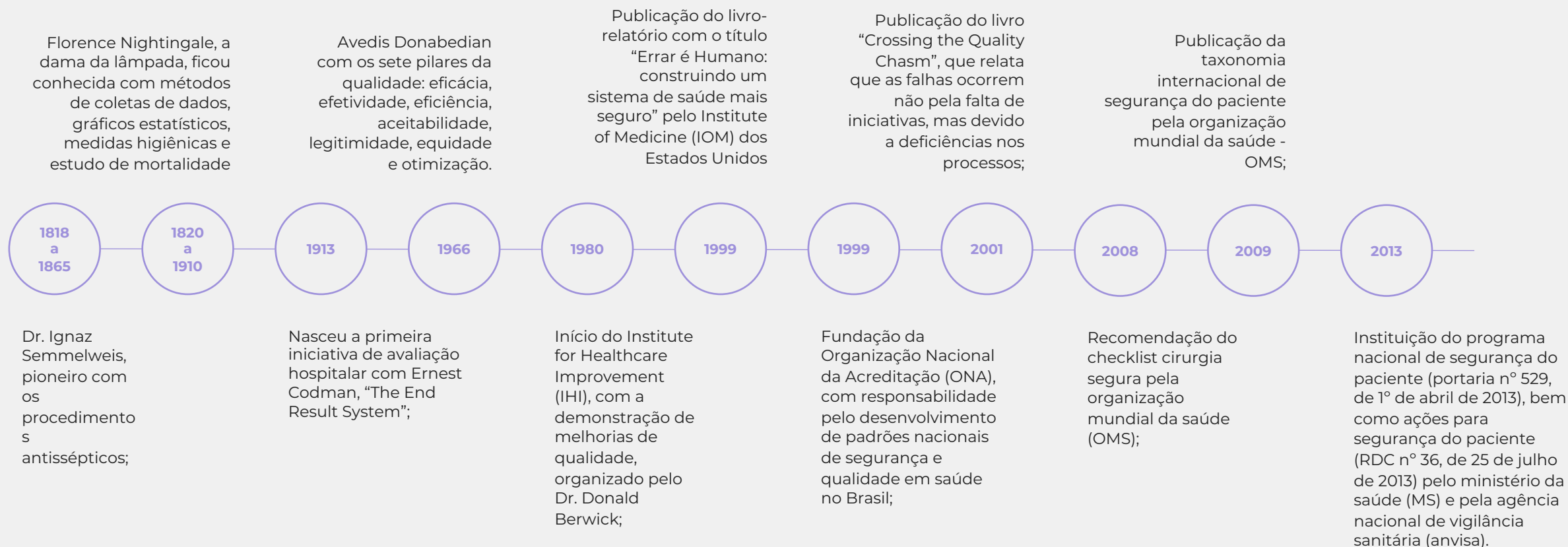
Anos depois temos as iniciativas do Colégio Americano de Cirurgiões em estabelecer um programa de padronização hospitalar.

Um programa com requisitos mínimos estabelecidos para que qualidade possa ser de certa forma, avaliada. Aqui voltamos às máximas filosóficas em que a perfeição deve ser um hábito, ou seja, devemos fazer da melhor forma possível, todas as nossas atividades, contudo muitas vezes o conceito de melhor pode ter variações entre as pessoas e entre as organizações, portanto é necessário, no mundo corporativo, a criação de padrões ou requisitos. Surge então, Dr. Donabedian, “guru” da qualidade em saúde, contribuindo, com seus estudos, para o avanço da qualidade no seguimento (Lolato; Cruz, 2019).

A partir daí foram surgindo vários movimentos de padronização de requisitos com foco nesse tema.

Histórico da qualidade em saúde (Lolato; Cruz, 2019)

Na área da saúde, a história de gestão da qualidade e segurança também foi construída ao longo dos anos.



A Organização Nacional de Acreditação

Na década de 70/80 foram realizados os primeiros movimentos para formação de padrões de qualidade no Brasil e, em 1989 inicia-se o processo de qualidade hospitalar na América Latina com apoio da OMS.

Em agosto de 1999 nasce a Organização Nacional de Acreditação com implantação inicialmente, das Normas Técnicas.

A ONA é uma organização privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde (ONA, 2010 apud Lima, [s.d.], 11).

O Ministério da Saúde, através da Portaria 538, reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a desenvolver o processo de Acreditação Hospitalar e de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde no Brasil.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a desenvolver a operacionalizar o desenvolvimento do processo da Acreditação (Lima, [s.d.]).

Na época da formação dos padrões brasileiros, o Brasil estava em um cenário em que melhorias na saúde eram necessárias, por isso a importância em se formar a ONA, justamente para provocar e alavancar essa mudança de cultura. Desde sua implantação até o momento atual, o Brasil enfrenta alguns desafios para essa mudança, tão necessária: complexidade da saúde no Brasil, comprometimento e vontade por parte dos gestores de saúde em implantar mudanças significativas (Lima, [s.d.]).

Paralelo a toda essa mudança, a Organização Mundial da Saúde, em meados dos anos 2000 inicia um grande movimento em prol da Segurança do Paciente, lançando, em 2004 o Programa Mundial de Segurança do Paciente (adotado pelo Brasil em 2013, foco de estudo em módulo específico desse programa: Gestão de riscos e segurança do Paciente).

O propósito para desenvolver a cultura da qualidade nas organizações de saúde dentre tantas melhorias está em: desenvolver uma política de segurança do paciente; realizar melhoria no desempenho de forma continuada, promover a cooperação interna entre processos. Portanto podemos dizer que a qualidade em saúde é melhorar a segurança do paciente e a eficácia corporativa ou, melhor falando, a gestão (Lolato; Cruz, 2019).

Para falar de qualidade, é preciso conseguir e manter uma cultura a qual está preocupada em si com o ato de alcançar a qualidade, através de cultura e comportamento (Madureira, [s.d.]).

TRILOGIA E DIMENSÕES DA QUALIDADE



A qualidade na saúde sofre até hoje influência dos estudiosos, mencionados no primeiro capítulo deste módulo. Especificamente quando falamos em qualidade na saúde também temos um “pai”, que se dedicou a estudar o tema a fundo e nos trouxe grande aprendizado, até os dias atuais. Trata-se de Avedis Donabedian.

Considerado o pai da Qualidade no setor da Saúde, o médico libanês Avedis Donabedian (1919-2000) realizou estudos que tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de gestão nas áreas da medicina e alguns de seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar.

Uma das maiores contribuições de Donabedian está presente nos livros “Explorations in quality assessment and monitoring” (Em tradução livre, “Pesquisas em avaliação e monitoramento da qualidade”) em que o autor descreve o que chamou de 7 pilares da qualidade na área da Saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Ramos, 2017).

Abaixo, os sete pilares da qualidade, de acordo com Avedis Donabedian (Ramos, 2017; Lolato; Cruz, 2019):

EFICÁCIA

Resultado do cuidado obtido na melhor situação possível;

EFETIVIDADE

Cuidado obtido na situação real;

EQUIDADE (SATISFAÇÃO DO USUÁRIO)

EFICIÊNCIA

Inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

O que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios

ACESSIBILIDADE

Quanto o cuidado se adapta aos desejos, às expectativas e aos valores dos pacientes;

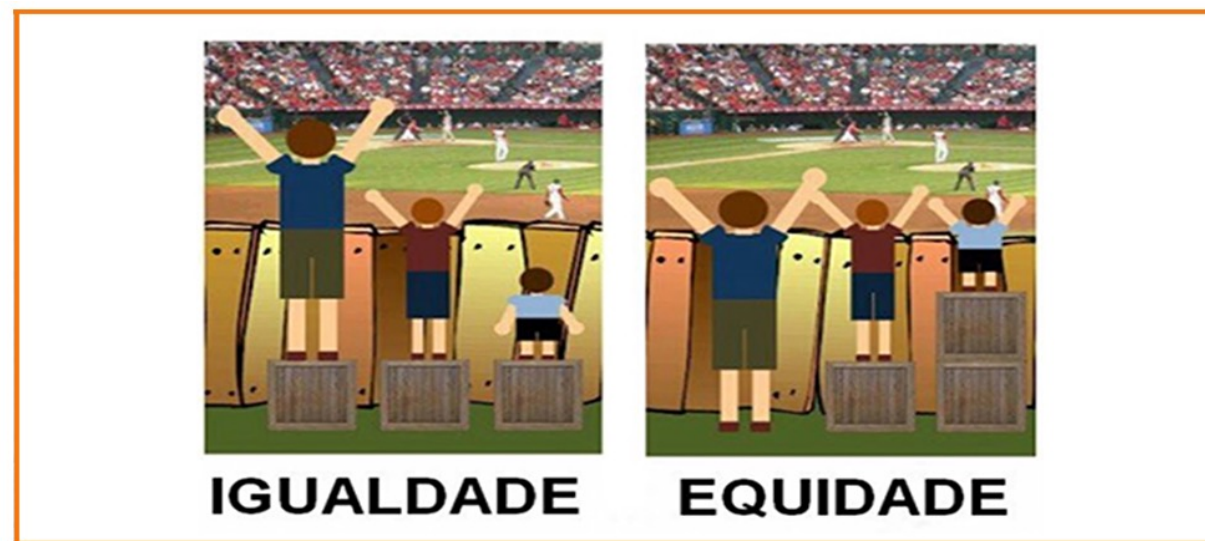
LEGITIMIDADE

Aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou da comunidade;

OTIMIZAÇÃO

Cuidado relativo quanto ao custo do ponto de vista do paciente;

Figura 1:
diferença entre
igualdade e
equidade



Fonte: <http://intra.serpro.gov.br/tema/artigos-opinioes/quem-precisa-de-equidade>

A promoção da equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024, online).

Como estudioso da qualidade e entendendo as diferenças relacionadas à saúde, Donabedian defendia que a avaliação a qualidade em saúde deveria seguir uma lógica sequencial, baseada nos componentes: estrutura, processo e resultado.

Estrutura: refere-se ao cenário onde os cuidados são fornecidos com recursos físicos e organizacionais (instalações, equipamentos, pessoas)

Processo: atividades realizadas para fornecer cuidados de saúde, a assistência propriamente dita, como: diagnóstico, tratamento, educação do paciente.

Resultado: desfechos relacionados aos cuidados prestados em pacientes ou populações, observando inclusive recuperação, qualidade de vida, satisfação (UFSC, [s.d.]).

Trilogia, também chamada de tríade de Donabedian sustenta os 3 componentes: estrutura, processo e resultado, que devem ter uma relação entre eles para então se gerar resultado e chegar à excelência. Esse modelo é sustentado até hoje nos programas de certificação (UFSC, [s.d.]).

FUNDAMENTOS DA GESTÃO



Os fundamentos de gestão, ou fundamentos de excelência, como eram chamados, foram frutos de amplo estudo nos Estados Unidos, no pós-guerra. Ao estudarem a fundo empresas consideradas como referenciais de excelência em nível internacional, notaram que esses fundamentos, ou essas práticas eram praticamente comuns entre elas. Refletem valores reconhecidos internacionais pelo Baldrige National Quality Program e European Foundation for Quality Management e International Organization for Standardization, foram trazidos para o Brasil com a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), cujo objetivo era agregar qualidade aos produtos brasileiros e abrir os mercados junto às comunidades internacionais na época do governo Collor (Bardagi, 2021).

É um passo importante para promover melhorias e alcançar resultados mais satisfatórios na sua empresa. Trata-se de adotar pilares reconhecidos e praticados pelas melhores organizações do mundo (Bardagi, 2021).

Estes oito fundamentos precisam também ser levados em conta na gestão da qualidade em saúde, uma vez que, lembrando, qualidade em saúde refere-se à segurança do paciente e eficácia corporativa, a saber:

- ✓ Pensamento sistêmico
- ✓ Aprendizado organizacional e inovação
- ✓ Liderança transformadora
- ✓ Compromisso com as partes interessadas
- ✓ Adaptabilidade
- ✓ Desenvolvimento sustentável
- ✓ Orientação por processos
- ✓ Gestão de valores (Lolato; Cruz, 2019).

TRIPLE AIM



Entendendo a qualidade em saúde, além de segurança do paciente, onde teremos um módulo específico, como excelência na gestão, não podemos deixar de falar um pouco sobre esse tema tão importante que é o TRIPLE AIM, ou metas triplas.

Pois bem, o conceito Triple Aim foi criado pelo IHI (Institute For Healthcare Improvement) e se refere a uma abordagem para melhorar o sistema de saúde. É um tripé, que relaciona conceitos de: saúde da população, melhoria da experiência do paciente e custo per capita, de forma a existir uma influência entre os três pontos. As instituições que conseguem oferecer, de alguma forma, o triple AIM, estão de certa forma oferecendo mais saúde, saúde com mais qualidade, à população.

Essa proposta pode ser entendida em macro ou microssistemas e a aplicabilidade está diretamente associada a questões de qualidade, uma vez que promove a saúde, ao mesmo tempo que oferece satisfação e um menor custo possível. Em geral, as instituições que implantam esse conceito, acabam por ter cuidados mais coordenados, diminuindo seus custos.

O setor de saúde está trabalhando para encontrar o tão desejado equilíbrio entre seus três pilares. O foco deste modelo é guiar os líderes na abordagem de otimização de desempenho no sistema de saúde (Fortuna, 2018).

Microsistemas clínicos são grupos de trabalho que visam fornecer cuidados a um grupo específico de pacientes, podemos citar alguns exemplos como: pacientes inseridos nos protocolos institucionais, como dor torácica, SEPSE, ou mesmo pacientes de Terapia Intensiva, de clínicas cirúrgica, entre outros. A abordagem de trabalho deve ser sempre o foco na pessoa, na qualidade e na segurança oferecida (Health Foundation, 2021 apud Lima, 2021).

A estrutura IHI Triple Aim serve como base para otimizar a saúde de indivíduos e populações, melhorando simultaneamente a experiência de atendimento do paciente (incluindo qualidade e satisfação), melhorando a saúde da população e reduzindo o custo per capita dos cuidados para o benefício das comunidades (IHI, [s.d.]).

Mais à frente, entendeu-se que, para chegar às metas triplas, é necessário também envolver as pessoas, a força de trabalho, com isso uma nova proposição surgiu, denominando-se quadruple AIM ou metas quádruplas, com olhar para o bem-estar das pessoas que trabalham com cuidados em saúde. Um quinto conceito surge para promover a equidade na saúde, determinando então as metas quádruplas. No Brasil já se fala muito em quadruple AIM e, como já comentado, os modelos de acreditação buscam evidências da aplicabilidade através de resultados associados a cada meta.

Figura 2:
Representação do
Triple AIM



Fonte: <https://www.opuspac.com/br/artigos/triple-aim-o-valor-no-cuidado-em-saude/>



Módulo dois

#EUACREDITO



**Diego
Melo**

Especialista
em Acreditação



Conheça. Acredite. Transforme.

PALAVRA DO AUTOR:

Está na hora de ACREDITAR: No Módulo II, abordaremos os benefícios da acreditação para as instituições de saúde. Exploraremos a certificação ONA, relacionado como a qualidade pode não apenas elevar o prestígio da instituição, mas também melhorar os processos internos, aumentar a confiança dos pacientes e promover uma cultura de melhoria contínua. Sejam bem-vindos e que tenham um excelente aproveitamento.

VANTAGENS DA CERTIFICAÇÃO - ONA:



Implantar a Metodologia ONA (Organização Nacional de Acreditação) representa um passo significativo para instituições de saúde que buscam aprimorar seus processos, qualidade e segurança. Nesta introdução, exploraremos as vantagens distintas que a adoção da ONA pode proporcionar às organizações de saúde. A ONA, fundamentada em rigorosos padrões de qualidade e excelência, oferece uma estrutura abrangente para avaliar e aprimorar a prestação de serviços de saúde.

Ao implementar essa metodologia, as instituições podem alcançar uma série de benefícios, incluindo a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente, a otimização dos processos internos, o aumento da satisfação dos colaboradores e a obtenção de reconhecimento nacional e internacional. Neste capítulo abordaremos com mais detalhe essas vantagens e destacaremos como a adoção da Metodologia ONA pode ser um catalisador para a excelência e a confiabilidade no setor de saúde.

Segundo um estudo realizado por OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. Esc Anna Nery. Scielo Brasil. 2016 Jan, onde foram realizadas entrevistas direcionadas a gestores de unidades hospitalares, afim de verificar a percepção destes gestores referente ao processo de implantação de um sistema de qualidade, destacou-se como resultados os seguintes propósitos para alcance de qualidade:

- 1) Desenvolver uma política de segurança do paciente;
- 2) Entender os requisitos para melhoria do desempenho;
- 3) Medir e identificar onde melhorar;
- 4) Identificar e entender, de forma sistemática, suas conformidades e oportunidades de melhoria;
- 5) Promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe. Reforça ainda que:



“O caminho para a qualidade começa na busca pela excelência da liderança. Os melhores líderes, com melhores recursos, podem gerar melhoria na qualidade e nos custos, alcançando a alta performance.”

(Manual do Gestor Hospitalar da Federação Brasileira de Hospitais, de 2019)

1.1 Melhoria da Qualidade Assistencial:

A certificação ONA promove a implementação de boas práticas assistenciais, fundamentadas em evidências científicas e diretrizes internacionais, garantindo um atendimento de alta qualidade aos pacientes. Segundo OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M, 2016 em uma das entrevistas quanto as vantagens do modelo, pode-se observar a melhoria da qualidade assistencial, conforme depoimento abaixo:

“Os depoimentos de GQ1H2 e GQH3 denotam que a Acreditação é um elemento de aporte à segurança do usuário assistido no hospital e, consequentemente, algo que alicerça a qualidade do cuidado como resultado. Isso é importante, pois hodiernamente, a segurança do paciente/usuário tem sido um dos temas mais discutidos na área da saúde no campo prático e científico, inclusive no estabelecimento de metas internacionais, que incluem, entre outros, a prevenção e o gerenciamento de eventos adversos relacionados à assistência¹². OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. 2016)

Podemos encontrar evidências no Manual Para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – OPSS (2022) e FBH (2019), quanto aos alcances da padronização de processos e a adoção de protocolos clínicos que resultam na contribuição para uniformidade e consistência na prestação dos serviços de saúde, resultando em melhores resultados clínicos e satisfação dos pacientes.

1.2 Maior Segurança para Pacientes e Colaboradores:

A adoção de protocolos de segurança do paciente, como identificação correta, prevenção de quedas e higienização das mãos, reduz significativamente o risco de eventos adversos e erros médicos. Ainda sobre o estudo Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade, as entrevistas direcionadas aos gestores hospitalares podem ser evidenciadas conforme abaixo, sendo que os estabelecimentos são referenciados por siglas para garantir a não identificação:

Percebe-se no depoimento de GQH3 que as vantagens advindas da Acreditação, no que diz respeito ao gerenciamento, extrapolam as questões puramente administrativo-burocráticas, pois se estendem ao atendimento das necessidades dos clientes externos que, neste caso, são os usuários. Isso tem relevância porque, nesta peculiar área de prestação de serviços, o "consumidor", o usuário de saúde, é um ser humano que deve receber o "produto", no caso, a assistência de forma digna, humanizada e qualificada.

Tendo isto em pauta, o depoimento anterior converge à segunda subcategoria das vantagens advindas da Acreditação, qual seja: vantagens à qualidade da assistência. (OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. 2016)

Colaboradores treinados e conscientizados sobre a importância da segurança do paciente se tornam parte ativa na prevenção de incidentes, criando um ambiente de trabalho mais seguro e colaborativo.

Reforça o explicitado, um estudo de base populacional, realizado na Dinamarca, o qual evidenciou que a certificação plena de hospitais pela Acreditação - é algo que, à interpretação contextualizada, parece se aproximar do nível de excelência da ONA - que se apresentou como variável de redução de risco para mortalidade, calculada por 30 dias de internação, em pacientes hospitalizados naquele país.

Apesar disso, os autores referem que outros estudos merecem ser desenvolvidos, com o intuito de elucidar mais claramente os benefícios da Acreditação, inclusive no bojo da segurança do paciente. (OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. 2016)

1.3 Aumento da Eficiência Operacional:

O alinhamento aos requisitos da ONA promove a revisão e otimização dos processos internos, eliminando redundâncias, simplificando fluxos de trabalho e reduzindo desperdícios de recursos.

[...] melhorias gerenciais são um produto da Acreditação. Isso é importante porque, tal como em outros sistemas de gestão da qualidade, a Acreditação demanda processos gerenciais bem desenhados, que, aliados à prática do planejamento estratégico, podem contribuir sobremaneira para o sucesso da sua implantação e manutenção no cotidiano organizacional. (OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. 2016)

Uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, materiais e financeiros permite uma melhor utilização dos recursos disponíveis, resultando em uma operação mais enxuta e sustentável.

Apesar de ser um fenômeno multidimensional, tem-se que a qualidade na saúde deve ser definida de acordo com a missão organizacional e o contexto onde cada instituição está inserida, considerando-se a segurança, a efetividade, a atenção centrada no paciente, o acesso, a eficiência e a equidade no processo de atendimento. (OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. 2016)

1.4 Reconhecimento e Credibilidade no Mercado:

A certificação ONA é amplamente reconhecida no mercado de saúde brasileiro como um selo de qualidade e excelência. Instituições certificadas pela ONA desfrutam de maior visibilidade e reputação positiva, o que pode atrair mais pacientes, profissionais qualificados e parcerias estratégicas. (Organização Nacional de Acreditação - ONA. Manual Para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – OPSS, 2021)

1.5 Estímulo à Cultura de Melhoria Contínua:

O processo de certificação ONA não é apenas um evento pontual, mas sim um ciclo contínuo de avaliação e melhoria.

O engajamento de toda a equipe na identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de planos de ação contribui para uma cultura organizacional voltada para a excelência e inovação constante.

Vale salientar que a própria lógica do processo de Acreditação busca impulsionar a organização de saúde a alcançar níveis elevados de qualidade na gestão. Isso, possivelmente, advém, inclusive, da primeira sessão de avaliação, e o Manual Brasileiro de Acreditação propõe a apreciação da gestão e da liderança da organização. A respeito disso, o depoimento de GQ2H2 denota que os recursos humanos da instituição alcançaram parâmetros de qualidade elevados na gestão e com isso, os profissionais que atuavam no hospital Acreditado Pleno passaram a assumir cargos de liderança em outras instituições. (OLIVEIRA, J. L. C. & MATSUDA, L. M. 2016)

Essas e várias outras vantagens, destacam o impacto positivo da certificação ONA não apenas na qualidade dos serviços de saúde, mas também na segurança dos pacientes, eficiência operacional, reputação institucional e cultura organizacional. A busca pela certificação ONA representa um compromisso com a excelência e a melhoria contínua, beneficiando tanto a instituição quanto seus stakeholders (Partes Interessadas).

(ONA 2021, FBH 2019)

NOTA:

Os stakeholders (Partes Interessadas). em um hospital são os grupos ou indivíduos que têm interesse direto ou indireto na instituição e são afetados por suas atividades, decisões e desempenho. Eles desempenham papéis importantes e influenciam o funcionamento e o sucesso do hospital. Aqui estão alguns dos principais stakeholders (Partes Interessadas) em um hospital:



Pacientes



Autoridades Reguladoras



Famíliares dos Pacientes



Comunidade Local



Profissionais de Saúde



Fornecedores e Parceiros



Gestores e Administradores Hospitalares



Seguradoras e Pagadores



Investidores e Acionistas



Entidades de Ensino e Pesquisa

Em um artigo intitulado: Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência, de Vera Lucia Bonato, 2011, é possível compreender uma importante reflexão sobre os benefícios da implantação da metodologia ONA, e busca crescente pela qualidade, segundo a autora, pode se destacar como vantagens e benefícios para a instituição:

“Cria uma cultura aberta ao aprendizado baseado no relato de eventos adversos e preocupações com a segurança; estabelece uma liderança colaboradora, que preconiza prioridades com relação à qualidade e segurança do paciente; permite desenvolver estratégias para redução de riscos e táticas para prevenir eventos adversos; garante acesso à ampla fonte de dados sobre boas práticas; garante o acesso a um informativo internacional editado pela JCI; leva a participação de eventos promovidos pela JCI e seus parceiros em várias regiões do mundo; permite clareza na definição da missão; permite a ampliação da abrangência de setores e serviços (terceiros, próprios, etc.); promove o desenvolvimento de estrutura de gerenciamento de qualidade; permite a integração clínica e gerencial alinhada às estratégias, a implantação de um processo de educação e qualificação profissional, o monitoramento das principais atividades clínicas e gerenciais, com indicadores de desempenho, a implantação de ações e sistemas de garantia de segurança dos processos assistenciais; permite a otimização e racionalização dos processos.” (BONATO, 2011)

A seguir traremos a referência a um trabalho científico que realizou um compilado de estudos científicos relevantes de impacto para a qualidade:

- Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Bruna Figueiredo Manzo; Brito, Maria José Menezes; Corrêa, Allana dos Reis. Revista da Escola de Enfermagem USP; 46(2): 388- 394, abr. 2012.
- As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. Bruna Figueiredo Manzo, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Maria José Menezes Brito, Marília Alves, Felman, L. Bauer . Revista Eletrônica de Enfermagem Global. N° 25 – 2012.
- Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. Vanessa Gomes Maziero, Wilza Carla Spiri. Revista Eletrônica de Enfermagem. jan/mar;15(1):121-9. 2013.
- Acreditação hospitalar: aspectos dificultadores na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado. Bruna Figueiredo Manzo, Maria José Menezes Brito, Allana dos Reis Corrêa. REME – Revista Mineira de Enfermagem; 15(2): 259-266, abr.-jun. 2011.
- Influência comunicação no processo de acreditação hospitalar. Bruna Figueiredo Manzo; Brito, Maria José Menezes, Marília Alves. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília jan-fev; 66(1): 46-51. 2013.
- Percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. Bruna Figueiredo Manzo, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Maria José Menezes Brito, Marília Alves. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 19(4):571-6. 2011.

- A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. Bruna Figueiredo Manzo, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Maria José Menezes Brito, Marília Alves. Revista Latino-Americano Enfermagem; 20(1): 151-158, Jan.- Feb. 2012
- Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospital públicos e privados do município de São Paulo. José Moreno Jr., José Maria Peres, Paola Zucchi. Rev. Adm. Pública; 39(1): 7-16, jan.-fev. 2005.
- A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Suzinara Beatriz Soares de Lima; Alacoque Lorenzini Erdmann. Acta Paulista de Enfermagem; 19(3): 271-278, jul.-ago. 2006.

CENÁRIO DA CERTIFICAÇÃO NO BRASIL:



O cenário atual de busca por processos de certificação no Brasil e no mundo são motivados e alicerçados em alguns objetivos e alcances tratados a seguir:

- Crescimento da preocupação com a qualidade na saúde: Com o aumento da conscientização sobre a importância da qualidade na assistência à saúde, observa-se uma crescente demanda por certificação entre as instituições de saúde no Brasil. (ONA, 2021)
- Aumento do número de instituições em busca da certificação: Nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de instituições de saúde que buscam a certificação ONA como forma de aprimorar seus serviços e demonstrar seu compromisso com a qualidade. (ONA, 2021)
- Impacto positivo na imagem institucional e na competitividade: As instituições certificadas pela ONA têm sua reputação fortalecida no mercado, o que pode resultar em maior atração de pacientes, parceiros e investidores. (ONA, 2021)
- Desafios e oportunidades no contexto atual: Apesar dos benefícios da certificação, as instituições de saúde enfrentam desafios como a adaptação às normas e requisitos da ONA, a alocação de recursos financeiros e humanos para o processo de certificação, além da necessidade de promover uma mudança cultural dentro da organização. (ONA, 2021)



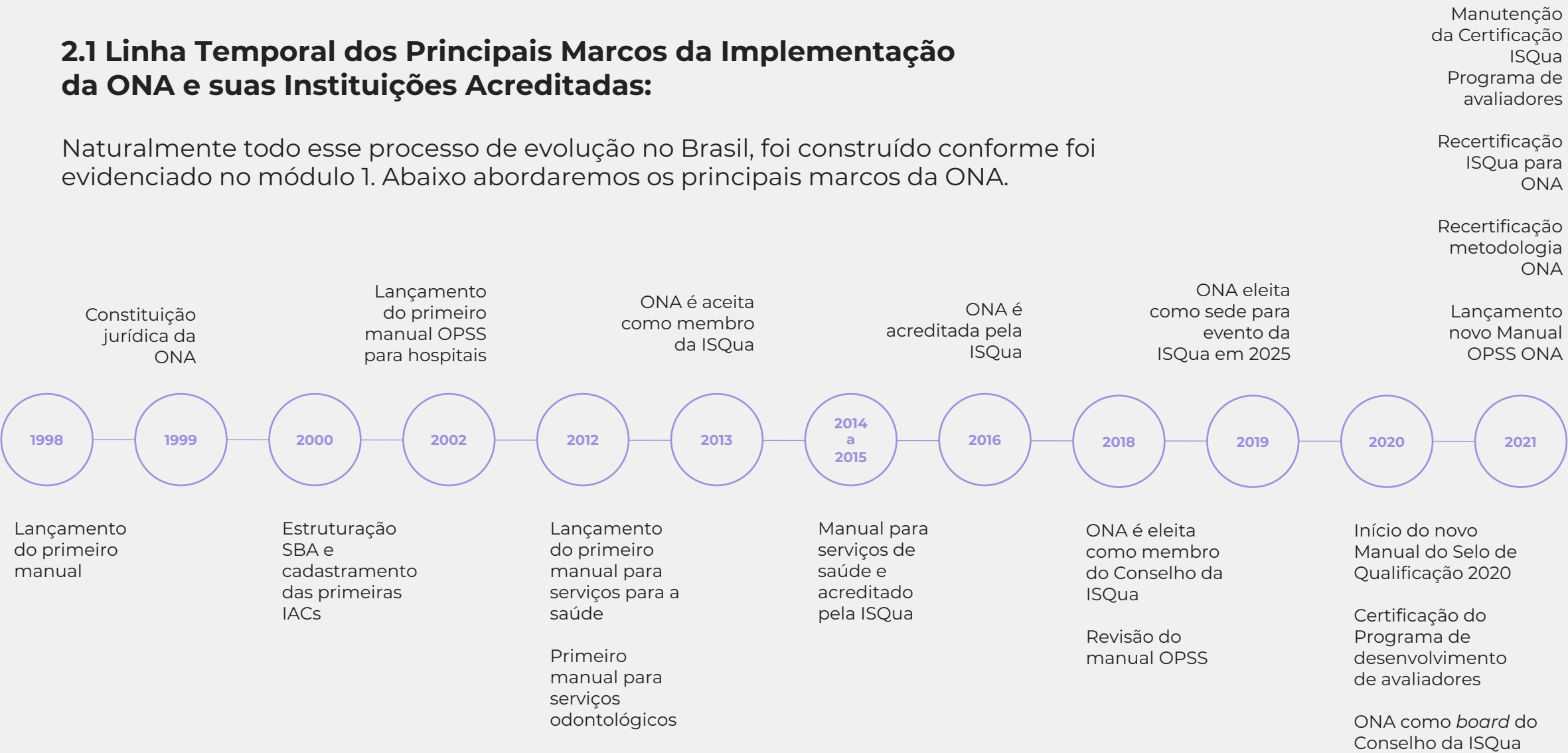
Audiodescrição da imagem: Mapa do Brasil demonstrando a cobertura/ mapa de instituições acreditadas no território nacional em 2024. Fonte: Portal ONA

(ONA, 2024)

Tipo	Total
Total de certificações	1362
Processamento de roupas para saúde	3
Serviço de engenharia clínica para saúde	9
Serviço de higienização para a saúde	8
Serviço de manipulação e atenção farmacêutica para a saúde	13
Serviço de processamento de produtos para a saúde	5
Serviço de processamento de roupa para a saúde	6
Serviço odontológico	6
Serviços ambulatoriais	134
Serviços de atenção domiciliar	25
Serviços de atenção primária à saúde (APS)	186
Serviços de atendimento pré hospitalar e remoção inter hospitalar	10
Serviços de diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear	116
Serviços de dietoterapia para a saúde	4
Serviços de hemoterapia	35
Serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva	17
Serviços de nutrição de produção de clínica para a saúde	3
Serviços de oftalmologia	39
Serviços de pronto atendimento	26
Serviços hospitalares	430
Serviços laboratoriais	204
Serviços oncológicos	83

2.1 Linha Temporal dos Principais Marcos da Implementação da ONA e suas Instituições Acreditadas:

Naturalmente todo esse processo de evolução no Brasil, foi construído conforme foi evidenciado no módulo 1. Abaixo abordaremos os principais marcos da ONA.





Esta linha do tempo destaca os principais marcos da implementação da ONA no Brasil, bem como o desenvolvimento e a expansão de suas instituições acreditadas ao longo das últimas décadas. O compromisso da ONA com a melhoria contínua da qualidade e segurança na prestação de serviços de saúde continua a impulsionar a evolução do sistema de saúde brasileiro.

FUNCIONAMENTO DO MANUAL ONA 2022



O processo de Acreditação em Organizações de Saúde (ONA) é uma iniciativa brasileira que visa avaliar e certificar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos por instituições públicas e privadas. Essa acreditação é baseada em padrões e critérios desenvolvidos pela ONA, uma entidade independente sem fins lucrativos, reconhecida nacional e internacionalmente. (ONA, 2021).

A elegibilidade para o processo de acreditação ONA é aberta a uma ampla gama de organizações de saúde, incluindo hospitais, clínicas, laboratórios, serviços de pronto atendimento, entre outros. Independente do porte ou natureza jurídica da instituição, o processo de acreditação ONA busca promover a excelência na prestação de serviços de saúde, priorizando a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e a gestão eficiente dos recursos. (ONA, 2021).

Para solicitar o processo de acreditação, a instituição interessada deve entrar em contato com a ONA e seguir os procedimentos estabelecidos.

Geralmente, isso envolve a realização de uma pré-avaliação para verificar a conformidade da organização com os padrões e critérios da ONA, seguida por uma avaliação mais abrangente por uma equipe de auditores especializados. Uma vez concluído o processo e atendidos todos os requisitos, a organização pode receber a certificação de acreditação, reconhecendo sua qualidade e comprometimento com a melhoria contínua dos serviços de saúde. (ONA, 2021).

3.1 Explicação sobre os diferentes níveis de certificação:

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) estabelece três níveis de acreditação para instituições de saúde no Brasil: O Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência. Aqui estão os principais pontos de cada um:

Nível 1

A organização de saúde cumpre com os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA.

Certificado válido por dois anos.

Nível 2

A organização de saúde cumpre os principais princípios do nível 1 e dispõe de um sistema de planejamento e organização focado na gestão integrada.

Certificado válido por dois anos.

Nível 3

A organização de saúde atende aos princípios de níveis 1 e 2 e demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Certificado válido por três anos.

3.1.1 Nível 01 - Acreditado

O nível denominado "Acreditado" na ONA é o primeiro nível de certificação. Ele é orientado pelo princípio da segurança, o que significa que as exigências e critérios para essa certificação estão voltados principalmente para garantir a segurança dos pacientes e usuários dos serviços de saúde. Isso inclui desde a segurança dos procedimentos médicos até a segurança das instalações físicas e dos processos administrativos. (ONA, 2021)

Este nível é norteado pelo **princípio da segurança**, e as exigências deste nível convergem para diretrizes e políticas para alcançar o **atendimento seguro e de qualidade nas instituições**. (ONA, 2021).

No contexto da ONA, o princípio da segurança implica em estabelecer e manter um ambiente de cuidado que minimize ao máximo os riscos e danos aos pacientes, promovendo um atendimento seguro e de qualidade. Isso envolve não apenas a segurança dos procedimentos médicos, mas também a segurança das instalações físicas, dos processos administrativos e da interação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Em resumo, o nível "Acreditado" da ONA representa o primeiro passo para que uma instituição de saúde demonstre que está comprometida com a segurança e a qualidade dos serviços oferecidos, seguindo as diretrizes e políticas estabelecidas pela organização.

3.1.2 Nível 02 – Acreditado Pleno

O Acreditado Pleno é um dos níveis de certificação da ONA, que representa muita excelência em gestão e qualidade.

O Acreditado Pleno: Além de atender aos requisitos anteriores de segurança e qualidade, as instituições acreditadas no nível pleno, são norteadas pelo **princípio da Gestão integrada** e as exigências deste nível convergem para **desenho de modelagem dos processos e a interação entre eles**. (ONA, 2021)

A gestão integrada se refere à abordagem que busca alinhar e unificar todos os processos e atividades dentro da instituição de saúde. Isso significa que todas as áreas e departamentos trabalham de forma coordenada e colaborativa para alcançar os objetivos comuns de qualidade, segurança e eficiência. (ONA, 2021)

As exigências para o Acreditado Pleno convergem para a modelagem dos processos e a interação entre eles. Isso implica que a instituição deve ter uma visão holística de seus processos, identificando suas inter-relações e buscando otimizá-los de forma a garantir uma prestação de serviços mais eficaz e segura para os pacientes. (ONA, 2021)

Portanto, as instituições acreditadas no nível pleno pela ONA não apenas atendem aos requisitos mínimos de qualidade e segurança, mas também demonstram uma capacidade avançada de gestão integrada, promovendo uma cultura organizacional voltada para a excelência e aprimoramento contínuo.

3.1.3 Nível 03 – Acreditado com Excelência

Quando uma instituição é reconhecida como Acreditada com Excelência, isso significa que ela não apenas atende aos padrões estabelecidos pela ONA em termos de segurança e qualidade, mas também demonstra um compromisso excepcional com a excelência em todos os aspectos de sua gestão. (ONA, 2021)

O Acreditado com Excelência: este é o nível mais alto de acreditação concedido pela ONA. As instituições acreditadas com excelência além de atenderem aos dois requisitos anteriores, entende-se que este nível é norteado pelo **princípio da excelência em gestão**, e as exigências deste nível refletem em demonstração de evidências em **Maturidade Organizacional e melhoria contínua**. (ONA, 2021)

O princípio da excelência em gestão implica que a instituição busca constantemente melhorar seus processos, sistemas e resultados. Isso não se limita apenas ao atendimento aos requisitos mínimos, mas também envolve uma busca contínua pela inovação, eficiência e eficácia em todas as áreas da organização.

As exigências para o Acreditado com Excelência refletem essa busca pela excelência em gestão. Elas se concentram em evidências de maturidade organizacional, o que significa que a instituição é capaz de avaliar criticamente suas práticas, identificar áreas de melhoria e implementar medidas corretivas de forma proativa. (ONA, 2021)

Além disso, o foco na melhoria contínua é fundamental para o Acreditado com Excelência. Isso envolve não apenas corrigir problemas quando surgem, mas também buscar constantemente maneiras de aprimorar os processos, promover a inovação e elevar constantemente os padrões de qualidade e desempenho.

Portanto, ser reconhecido como Acreditado com Excelência pela ONA é um testemunho do compromisso da instituição com a excelência em gestão e o contínuo aprimoramento de seus serviços para proporcionar o melhor atendimento possível aos pacientes.

3.2 Explicação sobre Sessões e Sub Sessões:

É preciso saber que o processo de avaliação é estruturado em Sessões, Subseções, Requisitos e Requisitos CORE. Todo o processo de avaliação é baseado no modelo de evidência, sendo estes, os achados mínimos que comprovem que o requisito está em conformidade. (ONA, 2021)

No contexto da Organização Nacional de Acreditação (ONA), as "sessões" se referem às diferentes áreas de avaliação contidas no manual de acreditação. Cada sessão aborda aspectos específicos da prestação de serviços de saúde e define os critérios que uma instituição deve atender para obter a certificação. (ONA, 2021)

Por exemplo, no Manual Brasileiro de Acreditação, que é o documento principal da ONA, as sessões geralmente incluem:

- Sessão 01 – Gestão Organizacional
- Sessão 02 – Atenção ao Paciente
- Sessão 03 – Diagnóstico e Terapêutica
- Sessão 04 – Gestão de Apoio

Cada sessão aborda uma área-chave de desempenho e qualidade em serviços de saúde. Dentro de cada sessão, há subseções, conforme será estratificado a seguir.

Na Sessão 01 – Gestão Organizacional, teremos requisitos a serem alcançados em cada uma das subseções a seguir, sendo elas:

- Liderança Organizacional
- Gestão da Qualidade e Segurança
- Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança
- Gestão Administrativa e Financeira
- Gestão de Pessoas
- Gestão de Suprimentos e Logística
- Gestão de Tecnologia e Segurança da Informação
- Gestão de Acesso ao Cuidado
- Gestão de Segurança Institucional
- Gestão da Comunicação

Na Sessão 02 – Atenção ao Paciente, temos requisitos a serem alcançados em cada uma das áreas assistenciais, sendo estas áreas subseções, e são todas elas apresentadas aqui:

- Internação
- Atendimento Ambulatorial
- Atendimento Emergencial
- Atendimento Cirúrgico
- Atendimento Obstétrico
- Atendimento Neonatal
- Cuidados Intensivos
- Assistência Hemoterápica
- Assistência Nefrológica E Dialítica
- Assistência Oncológica E Terapia Antineoplásica
- Radioterapia
- Medicina Oxigenoterapia E Hiperbárica
- Assistência Farmacêutica
- Assistência Nutricional
- Atendimento Oftalmológico
- Atendimento Pré-Hospitalar E Remoção Inter Hospitalar
- Odontologia
- Telemedicina
- Atenção Primária À Saúde (APS)
- Atenção Domiciliar

Na Sessão 03 – Teremos requisitos a serem alcançados para **Diagnóstico e Terapêutica**, em cada uma das subseções também aqui apresentadas:

- Análises Clínicas
- Anatomia Patológica e Citopatologia
- Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados
- Diagnóstico por Imagem
- Medicina Nuclear
- Radioterapia Intervencionista
- Métodos Endoscópicos e Videoscópicos

Na Sessão 04 – Teremos requisitos a serem alcançados para **Gestão de Apoio**, em cada uma das subseções também aqui apresentadas:

- Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
- Gestão de Infraestrutura
- Limpeza e Desinfecção de Superfícies
- Processamento de Produtos para Saúde
- Processamento de Roupa / Enxoval

3.3 Explicação sobre os requisitos:

Requisitos são critérios específicos que as instituições devem atender para alcançar a certificação. Esses critérios podem ser divididos em itens, indicadores e evidências que são avaliados durante o processo de acreditação. (ONA, 2021)

A conformidade com as diretrizes estabelecidas no Manual ONA é essencial para o sucesso do processo de certificação.

Requisitos são itens a serem cumpridos pela organização, separados conforme o nível a ser alcançado. (ONA, 2021)

Requisito core ou requisito de alta prioridade, são necessários para alcançar a conformidade em determinada subseção e nível. (ONA, 2021)

Assim conseguir alcançar aos requisitos por meio de evidências é primordial para que também se alcance o nível a que se submete.



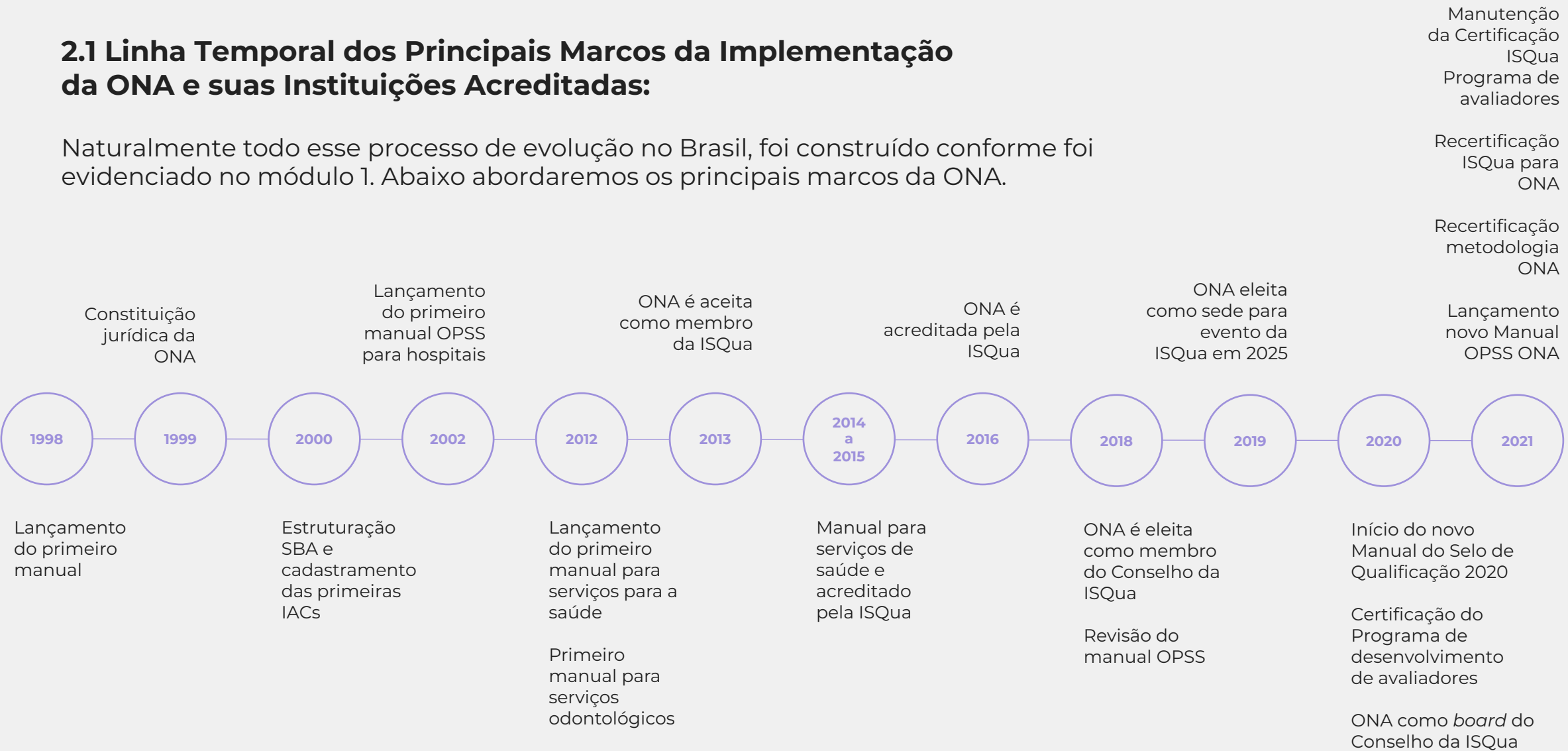
Audiodescrição da imagem: Mapa do Brasil demonstrando a cobertura/ mapa de instituições acreditadas no território nacional em 2024. Fonte: Portal ONA

(ONA, 2024)

Tipo	Total
Total de certificações	1362
Processamento de roupas para saúde	3
Serviço de engenharia clínica para saúde	9
Serviço de higienização para a saúde	8
Serviço de manipulação e atenção farmacêutica para a saúde	13
Serviço de processamento de produtos para a saúde	5
Serviço de processamento de roupa para a saúde	6
Serviço odontológico	6
Serviços ambulatoriais	134
Serviços de atenção domiciliar	25
Serviços de atenção primária à saúde (APS)	186
Serviços de atendimento pré hospitalar e remoção inter hospitalar	10
Serviços de diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear	116
Serviços de dietoterapia para a saúde	4
Serviços de hemoterapia	35
Serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva	17
Serviços de nutrição de produção de clínica para a saúde	3
Serviços de oftalmologia	39
Serviços de pronto atendimento	26
Serviços hospitalares	430
Serviços laboratoriais	204
Serviços oncológicos	83

2.1 Linha Temporal dos Principais Marcos da Implementação da ONA e suas Instituições Acreditadas:

Naturalmente todo esse processo de evolução no Brasil, foi construído conforme foi evidenciado no módulo 1. Abaixo abordaremos os principais marcos da ONA.





Esta linha do tempo destaca os principais marcos da implementação da ONA no Brasil, bem como o desenvolvimento e a expansão de suas instituições acreditadas ao longo das últimas décadas. O compromisso da ONA com a melhoria contínua da qualidade e segurança na prestação de serviços de saúde continua a impulsionar a evolução do sistema de saúde brasileiro.

CAMINHO PARA CHEGAR À ACREDITAÇÃO ONLINE:



O processo de avaliação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) segue etapas bem definidas para garantir uma avaliação abrangente e objetiva da qualidade dos serviços de saúde prestados por uma instituição. Aqui estão as principais etapas desse processo:

1 Pré-Avaliação (opcional):

Antes da avaliação formal, a instituição pode optar por uma pré-avaliação, na qual um consultor da ONA realiza uma análise inicial para identificar pontos fortes e áreas de melhoria em relação aos padrões de acreditação. Isso ajuda a organização a se preparar para a avaliação formal. (ONA, 2021)

2

Agendamento

Após a decisão de prosseguir com a avaliação formal, a instituição agenda a data da visita dos avaliadores da ONA. (ONA, 2021)

3

Avaliação In Loco (no local):

Durante a avaliação in loco, uma equipe de avaliadores da ONA visita a instituição para avaliar diretamente todas as áreas e processos relevantes para a prestação de serviços de saúde. Os avaliadores revisam documentos, entrevistam funcionários e observam as práticas de trabalho para determinar se a organização atende aos padrões de acreditação. (ONA, 2021)

4 Feedback preliminar

(Comentários de retorno)

Após a avaliação in loco os avaliadores fornecem um feedback preliminar à instituição, destacando os pontos fortes e áreas que precisam de melhoria. Isso permite que a instituição comece a tomar medidas corretivas imediatas, se necessário. (ONA, 2021)

5 Relatório de Avaliação:

Os avaliadores compilam um relatório detalhado de avaliação, documentando suas descobertas durante a visita. Esse relatório inclui uma análise de conformidade com os padrões de acreditação e recomendações para melhorias, se aplicável. (ONA, 2021)

6 Decisão de Acreditação:

Com base no relatório de avaliação, o Comitê de Acreditação da ONA toma uma decisão sobre a concessão da certificação de acreditação à instituição. A decisão pode incluir diferentes níveis de acreditação, como Acreditação Plena, Acreditação Parcial ou não concessão da acreditação. (ONA, 2021)

7

Feedback Final:

A instituição recebe um feedback final detalhando a decisão do Comitê de Acreditação e quaisquer condições ou recomendações associadas à certificação. (ONA, 2021)

O processo de avaliação pela ONA é projetado para ser completo, objetivo e colaborativo, visando promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelas instituições certificadas.

- Conscientização e engajamento da equipe: É fundamental envolver todos os colaboradores da instituição no processo de certificação, promovendo uma cultura de qualidade e segurança.
- Diagnóstico inicial para identificar pontos de melhoria: Realização de uma análise detalhada dos processos e práticas existentes na instituição, identificando áreas de oportunidade e definindo metas de melhoria.
- Implementação de ações corretivas e preventivas: Desenvolvimento e implementação de planos de ação para corrigir não conformidades identificadas e prevenir a ocorrência de novos problemas.

- Capacitação e treinamento dos colaboradores: Oferecimento de treinamentos e capacitações para a equipe, visando a disseminação de boas práticas e o desenvolvimento de competências necessárias para a certificação.
- Monitoramento contínuo dos processos e indicadores: Estabelecimento de indicadores de desempenho e implementação de sistemas de monitoramento para acompanhar o progresso rumo à certificação e identificar oportunidades de melhoria.
- Preparação para a visita de avaliação externa: Realização de simulações e preparação da equipe para a visita dos avaliadores da ONA, garantindo que a instituição esteja pronta para demonstrar sua conformidade com os requisitos estabelecidos.
- Acompanhamento pós-certificação para manutenção do padrão de qualidade: Implementação de um sistema de gestão da qualidade e realização de auditorias internas regulares para garantir a manutenção dos padrões de qualidade alcançados e promover a melhoria contínua.



Módulo três

#EUACREDITO



**Diego
Melo**

Especialista
em Acreditação



Conheça. Acredite. Transforme.

PALAVRA DO AUTOR:

Está na hora de ACREDITAR: No Módulo III, trataremos da gestão de riscos e segurança do paciente bem como as seis metas internacionais de segurança do paciente, temas cruciais para garantir a integridade e bem-estar dos indivíduos sob nossos cuidados. Discutiremos estratégias para identificar, avaliar e mitigar riscos, bem como a implementação de medidas para promover a segurança do paciente em todas as etapas do tratamento. Sejam bem-vindos e que tenham um excelente aproveitamento.

PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE



Para entendermos melhor o programa de segurança do paciente adotado pelo Ministério da Saúde é importante compreender os motivos que nos levaram a sua adoção. Hipócrates (460 a 370 a.C), pai da medicina já falava que o primeiro dever era não causar dano.

Outros estudiosos realizaram estudos e contribuições no sentido de melhorar a saúde e o seu cuidado, como exemplo podemos citar a importância de hábitos de higiene, considerando a transmissão de infecções pelas mãos. A evolução da medicina e da tecnologia traz também mudanças.



“O cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”

Bibliografia: 3 Chantler, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. The Lancet. 1999; 353:1178-1181, via Documento Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014

Em meados dos anos 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta grande preocupação com a temática, com a forma como os cuidados estavam sendo prestados, mundialmente falando e criou, em 2004, a World Alliance for Patient Safety, cujos principais objetivos eram organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. “Em 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer públicos ou privados”.

Documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

Além de trazer a taxonomia universal, ou seja, padronizar conceitos acerca de conceitos internacionalmente utilizados (conforme figura 1: Alguns conceitos de classificação internacional de segurança do paciente, o Programa Nacional possui eixos (conforme figura 2) para melhoria da Prestação de cuidados em saúde, pensando na segurança do paciente.

Alguns conceitos chaves de classificação internacional de segurança do paciente, segundo o Programa Nacional de Segurança do Paciente

Segurança do paciente

Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Risco

Probabilidade de um incidente ocorrer

Dano

Comprometimento da estrutura ou função do corpo e ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo sim, ser físico, social ou psicológico

Incidente

Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário

Evento adverso

Incidente que resulta em dano ao paciente.

Eixos do Programa Nacional de
Segurança do Paciente:

EIXO 1

Estímulo à prática
assistencial segura

EIXO 2

Envolvimento do
cidadão na segurança

EIXO 3

Inclusão do tema
de segurança do
paciente

EIXO 4

Sistema de notificações de incidentes

EIXO 5

Notificações de
eventos adversos

Eixo

1

O Eixo 1 nos traz questões importantes e básicas, como:

Implementação de protocolos das seis metas internacionais conjunto de diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo.

Essas metas visam reduzir riscos, prevenir eventos adversos e garantir um ambiente mais seguro para os pacientes.

META 1: Identificação correta do paciente

Envolve garantir que os pacientes sejam corretamente identificados antes de receberem qualquer tratamento médico. Isso inclui verificar a identidade do paciente por meio de múltiplos pontos de verificação, como nome completo, data de nascimento e número de identificação. O método de identificação pode variar de acordo com cada instituição hospitalar.

Exemplo: Um paciente chamado João da Silva é admitido no hospital. Antes de qualquer procedimento ser realizado, a equipe de saúde verifica a identidade do paciente utilizando pelo menos dois identificadores únicos, como perguntar o nome completo e verificar a data de nascimento.

META 2: Melhorar a comunicação eficaz

Comunicação eficaz entre profissionais de saúde é essencial para garantir que as informações sobre o paciente sejam transmitidas de forma precisa e oportuna. Isso inclui garantir que as informações vinculadas ao atendimento do paciente ou mesmo para garantir a execução dos processos de apoio de forma assertiva, sejam registradas de maneira clara e compreensível, e que haja canais abertos de comunicação entre todos os membros da equipe de saúde.

Exemplo: Durante uma transferência de turno entre enfermeiros, a enfermeira que está encerrando seu turno comunica claramente ao enfermeiro que está assumindo o turno todas as informações importantes sobre os pacientes, como mudanças no estado de saúde, medicamentos administrados e quaisquer preocupações. Ferramentas de registro de passagem de plantão são utilizadas para garantir a comunicação eficaz. Outro ponto importante é garantir que, nas transferências de pacientes de unidades, as informações importantes e imediatas sejam prontamente informadas, de forma que o paciente não sofra consequências. Diversas ferramentas podem ser utilizadas nessa transferência, como o método SBAR.

META 3: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância

Certos medicamentos têm um maior potencial de causar danos aos pacientes se forem usados de forma inadequada. Esta meta visa garantir que esses medicamentos sejam prescritos, dispensados e administrados de forma segura, com precauções especiais em vigor para evitar erros.

Exemplo: Um paciente está recebendo uma medicação de alta vigilância, como heparina, que pode causar sérios efeitos colaterais se administrada incorretamente. Antes da administração, a equipe verifica a prescrição, a dose correta e utiliza um sistema de verificação dupla checagem para garantir que o medicamento certo seja dado respeitando os 9 certos da administração de medicamentos.

META 4: Assegurar a cirurgia segura

A segurança durante os procedimentos cirúrgicos é crucial para evitar complicações e eventos adversos. Isso inclui a realização de três fases distintas: 1 - verificação pré-operatória abrangente, com marcação do local da cirurgia, 2 - pausa, antes da realização da incisão propriamente dita para uma última confirmação com todos os profissionais e 3 - contagem de instrumentos e materiais após a conclusão do procedimento, antes da sutura.

Exemplo: Confirmação, antes do paciente entrar em sala cirúrgica: identificação do paciente, cirurgia a ser realizada, termos de consentimentos, marcação da lateralidade por parte do médico responsável. Já em sala cirúrgica, antes da incisão, realização de pausa para uma última vez checar o procedimento cirúrgico, lado, contagem de instrumentais e materiais, questões relacionadas a alergia, antibiótico profilático, entre outros pontos e por fim, ao final do procedimento, antes da sutura, é necessário a recontagem de instrumentais e materiais cirúrgicos (evitando que algo fique dentro do paciente).

META 5: Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde

Infecções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde são uma preocupação significativa para os pacientes e profissionais de saúde. Essa meta envolve a implementação de medidas rigorosas de controle de infecções, como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção e práticas de esterilização adequadas.

Exemplo: Uma enfermeira está prestes a realizar um procedimento invasivo em um paciente. Antes do procedimento, ela lava cuidadosamente as mãos com sabão e água ou utiliza um desinfetante à base de álcool para reduzir o risco de transmissão de micro-organismos patogênicos. Para tanto, a instituição precisa ter minimamente protocolos de prevenção de infecções, protocolo de lavagem de mãos de forma correta, treinamentos e campanhas constantes, além de indicadores relacionados às infecções, visando a diminuição através de ações e envolvimento da força de trabalho.

META 6: Reduzir o Risco de Danos aos Pacientes Resultantes de Lesões por Pressão e Quedas.

Esta meta tem como objetivo identificar os pacientes com risco de queda e Lesão por pressão, bem como reduzir/minimizar os índices em pacientes internados na instituição, buscando proporcionar um atendimento multiprofissional qualificado e sistematizado. Para tanto, cabe à instituição manter protocolos de prevenção e de contingência, no caso da ocorrência.

Quedas são uma das principais causas de lesões entre os pacientes hospitalizados, especialmente os idosos. Esta meta visa identificar pacientes em risco de queda, implementar medidas preventivas, como o uso de dispositivos de alarme e a mobilização assistida e educar tanto os pacientes quanto a equipe de saúde sobre a prevenção de quedas. (ANVISA,2013).

Exemplo: Um paciente idoso está hospitalizado e é identificado como tendo um alto risco de queda devido a problemas de equilíbrio. A equipe de enfermagem implementa medidas preventivas, como manter a cama baixa, usar barras de apoio, para reduzir o risco de queda do paciente.

Outro risco trabalhado na mesma meta, deve-se à Lesão por pressão, sendo uma preocupação significativa em ambientes de cuidados de saúde, particularmente entre pacientes acamados ou com mobilidade limitada. Esta meta visa identificar pacientes em risco de desenvolver lesões por pressão, implementar medidas preventivas, como mudança de posição regular, uso de colchões especiais e educação sobre cuidados com a pele, tanto para os pacientes quanto para a equipe de saúde.

Por exemplo, um paciente acamado de longa permanência é identificado como tendo alto risco de desenvolver lesões por pressão devido à sua imobilidade. A equipe de enfermagem implementa medidas preventivas, como girar o paciente regularmente, usar dispositivos de alívio de pressão, como travesseiros especiais, e educar o paciente e seus cuidadores sobre a importância da redistribuição de peso e cuidados com a pele para prevenir lesões por pressão.

Plano de segurança do paciente

A instituição deve elaborar um Plano de Segurança do paciente, que foque em estratégias e ações que promovam um cuidado seguro, firmando inclusive um cronograma para o atingimento das metas necessárias. Esse plano deve levar em conta: metas internacionais de segurança: implementação e treinamentos, tratativa de notificações, para evitar reincidências, além de outras ações (dependendo do grau de maturidade da instituição). Anualmente esse plano precisa ser revisto, lembrando que estratégias de fortalecimento da cultura de segurança devem ser priorizados e muitas vezes repetidos, como é o caso de treinamento da força de trabalho nas seis metas internacionais.

Núcleo de Segurança do Paciente

Previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/Anvisa, são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente. Os Núcleos de Segurança do Paciente devem, antes de tudo, atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito. Documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

Devem preferencialmente estar ligados ao principal executivo da instituição ou a gestor sem conflito de interesse. Principais atividades: promover a cultura de segurança, apoiar a melhoria contínua da qualidade, fomentar uma cultura de segurança, coletar dados relativos a eventos, realizar análise de incidentes, gerir as notificações de eventos, realizar comunicação de feedback das notificações, realizar campanhas visando o fortalecimento da cultura de segurança e implementar medidas corretivas.

Notificações de eventos adversos

Uma sistemática, fluxo de notificações de eventos deve ser implementada para gerar melhorias e evitar eventos reincidentes. Para que essa prática seja garantida, deve preservar os seguintes pontos: não punitivo (garantir a não punição ao notificante ou notificado), confidencial (garantir que o anonimato seja uma escolha para o notificante, bem como garantir a confidencialidade do paciente que sofreu o evento), garantir retorno, feedback, deve ser orientado para solução de problemas e melhorias.

O sistema de notificações de eventos adversos vem como um outro ponto importante em que, todo evento deve ser notificado ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária por meio de site especial: NOTIVISA. Nessas notificações estão inseridas as relacionadas à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância.

Eixo

2

O Eixo 2 fala sobre o envolvimento do cidadão da segurança que é um programa da OMS que estabelece que haverá melhora na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros. A visão desse programa é o de “um mundo em que os pacientes devem ser tratados como parceiros nos esforços para prevenir todo mal evitável em saúde” (OMS).

Vários são os esforços que estão sendo realizados no atual movimento da saúde, em se colocar o paciente no centro do cuidado, para tanto é necessário que ele participe das decisões que o envolvem. Vemos muito isso quando o médico define um plano terapêutico de internação, com a concordância (paciente ou responsável), na educação por parte da enfermagem, falando da importância da pulseira de identificação, na participação do paciente ou responsável em visitas multi, entre outras ações.

Eixo 3

Eixo 3: inclusão do tema segurança do paciente no ensino. Com toda essa mudança no mundo da saúde, com toda essa preocupação em deixar o cuidado mais seguro, não há como não educar para isso, para tanto a inclusão desse tema na educação permanente, na graduação e em cursos de pós-graduação faz-se absolutamente necessária, principalmente nos cursos voltados à odontologia, medicina, enfermagem, farmácia.

Eixo 4

Eixo 4: Incremento de pesquisa em segurança do paciente. Aqui voltado a evitar danos, esse eixo tem sido amplamente apoiado no sentido de ampliar a conhecimento e melhoria nessa área. Documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

GESTÃO DE RISCOS



Nas unidades de saúde, a gestão de riscos é uma parte fundamental para garantir a segurança dos pacientes, funcionários e o bom funcionamento das operações. A definição de riscos é o primeiro passo nesse processo, pois permite identificar e compreender os potenciais ameaças que podem impactar negativamente a qualidade dos serviços prestados. Neste capítulo, exploraremos a definição de riscos e sua classificação dentro das unidades de saúde, de acordo com a metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA). (Ruggieiro, 2021)

Risco, no contexto das unidades de saúde, pode ser definido como a possibilidade da ocorrência de eventos adversos que tenham impacto na segurança, qualidade ou eficiência dos serviços prestados. Esses eventos podem surgir de diversas fontes, incluindo falhas nos processos, erros humanos, condições inadequadas de infraestrutura, entre outros. A compreensão dos riscos é essencial para implementar medidas preventivas e corretivas que minimizem sua ocorrência e mitiguem seus efeitos.

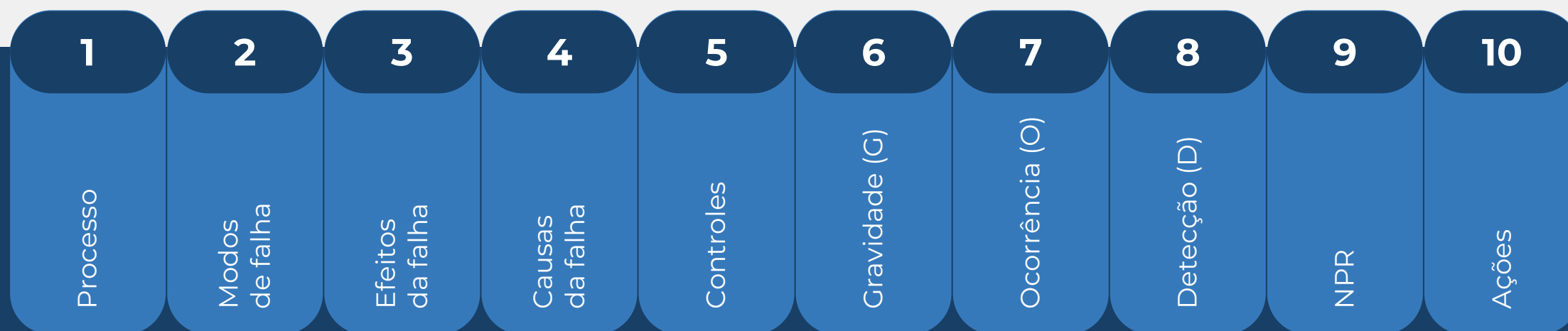
Classificação de Riscos

Os riscos nas unidades de saúde podem ser classificados de diversas maneiras, levando em consideração diferentes aspectos, tais como origem, impacto e probabilidade de ocorrência.

Abaixo mostra uma ferramenta que pode ser utilizada para classificar o grau de cada risco, lembrando que a ONA propõe uma classificação abrangente

Nesse modelo, cada risco deve ser submetido a uma avaliação de acordo com a probabilidade de ocorrência e a gravidade (no caso da ocorrência). De acordo com a classificação do risco, medidas de mitigação devem ser mais efetivas.

Exemplo de modelo de classificação de risco (ANVISA, 2017)



Exemplo de aplicação da matriz avaliando risco. (ANVISA, 2017)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Processo	Modos de falha	Efeitos da falha	Causas da falha	Controles	Gravidade (G)	Ocorrência (O)	Deteccção (D)	NPR	Ações
Administração de insulina		Medicamento errado	Hipoglicemia	Falha no preenchiment o manuscrito da etiqueta de identificação do medicamento.	Checagem com a prescrição médica.	7	2	7	7x2x7=98	Padronização do uso de etiquetas com código de barras para administração de medicamentos.
		Medicamento não administrado	Hiperglicemia. Atraso no tratamento. Falha terapêutica.	Ausência do medicamento na farmácia hospitalar.	Não tem.	2	4	10	2x4x10	Realizar controle diário do estoque de insulina na farmácia hospitalar. Analisar o consumo do medicamento para previsão e provisão.

Tipos de Riscos

Os riscos podem ser separados por tipo, para um melhor entendimento.

Riscos Assistenciais:

Refere-se aos riscos relacionados diretamente à assistência prestada aos pacientes, incluindo erros de diagnóstico, falhas em procedimentos médicos, reações adversas a medicamentos, entre outros. Esses riscos podem resultar em danos à saúde dos pacientes e comprometer a qualidade do atendimento. (ANS, 2018).

Riscos Estruturais e de Infraestrutura:

Engloba os riscos associados às condições físicas das instalações da unidade de saúde, como problemas na manutenção de equipamentos, falhas na infraestrutura predial, riscos de incêndio, entre outros. Estes riscos podem colocar em perigo a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. (ANS, 2018).

Riscos Operacionais:

Relaciona-se com os riscos decorrentes dos processos e procedimentos operacionais da unidade de saúde, incluindo falhas na gestão de estoques, problemas na logística de medicamentos e materiais, deficiências na gestão de resíduos, entre outros. Esses riscos podem impactar a eficiência e a eficácia das operações da unidade. (ANS, 2018).

Riscos Financeiros e de Recursos Humanos:

Refere-se aos riscos relacionados à gestão financeira e de recursos humanos da unidade de saúde, incluindo problemas de orçamento, falta de capacitação da equipe, altos índices de rotatividade de pessoal, entre outros. Estes riscos podem comprometer a sustentabilidade financeira da unidade e afetar a qualidade dos serviços prestados. (ANS, 2018).

Riscos de Segurança do Paciente:

Engloba os riscos associados à segurança dos pacientes durante sua estadia na unidade de saúde, incluindo quedas, infecções hospitalares, incidentes de segurança, entre outros. Esses riscos podem resultar em danos à saúde dos pacientes e afetar a confiança na instituição de saúde. (ANS, 2018).

Riscos de Tecnologia da Informação e Comunicação:

Refere-se aos riscos relacionados à utilização de sistemas de informação e comunicação na unidade de saúde, incluindo falhas em sistemas eletrônicos de registros médicos, violações de privacidade de dados, entre outros. Estes riscos podem comprometer a integridade, confidencialidade e disponibilidade das informações de saúde dos pacientes. (ANS, 2018).

Abaixo segue para exemplificar alguns dos riscos mencionados, extraído do Manual de Gestão de Risco da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2018.

Fonte	Vulnerabilidade	Fonte	Vulnerabilidade
PESSOAS	• Em número insuficiente • Sem capacitação • Perfil inadequado • Desmotivadas	INFRAESTRUTURA ORGANIZACIONAL	• Falta de clareza quanto as funções e responsabilidades • Deficiências nos fluxos de comunicação e informação • Centralização de responsabilidades • Delegações exorbitantes
PROCESSOS	• Mal concebidos • Sem manual ou instruções formalizadas • Ausência de segregação de funções	INFRAESTRUTURA FÍSICA	• Localização inadequada • Instalações ou layout inadequados • Inexistência de controles de acesso físico
SISTEMAS	• Obsoletos • Sem integração • Sem manuais de operação • Inexistência de controles de acesso lógico/ backups	TECNOLOGIA	• Técnica de produção ultrapassada/ produto obsoleto • Inexistência de investimentos em pesquisa e desenvolvimento • Tecnologia sem proteção de patentes • Processo produtivo sem proteção contraespionagem

Vale ressaltar que as instituições de saúde precisam caminhar para o mapeamento destes e outros riscos associados ao seu negócio, e para auxiliar neste processo existem algumas ferramentas que auxiliam no processo de identificação e classificação.

As instituições precisam definir uma metodologia para identificação e ações de mitigação dos riscos, tanto de forma institucional como em cada processo.

Obviamente uma vez identificados e mitigados, as instituições devem realizar gestão em cima dos riscos, de forma a garantir que o sistema esteja sempre se melhorando.

Ações como: classificação dos riscos, ações de mitigação, definição de métricas para controle, análise de incidentes e ocorrências, implementação de novos métodos de controle (como revisão ou estabelecimento de novos protocolos, revisão de processos, entre outros) sempre que necessário, reavaliação da métricas e ações de controle e assim por diante, como um PDCA, devem ser adotados pelas instituições que querem garantir um cuidado efetivo e ainda a sustentabilidade no mercado.

Ferramentas da qualidade podem e devem ser utilizadas para gerar ações de mitigação dos riscos. Terão um módulo específico para estudo.

Metodologia para gestão dos riscos



COMO IMPLEMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA



Mediante todo exposto nos capítulos anteriores, qualquer instituição de saúde tem a obrigação de implementar os pontos relacionados ao programa nacional de segurança do paciente: Portaria 524 e resolução RDC 36.

Àqueles que buscam uma acreditação, é um dos primeiros pontos para busca de evidências.

Mas, como implementar?

Estabelecer o Núcleo de Segurança do Paciente e defina seus papéis e responsabilidades, para isso o Ministério da Saúde disponibiliza bastante material.

Definir o Plano de Segurança, dando prazos para todas as ações, a começar pelas preconizadas pelo PNSP, com cronogramas de implementação e treinamentos.

Definir o fluxo de notificações de eventos, lembrando que deve ter caráter confidencial e não ser punitivo, baseados na Resolução RDC 36 e taxonomia do PNSP. Treine a força de trabalho para realizar notificações, treine a liderança para auxiliar a promover o fluxo de notificações, lembrando que o foco deve ser em melhorias de processos e não em culpar as pessoas.

Definir os protocolos relacionados às seis metas internacionais de segurança: identificação segura, comunicação efetiva, segurança dos medicamentos, cirurgia segura, reduzir infecções relacionadas ao cuidado, reduzir danos relacionados à queda e lesão por pressão.

Uma boa alternativa é a instituição criar a sua própria política de segurança do paciente (requisito essencial ao nível 1 da ONA), onde devem estar descritos os pilares da cultura da segurança. Isso é muito particular de cada instituição, dependendo da maturidade em que esteja. Aqui estão relacionados apenas os pontos básicos, requeridos por legislação e pelo PNSP.



LEMBRE-SE

Uma cultura não muda do dia para a noite, precisa de muito esforço, de envolvimento da base e da liderança, todos precisam entender que o propósito é um cuidado seguro e a melhor forma para esse envolvimento ainda é a educação, que a própria instituição deve proporcionar, além de atitude por parte da alta e média gestão.



Módulo quatro

#EUACREDITO



**Ana
Gargalac**
Coordenadora
pedagógica

PALAVRA DA AUTORA:

Está na hora de ACREDITAR: No Módulo IV, exploraremos a importância da gestão por processos na busca pela qualidade na saúde. Analisaremos como a organização e compreender que a otimização dos processos internos podem levar a melhores resultados para os pacientes, promovendo eficiência, redução de erros e maior satisfação. Sejam bem-vindos e que tenham um excelente aproveitamento.

HISTÓRICO E CONCEITOS DA GESTÃO POR PROCESSOS



Diversas foram as fases e as influências associadas à gestão por processos ao longo do tempo.

Era pré-industrial, fase em que o trabalho era praticamente artesanal, realizado em escalas pelos artesãos. Muitos dos produtos oferecidos eram realizados pela mesma pessoa, do início ao fim. Sem o conhecimento técnico, o trabalho era realizado e aperfeiçoado com o conhecimento adquirido ao longo de experiências e vivências individuais. Não existia controle e gerenciamento dos trabalhos realizados, ocasionando problemas recorrentes (Santiago, 2019).

O início do século XX foi marcado pela era industrial, uma época de mudança significativa caracterizada pela subdivisão dos processos, exigindo maior controle e gerenciamento. Época marcada por fases e estudiosos, como Frederick Taylor, que defendia a ideia de funções específicas para os empregados e Henry Ford, que introduziu a linha de montagem como principal característica (Santiago, 2019).

Alguns movimentos também marcaram essa época, como o Toyotismo, método de produção japonês que destaca o sistema “just-in-time”, que visa eliminar estoques excessivos, produzindo apenas o necessário para o período.

Na era da Qualidade, ocorrida entre 1950 e 1960, alguns autores e estudiosos introduziram princípios de gestão que enfatizavam a importância da melhoria contínua preconizando o envolvimento dos colaboradores com foco na satisfação do cliente (Santiago, 2019).

Em 1990 iniciou-se a era da Reengenharia, também marcada por mudanças radicais nos processos, com reestruturações dos fluxos de trabalho com foco na eficácia organizacional (Santiago, 2019).

A era da gestão por processos, na sequência, surge com uma abordagem sustentável para a melhoria dos processos. Nesse modelo, o foco é na identificação, análise e otimização de todas as etapas do processo (Santiago, 2019).

Como vimos, o modelo foi se aperfeiçoando e vem sendo adaptado e utilizado na área da Saúde, uma vez que é uma abordagem estratégica que visa melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação do paciente. O foco em processos permite identificar e eliminar desperdícios, reduzir erros, proporcionar cuidados coordenados e consequentemente melhorar a satisfação do paciente (Santiago, 2019)

Segundo Davenport (1998) “processo é uma específica ordenação de atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um início e um fim e um conjunto claramente definido de entradas e saídas: uma estrutura para a ação” (Davenport, 1998 apud Lima, [s.d.], p. 21).

Para Gonçalves (2000) “processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma um input, adiciona valor a ele e fornece um output a um cliente específico” (Gonçalves, 2000 apud Lima, [s.d.], p. 21).

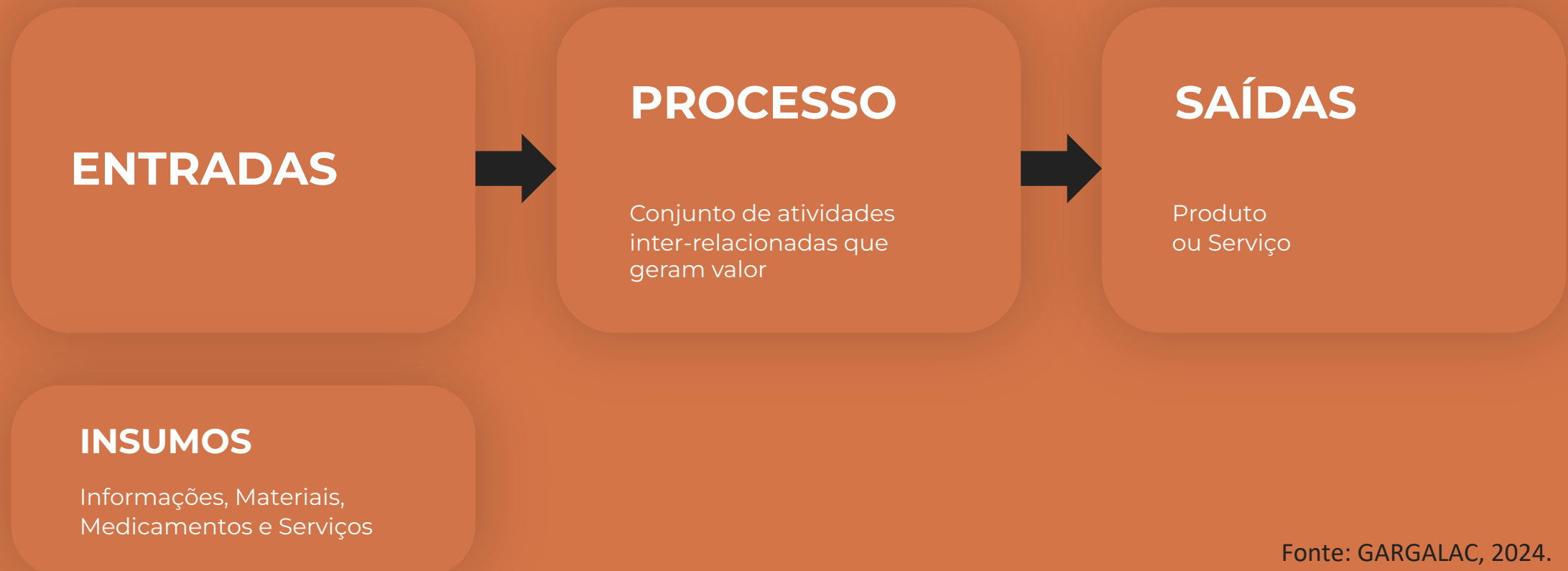


Para Valladares et al. (2007):

processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas). Ou, numa abordagem mais técnica, é um conjunto de atividades pré-estabelecidas que executadas numa sequência determinada vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas. (Valladares et al., 2007, p. 05).

Processos precisam manter uma correlação entre as entradas, que são os insumos disponibilizados pelos fornecedores, as atividades do processo, que necessariamente devem agregar valor aos insumos

e as saídas que asseguram o atendimento aos requisitos dos clientes por meio dos serviços ou produtos gerados pelos processos. A figura a seguir representa a lógica do processo:



Processo é qualquer atividade que transforme uma entrada em uma saída através de um conjunto de operações sucessivas ou paralelas, que agregue um resultado, um valor definido e esperado.

Gestão de processos ou gestão por processos?

Gestão de processos: mapeamento, monitoramento e manutenção sob controle e em funcionamento de todos os processos conforme o planejado. Ou seja, é o desenho dos processos e a verificação se estão ocorrendo conforme esperado (Santiago, 2019).

Gestão por processos: procura enxergar a organização como um todo, com as áreas e os processos se inter-relacionando. Entra aqui o conceito de visão sistêmica. Possui um enfoque de gestão com foco na satisfação do cliente (Santiago, 2019).

Características da gestão por processos

A gestão por processos requer uma mudança de cultura, pois traz consigo algumas características próprias, como por exemplo:

- Visão sistêmica: Capacidade de enxergar e entender situações em sua forma completa, o que possibilita tomar decisões pensando no todo (e não apenas em processos específicos), de forma que a empresa chegue aos resultados planejados;
- Foco na melhoria contínua: o principal motivo de se implementar a gestão por processos é a melhoria contínua que uma instituição pode obter com essa ferramenta.
- Visão sistêmica: Capacidade de enxergar e entender situações em sua forma completa, o que possibilita tomar decisões pensando no todo (e não apenas em processos específicos), de forma que a empresa chegue aos resultados planejados;
- Foco no processo que “agrega valor”: o foco institucional precisa ser nos processos que agregam valor, que é onde acontece o “negócio” da instituição. Na área da saúde, os processos que agregam valor são aqueles que oferecem assistência ao paciente, uma vez que a prestação da assistência é o negócio principal dessas organizações;

Além dessas características, a gestão por processos promove:

A padronização e uniformização quanto ao entendimento dos processos;

Melhoria dos processos;

Fluxo de informações;

A definição e a gestão do desempenho através de indicadores;

A capacitação de recursos para atuação nos processos.

Classificação dos processos

Focando nas instituições de saúde e principalmente em hospitais, a primeira necessidade, na implementação de gestão por processos, é a identificação de todos os processos da organização, a partir daí segue a classificação de acordo com características próprias, cujo objetivo final é a obtenção de resultados.

Processos primários ou finalísticos: são aqueles em que efetivamente acontece o “negócio”, a razão de existir da organização que, no caso da saúde, são os processos em que ocorrem a prestação da assistência propriamente dita.

Os pacientes, nesses processos, enxergam que estão recebendo o serviço que foram buscar de forma direta. Como exemplo na área da saúde, podemos citar: Emergência, Centro Cirúrgico, Maternidade, entre outros (Lima, [s.d.]).

Processos de apoio: são os processos que sustentam os processos primários na realização da assistência, fornecendo produtos e insumos, equipamentos, tecnologia entre outros. Suas atividades visam a adequação dos processos finalísticos. Sem eles a operação principal de uma instituição não existe. Como exemplo na área da saúde, podemos citar: higiene, gestão de leitos, atendimento, entre outros (Lima, [s.d.]).

Processos gerenciais: São os processos cuja função é de alguma forma gerenciar os demais processos, algumas vezes através de análise de resultados ou outras ações que promovam a melhoria, auxiliando na gestão da organização, como exemplos podemos citar: Escritório da Qualidade, Controle de Infecção Hospitalar (Lima, [s.d.]).

A partir daí a instituição forma o que chamamos de macroprocesso, ou seja, um conjunto ordenado de todos os processos, devidamente classificados, de forma a demonstrar a função básica de cada processo no todo com o objetivo de atingir o resultado de forma macro.

Os pacientes, nesses processos, enxergam que estão recebendo o serviço que foram buscar de forma direta. Como exemplo na área da saúde, podemos citar: Emergência, Centro Cirúrgico, Maternidade, entre outros (Lima, [s.d.]).

Processos de apoio: são os processos que sustentam os processos primários na realização da assistência, fornecendo produtos e insumos, equipamentos, tecnologia entre outros. Suas atividades visam a adequação dos processos finalísticos. Sem eles a operação principal de uma instituição não existe. Como exemplo na área da saúde, podemos citar: higiene, gestão de leitos, atendimento, entre outros (Lima, [s.d.]).

Joseph M. Juran (1995), um renomado guru da qualidade, definiu o conceito de macroprocesso como uma sequência de processos inter-relacionados que juntos entregam um produto ou serviço para um cliente. Ele enfatizou a importância de entender e gerenciar não apenas os processos individuais, mas também os macroprocessos que os englobam (Juran, 1995). A figura a seguir é uma representação de macroprocesso de um hospital:

Fonte: GARGALAC, 2024.

PROCESSOS GERENCIAIS

Definem o negócio da organização e direcionam os processos finalísticos e de apoio.

**GESTÃO CLÍNICA/ GESTÃO FINANCEIRA/ GESTÃO QUALIDADE/
ATENDIMENTO AO CLIENTE/ QUALIDADE E CCIH**

PROCESSOS PRIMÁRIOS

Geram os produtos ou serviços finais da organização, atendendo às necessidades e expectativas dos clientes.

ENTRADAS

Paciente com necessidades específicas



**PRONTO
ATENDIMENTO**

**EXAMES
IMAGEM**

**TERAPIA
INTENSIVA**

**CENTRO
CIRÚRGICO**

**UNIDADE DE
INTERNAÇÃO**



SAÍDAS

Serviço assistencial prestado

PROCESSOS DE APOIO

Dão suporte direto aos produtos primários

Eng. Clínica/ Farmácia/ Nutrição/ CME/ TI/ CCIH/ RH/ SESMT/ SAME/
Compras/ Almoxarifado/ Educação continuada

Após classificar os processos, algumas etapas são importantes, visando a geração de valor.

Definição do produto dos processos primários

Tendo em vista que produto ou serviço é qualquer coisa, fruto de um processo de produção, que possa ser oferecida a um valor de troca, para atendimento de necessidades de clientes, entendemos que a assistência à saúde se encaixa muito bem, embora possa parecer estranho.

Alguns exemplos de produto para processos primários na saúde:

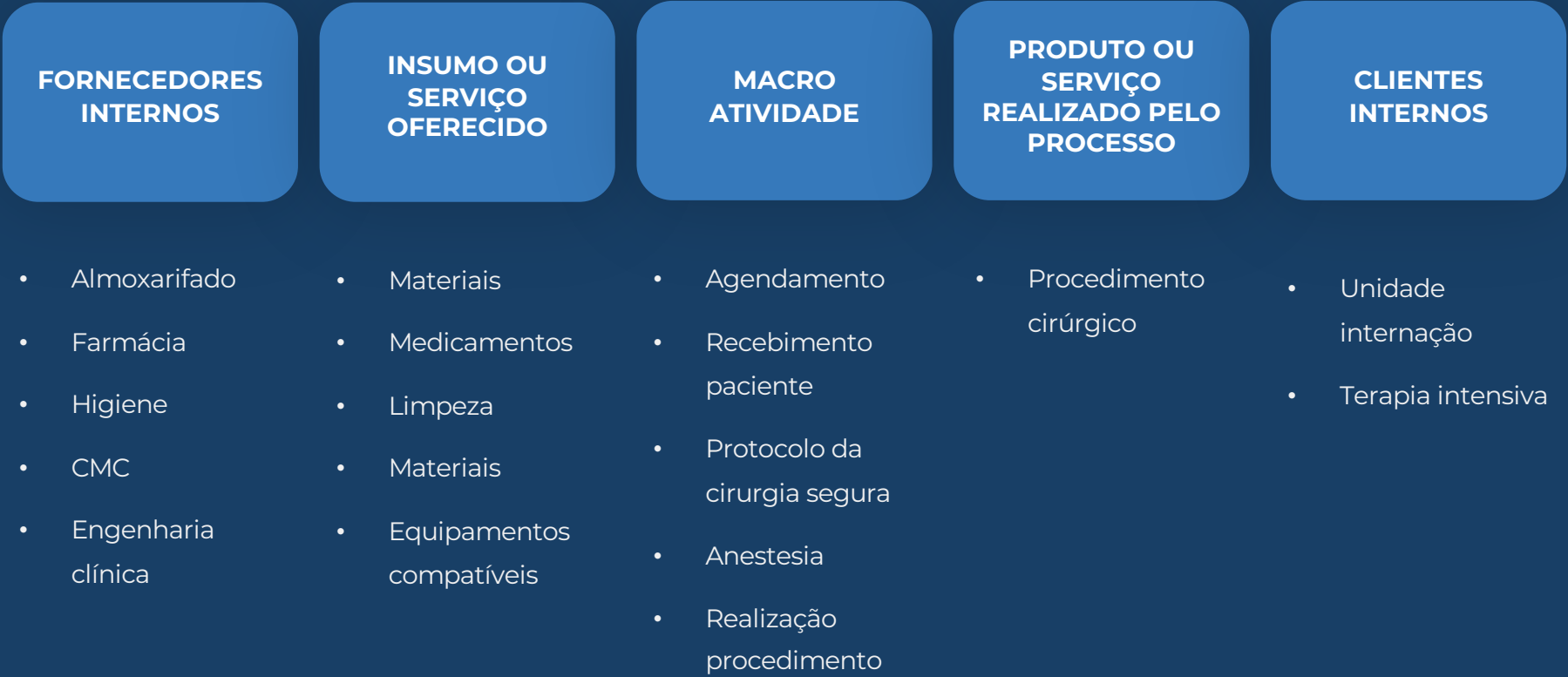
- a) Emergência: hipótese diagnóstica ou tomada de decisão
- b) Centro cirúrgico: procedimento;
- c) Terapia intensiva: estabilização;
- d) Definição de resultados esperados;
- e) Fluxos das atividades executadas;
- f) Modelagem do processo ou cadeia cliente e fornecedor;

A figura a seguir mostra um exemplo de mapeamento ou modelagem de um processo:

Fonte: GARGALAC, 2024.

Figura 3: representação de um modelo de mapeamento

Processo: Centro cirúrgico



Perigo e risco é outro ponto importante que deve ser entendido dentro de cada processo, portanto precisam estar identificados e devidamente classificados segundo probabilidade e gravidade do dano.

Por fim, é necessário realizar a interação entre os processos, ou melhor dizendo, uma negociação entre processos clientes e fornecedores, gerando acordos das principais atividades, para que as expectativas do cliente sejam atendidas de forma correta e no tempo correto. Essa negociação é comumente denominada Contratos de Qualidade, onde devem estar descritas as cláusulas de comum acordo entre gestores e envolvidos. Por exemplo: cláusula sobre prazos para realização de atividades.

Dicas de como trabalhar gestão por processos

Todos devem conhecer o seu processo: produto, clientes e fornecedores, perfil de pacientes;

Requer atuação em time, atuação de todos que colaboram para o processo;

Precisa gerar melhoria contínua, tanto para o processo quanto para a instituição, de forma a colaborar com os demais processos da instituição.

Não é de um dia para o outro que a instituição consegue trabalhar a plenitude da gestão por processos, pois é algo que requer maturidade. O sucesso depende do envolvimento e da colaboração de toda equipe. É essencial promover uma cultura organizacional que valorize a melhoria contínua e incentive a participação de todos.

A gestão por processos traz uma nova visão, em que as empresas devem se concentrar nos processos primários ou processos chave, onde acontece o negócio da instituição. Essa forma de abordagem traz a necessidade de mudança, de adaptação das instituições, nesse modelo faz-se necessário o papel do gestor e das equipes.

De acordo com Prestes e Cirino (2019):

A gestão por processos é defendida como a mais adequada para o alcance da excelência operacional, visto que a unidade fica voltada a: a) conhecer seus processos – mapeá-los, de forma a saber quais existem e como funcionam; b) gerenciar – contratualizá-los para que se possa entender suas interconexões e acordos necessários; c) melhorar – analisá-los constantemente, por meio das possíveis quebras de contrato e oportunidades de avanços evidenciadas, possibilitando a melhoria contínua desses processo. (PRESTES; CIRINO, 2019, p. 29).

GESTÃO POR RESULTADOS



A gestão por resultados em saúde é uma abordagem que se concentra na definição e no alcance de metas e objetivos relacionados a diversos aspectos, que permeiam desde a parte financeira e produtividade até a qualidade oferecida. A premissa básica é a medição e análise de indicadores de desempenho e a avaliação do progresso em direção a esses objetivos através da tomada de decisões assertivas.

Ao contrário de uma gestão tradicional, focada em atividades, a gestão por resultados enfatiza os objetivos a serem alcançados e os valores da organização.

Através deste modelo, são preconizados os resultados em todas as ações e fases dos processos, com o objetivo de tornar a empresa mais flexível, dinâmica, chegando ao resultado esperado em menor tempo possível.

É um modelo de administração de empresas que exige bastante comprometimento da equipe e empenho para a finalização das metas, mas que, se bem definida e acompanhada periodicamente, garante a sustentabilidade das organizações.

Indicadores

Indicador é uma medida objetiva e definida daquilo que se pretende conhecer, permitindo, por meio dos seus resultados, evidenciar problemas e propor soluções para que eles não reapareçam.

Para falar em resultados precisamos entender, primeiramente, o que são indicadores.

Kayano e Caldas (2002) os definem como instrumentos para verificação, controle e medição que permitem comparar diferentes situações, o que faz deles necessárias ferramentas da gestão, já que possibilitam a construção de diagnósticos da realidade no que diz respeito ao programa avaliado.

Indicadores tem por objetivo:

Entender como funciona o sistema e como ele pode ser melhorado (pesquisa).

Demonstrar resultados a pacientes, governos, fontes pagadoras etc.

Monitorar se e como um sistema está situado em relação a um padrão ou consenso (melhoria, performance) (Costa, 2010).

Indicadores apenas indicam (nunca captarão toda complexidade de um sistema. Apresentam fatias da realidade e devem ser entendidos num contexto). Indicadores se baseiam em números e técnicas estatísticas. (Costa, 2010).

Definição de Metas e Indicadores de Desempenho

A gestão por resultados começa com a definição clara de metas e objetivos específicos para os serviços de saúde. Essas metas podem incluir redução do tempo de espera, aumento da satisfação do paciente, diminuição de erros médicos, entre outros. Para medir o progresso em direção a essas metas, são estabelecidos indicadores de desempenho.

De acordo com o glossário dos Critérios de Excelência (2007): “indicadores também denominados indicadores de desempenho, compreendem dados que quantificam as entradas (recursos ou insumos), os processos e as saídas (produtos)”. (Glossário dos Critérios de Excelência, 2007 apud Valladares, 2007, p. 07).

A principal atividade é sempre o planejamento estratégico, onde é definido o que se espera da instituição. A partir dele os processos, que já estão mapeados e possuem seus objetivos definidos, têm condições de definir seus indicadores.

Indicadores de processos estão relacionados a:

- Entradas: relacionados a estrutura (recursos físicos, humanos, materiais) necessários às atividades dos processos. Exemplo: quantidade de pessoas, equipamentos, informações.

- Saídas ou resultados: indicadores relacionados ao produto ou serviço oferecido (também entendidos como indicadores de qualidade).

- Processo, realização do cuidado propriamente dito, relacionado a como o processo está sendo realizado, que podem ser indicadores de tempo, como: conformidade dos protocolos, produção, medidas de desperdício;

Além disso, podem ser relacionados às perspectivas: financeira/produção, pessoas, satisfação do paciente, sustentabilidade e assistencial.

Por exemplo, um indicador de mortalidade institucional de uma instituição hospitalar pode ser um indicador de resultado, ligado à assistência. Já um indicador de faturamento pode ser um indicador de processo ligado às questões financeiras e de produção. Cabe a cada instituição as definições, de acordo com as necessidades.

Indicadores precisam ter meta. Meta é a definição em termos quantitativos, e com um prazo determinado. Por exemplo, o objetivo de uma determinada pessoa é enriquecer. A meta, por sua vez, terá de vir acompanhada de dois dados: a quantidade de dinheiro que ela pretende acumular e em quanto tempo (Costa, 2010).

Indicadores precisam ter ficha técnica, para que fique claro o que será apurado. Essa precisará conter: descrição do indicador (o que se pretende, para que serve), fórmula de cálculo, responsável pela coleta e análise crítica, periodicidade da apuração e critérios de inclusão e de exclusão (Costa, 2010).

É importante que todos os processos estabeleçam seus indicadores e metas de acordo com as definições estratégicas.

A figura 5 mostra um exemplo de indicadores de desempenho de um centro cirúrgico

Processo: Centro cirúrgico

INDICADORES	META	TIPO
- Quantidade de salas - Quantidade de cirurgias - Infecção em cirurgia limpa - Mortalidade cirúrgica - Absenteísmo	5 1000 0 0 - Até 1	- Estrutura - Processo - Resultado - Resultado - Pessoas

É importante que todos os processos estabeleçam seus indicadores e metas de acordo com as definições estratégicas.

A figura 6 mostra exemplos de indicadores de resultados ligados aos produtos dos processos primários.

Figura 6: Indicadores de resultados ligados aos produtos dos processos primários em hospital

PROCESSOS PRIMÁRIOS	PRODUTO	INDICADOR
• Pronto atendimento	• Tomada de decisão	• Tempo de tomada de decisão. • Pacientes encaminhados à internação que, em menos de 24 horas foram transferidos para a terapia intensiva • Retorno de pacientes em 24 horas pelo mesmo grupo de CID

Importante salientar que os indicadores e metas são muito específicos de cada instituição e precisam sofrer revisões periódicas, de preferência uma revisão ao ano ou sempre que houver necessidade de adaptações, lembrando que a flexibilidade é um ponto favorável às organizações.

Da mesma forma, os resultados atingidos devem ser periodicamente revistos em relação às suas metas, de preferência mensalmente. E, sempre que não atingiu o esperado, uma análise crítica precisa ser realizada. Análise não se limita a falar que o indicador atingiu ou não a meta estabelecida, mas sim precisa explicar o real motivo pelo qual não chegou no resultado. Planos de ação efetivos devem ser traçados e acompanhados.

Resumindo: como implantar gestão por resultados (Zendesk, 2023)

- Escolha um modelo de metas e monitoramento de resultados;
- Defina os objetivos globais da empresa;
- Estabeleça as metas de cada segmento;
- Altere a lógica dos processos para os resultados;
- Conte com o apoio de ferramentas adequadas;
- Engaje toda a equipe;
- Dê recompensas ao time;
- Otimize o seu conhecimento.

Quais são as vantagens da gestão por resultados?

Além de promover flexibilidade no alcance das metas e sustentabilidade, implantar gestão por resultados traz algumas vantagens, como: melhoria na retenção de talentos, trabalho em equipe mais qualificado, melhoria da comunicação entre processos e gestores, alinhamento dos indicadores com o que a instituição realmente busca (ZENDESK, 2023). Mas atenção: metas estratégicas devem e precisam ser do conhecimento da base.

A gestão por resultados objetiva (Zendesk, 2023)

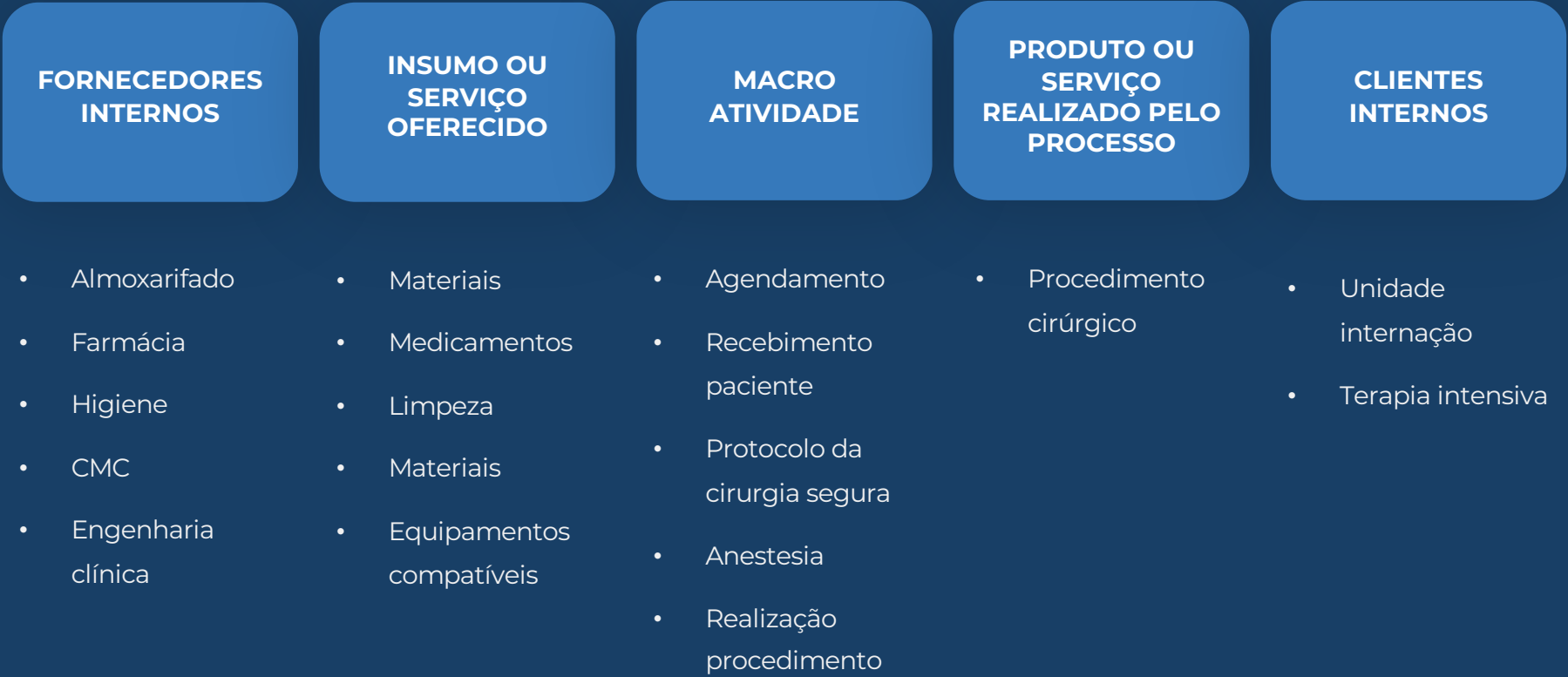
- 1 – A melhoria da comunicação e integração, uma vez que se torna necessária a comunicação entre os níveis hierárquicos;
- 2 - Aumentar a motivação, pois os colaboradores se sentem motivados quando sentem que realmente fazem parte de um processo;
- 3 - Objetivos mais claros, pois os objetivos são construídos de maneira conjunta aos objetivos da empresa;
- 4 - Maior produtividade, uma vez que as pessoas se sentem parte da organização;
- 5 - ACIMA DE TUDO: **TRABALHO EM EQUIPE.**

A figura a seguir mostra um exemplo de mapeamento ou modelagem de um processo:

Fonte: GARGALAC, 2024.

Figura 3: representação de um modelo de mapeamento

Processo: Centro cirúrgico





Módulo cinco

#EUACREDITO



**Gladys
Lopes**
Tutora



acredita

Conheça. Acredite. Transforme.

PALAVRA DA AUTORA:

Está na hora de ACREDITAR: No Módulo V, aprenderemos sobre diversas ferramentas e técnicas utilizadas na gestão da qualidade na saúde. Desde o mapeamento de processos até a citação de ferramentas direcionadas a indicadores, exploraremos recursos que podem auxiliar na identificação de problemas, análise de dados e tomada de decisões embasadas. Sejam bem-vindos e que tenham um excelente aproveitamento.

CONHECENDO AS PRINCIPAIS FERRAMENTAS DA QUALIDADE



Análise de Pareto

Segundo Vilfredo Pareto, 80% da riqueza de uma população se concentrava em apenas 20% dela. Essa descoberta passou a ser muito utilizada na indústria depois do destaque das Mesas Redondas de Gerenciamento, realizadas na Universidade de Nova York no início dos anos 40. A teoria ficou conhecida por Análise de Pareto, Regra 80/20, Curva ABC ou Diagrama de Pareto, e constitui ferramenta de gestão que permite a identificação e priorização de problemas ou defeitos em um processo. A análise é baseada na ideia de que 80% das consequências advêm de 20% das causas.



CURIOSIDADE

Vilfredo Pareto foi um renomado sociólogo, economista e cientista político. Nascido em Paris em 15 de julho de 1848 e falecido em Céligny, Suíça, em 19 de agosto de 1923, Pareto é conhecido por suas contribuições em várias áreas, incluindo a economia e a sociologia.

A Análise de Pareto é geralmente representada por um gráfico de barras que ordena as frequências dos problemas ou defeitos de forma decrescente. Isso permite que as pessoas possam usar seu tempo e energia em questões realmente graves

Na área da saúde, a Análise de Pareto pode ser usada para identificar e priorizar problemas com base em sua frequência ou impacto. Por exemplo, pode ajudar a identificar quais tipos de procedimentos médicos estão causando a maioria das complicações, ou quais medicamentos estão resultando na maioria das reações adversas.

Em um contexto hospitalar, a Análise de Pareto pode ser aplicada de várias maneiras:

1. Gestão de estoque de insumos: A técnica de gestão proporciona à administração controle de insumos hospitalares, determinando o nível de estoque e como proceder a manutenção do mesmo.
2. Identificação de pacientes especiais: A regra 80-20 indica que 20% dos pacientes podem representar 80% do faturamento de uma clínica médica. Identificar esses pacientes "especiais" pode ajudar a melhorar o relacionamento com o público e oferecer oportunidades e vantagens diferenciadas para esses pacientes.
3. Melhoria da qualidade do atendimento: A Análise de Pareto pode ser usada para identificar as áreas que precisam de melhorias mais urgentes. Por exemplo, se 80% das reclamações dos pacientes são sobre tempos de espera longos, então essa é uma área que deve ser priorizada para melhorias.

A Análise de Pareto é uma ferramenta poderosa para a tomada de decisões na gestão hospitalar. Ao focar nos problemas mais significativos, os gestores podem usar seus recursos de maneira mais eficiente e eficaz.

**20% DO
ESFORÇO,
80% DO
RESULTADO**

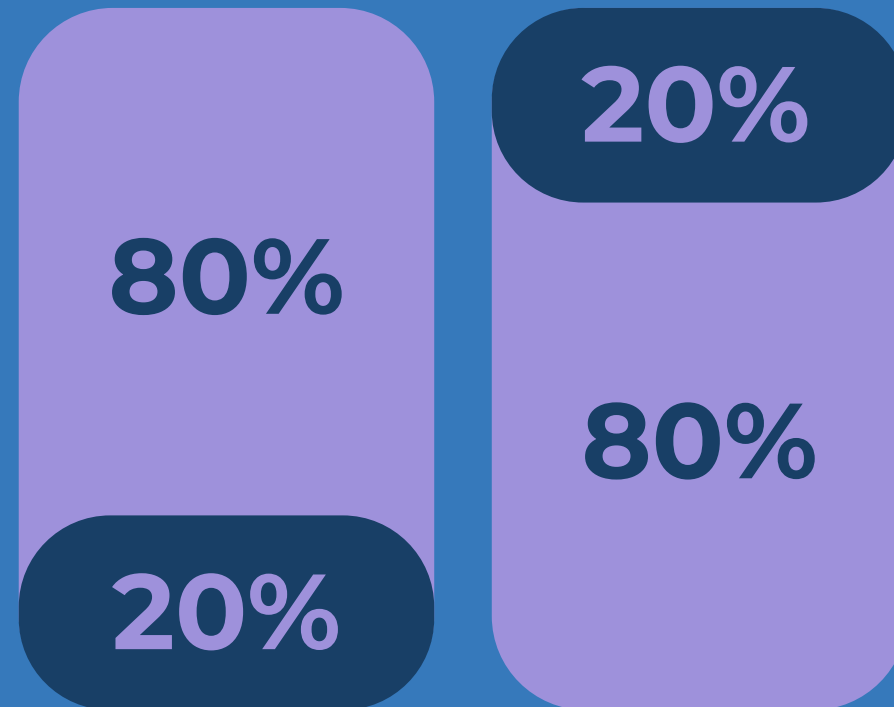
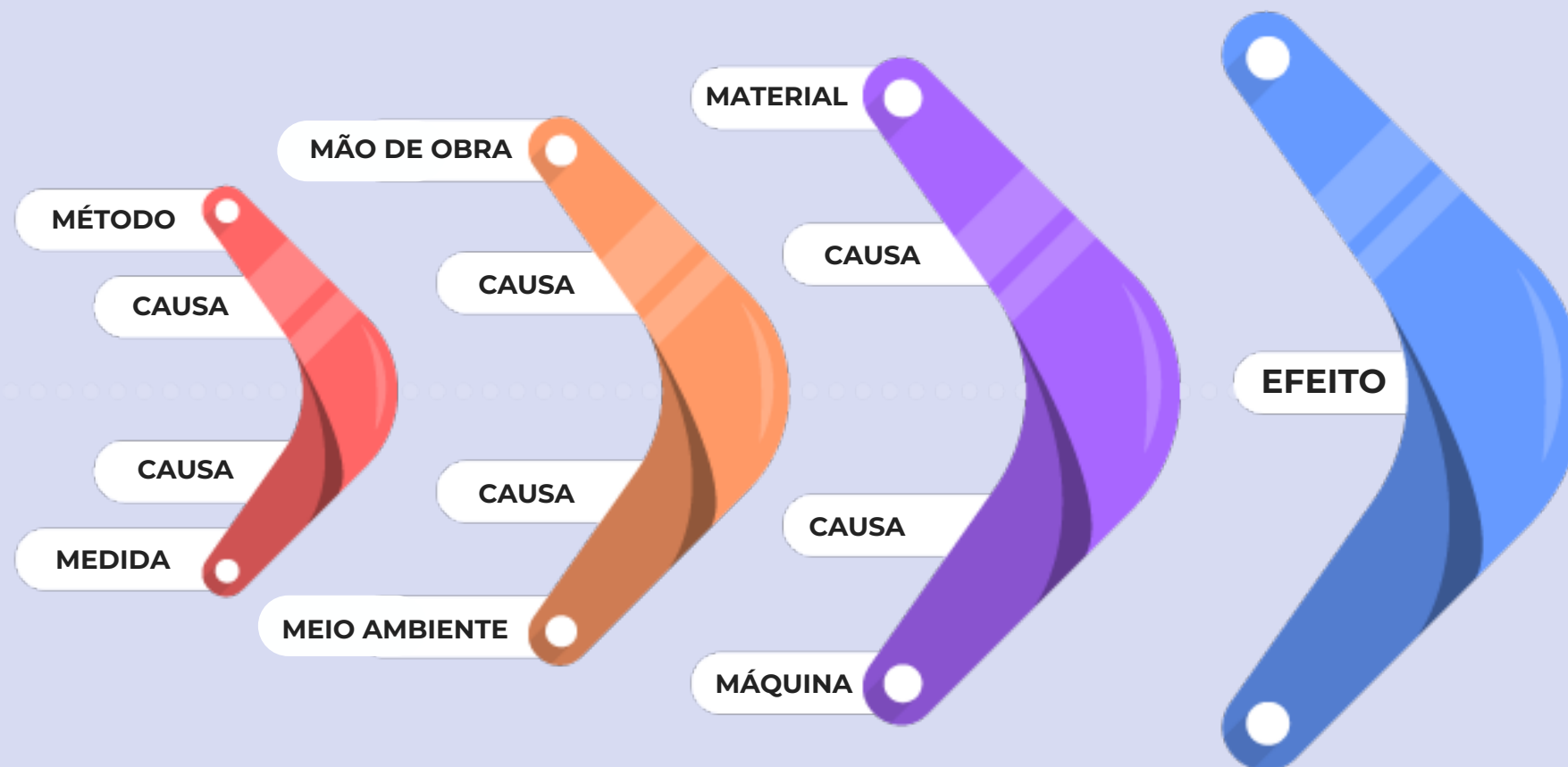


Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe)



Kaoru Ishikawa (1915-1989) nasceu em Tóquio, Japão. Como engenheiro químico foi professor, autor e especialista em gestão da qualidade. Na década de 1960 revolucionou a gestão ao apresentar a ferramenta que leva seu nome.

Segundo Kaoru Ishikawa, a partir da necessidade de otimizar os produtos e processos nas etapas de produção, surge a elaboração de ferramenta visual utilizada para identificar, realizar análise e diagnosticar possíveis causas de uma situação-problema. Tal ferramenta ficou conhecida como Diagrama de Ishikawa, Espinha de Peixe ou Diagrama de Causa e Efeito.

Vamos entender o diagrama que é representado por uma espinha de peixe, a cabeça representa seu desafio ou a situação-problema e as espinhas representam as categorias de causas potenciais.

A aplicação do Diagrama de Ishikawa em um projeto hospitalar pode ser realizada seguindo os passos abaixo:

Identifique o problema: O primeiro passo é identificar claramente o problema que você está tentando resolver. Este problema será a "cabeça do peixe" no seu diagrama.

Monte a equipe: Reúna uma equipe de pessoas que estejam familiarizadas com o processo ou problema em questão. Esta equipe deve ser multidisciplinar, envolvendo diferentes áreas do hospital.

Identifique as categorias de causas: As categorias de causas são as "espinhas" do seu peixe. Na área da saúde, as categorias comumente usadas são conhecidas como os 6M: Mão de obra, Método, Máquina, Medida, Material e Meio ambiente.

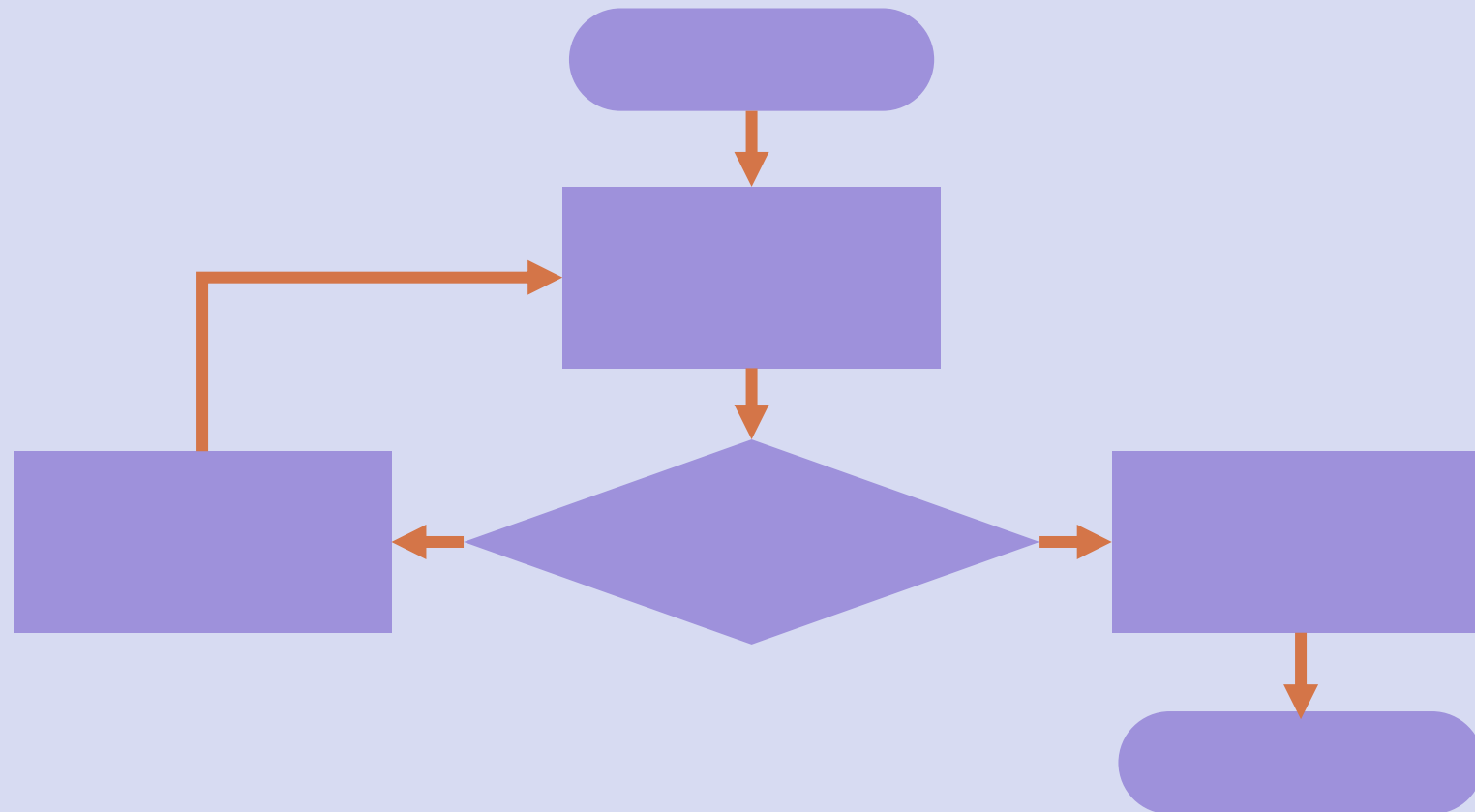
Identifique as causas: Estimule a equipe a expor o máximo de ideias com o objetivo de identificar todas as possíveis causas para o problema. Cada causa identificada deve ser ligada à categoria correspondente.

Analise o diagrama: Uma vez que o diagrama esteja completo, analise-o para identificar as causas que parecem ter o maior impacto no problema.

Planeje ações: Com base na análise, desenvolva um plano de ação para resolver o problema.

Lembre-se, o objetivo do Diagrama de Ishikawa é identificar a causa raiz de um problema, não apenas os sintomas. Portanto, é importante garantir que todas as possíveis causas sejam consideradas e que a equipe esteja aberta a diferentes perspectivas durante o processo.

Fluxograma de decisão



Fluxograma de decisão

<u>Símbolo</u>	<u>Nome</u>	<u>Função</u>
	Processo	Indica qualquer tipo de operação interna dentro do Processador ou Memória
	Entrada/Saída	Usado para qualquer operação de Entrada/Saída (E/S). Indica que o computador deve obter dados ou resultados de saída
	Decisão	Usado para fazer uma pergunta que pode ser respondida em um formato binário (Sim/Não, Verdadeiro/Falso)
	Conector	Permite que o fluxograma seja desenhado sem linhas cruzadas ou sem fluxo reverso.
	Processo predefinido	Usado para chamar uma sub-rotina ou um programa de interrupção.
	Terminal	Indica o início ou o fim do programa, processo ou programa de interrupção
	Linhas de fluxo	Mostra a direção do fluxo.

O fluxograma de decisão é uma ferramenta essencial no contexto da gestão da qualidade na saúde. Ele permite visualizar a sequência de etapas de um processo, facilitando a identificação de materiais, serviços e recursos envolvidos, bem como as decisões críticas que precisam ser tomadas.

O que precisa saber para construir um fluxograma:

- **Operação/Atividade:** Representa uma etapa do processo e é o símbolo mais comum em fluxogramas.
- **Decisão:** Indica um ponto onde uma escolha deve ser feita, levando a diferentes caminhos possíveis no processo.
- **Fluxo de linhas:** Conectores que mostram a direção do processo.
- **Terminação:** Marca os pontos de início e fim de um processo.
- **Conector:** Utilizado para ligar diferentes partes do fluxo, muitas vezes identificados com letras maiúsculas.

Além disso, o fluxograma pode incluir símbolos para espera/atraso, preparação, operação manual, e outros elementos que ajudam a mapear o processo de forma detalhada e compreensível.

Os fluxogramas são divididos em vários tipos, como o Diagrama de Blocos e o Diagrama de Processo, cada um adequado para diferentes níveis de detalhamento e complexidade do processo.

Utilizar o fluxograma de decisão na gestão da saúde contribui significativamente para a melhoria contínua da qualidade dos serviços, apoiando o processo de tomada de decisão e a gestão eficaz das políticas de saúde. Para criar um modelo de fluxograma que auxilie na tomada de decisão sobre o tempo de espera em um pronto atendimento, podemos considerar os seguintes passos:

1. Identificação do Problema: O paciente chega ao pronto atendimento.

2. Triagem: Avaliação inicial do paciente para determinar a urgência.

3. Decisão de Espera:

- Se crítico, encaminhar imediatamente para atendimento.
- Se não crítico, determinar o tempo de espera baseado na capacidade atual do pronto atendimento.

4. Monitoramento do Tempo de Espera: Verificar se o tempo de espera está dentro dos padrões aceitáveis.

5. Reavaliação:

- Se o tempo de espera ultrapassar o limite, reavaliar a condição do paciente.
- Se a condição do paciente piorar, atualizar a prioridade.

6. Atendimento: O paciente é atendido pelo profissional de saúde.

7. Feedback do Paciente: Após o atendimento, coletar feedback para avaliar a satisfação com o tempo de espera e o serviço prestado.

O fluxograma pode ser ajustado conforme as necessidades específicas da instituição de saúde e deve ser acompanhado de uma análise constante para otimização dos processos.

Brainstorming



O Brainstorming, ou "tempestade de ideias", é uma técnica de geração de ideias que promove a participação ativa de todos os membros de uma equipe para resolver problemas ou gerar soluções inovadoras. Desenvolvida originalmente por Alex Osborn em 1938, essa ferramenta é amplamente utilizada em processos de gestão e liderança de pessoas.

Princípios do Brainstorming:

- **Não julgar:** Durante a sessão de brainstorming, todas as ideias são bem-vindas e nenhuma crítica é permitida no início do processo.
- **Quantidade gera qualidade:** O objetivo é gerar o maior número possível de ideias, pois isso aumenta as chances de encontrar soluções inovadoras.
- **Liberdade de expressão:** Os participantes devem se sentir confortáveis para compartilhar qualquer ideia que venha à mente, sem medo de julgamentos.

Quando usar o Brainstorming:

- Para solucionar problemas complexos.
- No planejamento de novas atividades, produtos ou serviços.
- Em qualquer situação que exija soluções criativas e inovadoras.

Como realizar um Brainstorming eficaz:

- 1. Preparação:** Defina claramente o problema e informe os participantes com antecedência.
- 2. Ambiente:** Crie um ambiente que encoraje a livre expressão de ideias.
- 3. Diversidade:** Inclua participantes de diferentes áreas para obter uma ampla gama de perspectivas.
- 4. Facilitador:** Tenha alguém para coordenar a sessão e garantir que as regras sejam seguidas.
- 5. Registro:** Anote todas as ideias para que possam ser revisadas e avaliadas posteriormente.

Técnica dos "5 Porquês"

Primeiro Porquê: Comece com o problema inicial e pergunte "Por quê?".

Segundo ao Quinto Porquê: Para cada resposta, pergunte "Por quê?" novamente, aprofundando-se na cadeia causal.

Identificação da Causa Raiz: Continue o processo até que não seja mais possível responder o "Por quê?", indicando que a causa raiz foi alcançada.



A ferramenta de qualidade "5 Porquês" é uma técnica de análise de causa raiz que ajuda a identificar a origem fundamental de um problema. Criada por Sakichi Toyoda e popularizada pela Toyota, essa técnica envolve fazer a pergunta "Por quê?" repetidamente até que a causa raiz seja descoberta. Essa técnica é particularmente útil para situações em que a causa de um problema não é imediatamente aparente e ajuda a evitar a tendência de tratar apenas os sintomas em vez das causas subjacentes.

Como funciona:

- 1. Primeiro Porquê:** Comece com o problema inicial e pergunte "Por quê?".
- 2. Segundo ao Quinto Porquê:** Para cada resposta, pergunte "Por quê?" novamente, aprofundando-se na cadeia causal.
- 3. Identificação da Causa Raiz:** Continue o processo até que não seja mais possível responder o "Por quê?", indicando que a causa raiz foi alcançada.

Vantagens da ferramenta "5 Porquês":

- **Simplicidade:** Não requer ferramentas ou técnicas estatísticas avançadas.
- **Eficiência:** Ajuda a evitar soluções temporárias, focando na solução definitiva do problema.
- **Versatilidade:** Pode ser usada em diversos contextos e problemas.

Considerações ao usar "5 Porquês":

- Pode ser necessário mais ou menos de cinco "porquês" dependendo da complexidade do problema.
- É importante diferenciar as causas reais dos sintomas do problema.
- Em problemas complexos, pode haver múltiplas causas raízes, então a ferramenta deve ser usada com outras técnicas de análise.

APLICANDO AS FERRAMENTAS DA QUALIDADE NA SAÚDE



Considere um estudo de caso hipotético utilizando a Análise de Pareto na gestão hospitalar:

"Melhoria da Eficiência Hospitalar Através da Análise de Pareto"

Introdução:

Este estudo de caso descreve como um hospital utilizou a Análise de Pareto para identificar e priorizar problemas que afetam a eficiência operacional e a satisfação do paciente.

Contexto:

O hospital enfrentava desafios com longos tempos de espera, altas taxas de infecção hospitalar e reclamações frequentes de pacientes. A gestão decidiu aplicar a Análise de Pareto para abordar essas questões de forma sistemática.

Etapa 1 - Coleta de Dados:

Dados foram coletados sobre várias ineficiências, incluindo tempos de espera, taxas de infecção, erros de medicação, e feedback dos pacientes.

Etapa 2 - Categorização dos Problemas:

Os problemas foram categorizados e quantificados para determinar sua frequência e impacto.

Etapa 3 - Aplicação da Análise de Pareto:

A equipe de gestão criou um gráfico de Pareto, que destacou que 80% dos problemas eram causados por 20% das categorias identificadas.

Etapa 4 - Foco nas 'Poucas Vitais':

As categorias mais críticas, que seguiam a regra 80/20, foram identificadas como 'poucas vitais'. Estas incluíam longos tempos de espera e altas taxas de infecção hospitalar.

Etapas 5 - Desenvolvimento de Estratégias de Melhoria:

Para as 'poucas vitais', foram desenvolvidas estratégias específicas. Por exemplo, para reduzir os tempos de espera, o hospital otimizou a programação de cirurgias e melhorou os processos de admissão.

Etapas 6 - Implementação e Monitoramento:

As estratégias foram implementadas e um sistema de monitoramento foi estabelecido para acompanhar as melhorias e ajustar as ações conforme necessário.

Resultados:

Após a implementação das estratégias, o hospital viu uma redução de 30% nos tempos de espera e uma diminuição de 25% nas taxas de infecção hospitalar. A satisfação do paciente também melhorou significativamente.

Conclusão:

A Análise de Pareto provou ser uma ferramenta eficaz para o hospital identificar e priorizar áreas críticas para melhoria. O foco nas 'poucas vitais' permitiu que a gestão alocasse recursos de forma mais eficiente, resultando em melhorias tangíveis na eficiência operacional e na qualidade do atendimento ao paciente.

Este estudo de caso é um exemplo de como a Análise de Pareto pode ser aplicada na gestão hospitalar para direcionar esforços de melhoria e alcançar resultados significativos.

Para envolver os funcionários na identificação dos problemas durante a aplicação da Análise de Pareto na gestão hospitalar, a equipe pode adotar as abordagens a seguir. Ao envolver os funcionários ativamente no processo de identificação de problemas, a equipe de gestão pode obter uma visão mais abrangente dos desafios enfrentados e promover uma cultura de melhoria contínua.

Workshops e Reuniões de Brainstorming: Organizar sessões interativas onde os funcionários podem compartilhar suas observações e experiências sobre ineficiências e problemas no ambiente de trabalho.

Caixa de Sugestões: Implementar uma caixa de sugestões física ou digital para que os funcionários possam contribuir com ideias de forma confidencial.

Entrevistas Individuais: Realizar entrevistas com funcionários-chave que possuem conhecimento profundo dos processos hospitalares.

Análise de Incidentes: Incentivar a comunicação aberta sobre incidentes e quase-acidentes, utilizando-os como oportunidades de aprendizado e melhoria.

Pesquisas e Questionários: Distribuir pesquisas anônimas para coletar feedback dos funcionários sobre áreas problemáticas e sugestões de melhorias.

Grupos de Foco: Criar grupos de foco com representantes de diferentes departamentos para discutir problemas específicos e possíveis soluções.

Programas de Reconhecimento: Estabelecer programas de reconhecimento para valorizar as contribuições dos funcionários na identificação e resolução de problemas.

Capacitar os funcionários na resolução de problemas e manter uma comunicação transparente sobre os resultados e ações, reforçando a importância de sua participação.

Considere um estudo de caso hipotético utilizando o Diagrama de Ishikawa na gestão hospitalar:

"Redução de Erros de Medicação Através do Diagrama de Ishikawa em um Hospital"

Introdução:

O estudo de caso aborda a aplicação do Diagrama de Ishikawa em um hospital para identificar as causas raízes dos erros de medicação e desenvolver estratégias de prevenção.

Contexto:

O hospital notou um aumento nos relatos de erros de medicação, afetando a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. A gestão decidiu utilizar o Diagrama de Ishikawa para analisar o problema.

Etapa 1 - Definição do Problema:

A equipe de qualidade definiu o problema como "Erros na administração de medicamentos aos pacientes".

Etapa 2 - Criação do Diagrama de Ishikawa:

A equipe desenhou um diagrama com a "espinha" principal apontando para o problema definido e ramos secundários representando categorias de causas potenciais.

Etapa 3 - Identificação das Categorias de Causas:

As categorias comuns utilizadas foram:

- Métodos: Procedimentos de prescrição e administração de medicamentos.
- Máquinas: Equipamentos utilizados na preparação e administração de medicamentos.
- Mão de Obra: Treinamento e competência do pessoal envolvido.
- Materiais: Qualidade e disponibilidade dos medicamentos.
- Medição: Precisão dos sistemas de medição e dosagem.
- Ambiente: Condições do ambiente hospitalar que podem influenciar os erros.

Etapa 4 - Brainstorming para Identificar Causas Específicas:

A equipe realizou sessões de brainstorming para identificar causas específicas sob cada categoria. Por exemplo, sob "Mão de Obra", uma causa identificada foi "falta de treinamento adequado sobre novos medicamentos".

Etapa 5 - Análise das Causas e Desenvolvimento de Soluções:

Para cada causa identificada, a equipe propôs soluções específicas. No caso da falta de treinamento, a solução foi implementar sessões regulares de atualização para a equipe médica.

Etapa 6 - Implementação e Monitoramento:

As soluções foram implementadas e um plano de monitoramento foi estabelecido para acompanhar a eficácia das ações e fazer ajustes conforme necessário.

Resultados:

Após a implementação das soluções, o hospital registrou uma redução de 40% nos erros de medicação em seis meses. A confiança dos pacientes e a satisfação da equipe também melhoraram.

Conclusão:

O uso do Diagrama de Ishikawa permitiu que o hospital identificasse as causas raízes dos erros de medicação e desenvolvesse intervenções eficazes. Este método provou ser uma ferramenta valiosa para a melhoria contínua da segurança do paciente e da qualidade do atendimento.

Este estudo de caso é um exemplo de como o Diagrama de Ishikawa pode ser efetivamente utilizado na gestão hospitalar para resolver problemas complexos e melhorar os processos de atendimento ao paciente.

Considere um estudo de caso hipotético utilizando o Fluxograma de decisão na gestão hospitalar:

“Otimização do Processo de Triagem de Emergência com Fluxograma de Decisão”

Introdução:

Este estudo de caso explora como um fluxograma de decisão foi implementado em um departamento de emergência hospitalar para melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento ao paciente.

Contexto:

O hospital enfrentava desafios com a triagem de pacientes na emergência, resultando em tempos de espera prolongados e uma distribuição ineficiente de recursos. A gestão decidiu utilizar um fluxograma de decisão para otimizar o processo.

Etapa 1 - Identificação do Processo: O processo de triagem de emergência foi identificado como crítico para a melhoria da gestão hospitalar.

Etapa 2 - Desenvolvimento do Fluxograma de Decisão: Uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e administradores, colaborou para desenvolver um fluxograma detalhado que mapeia cada etapa da triagem, desde a chegada do paciente até a alocação de recursos.

Etapa 3 - Definição dos Pontos de Decisão: O fluxograma incluiu pontos de decisão críticos, como a avaliação da gravidade dos sintomas, a necessidade de exames imediatos e a determinação do nível de cuidado necessário.

Etapa 4 - Implementação do Fluxograma: O fluxograma foi implementado como parte do protocolo padrão de triagem. Todos os funcionários receberam treinamento sobre como seguir o fluxograma para tomar decisões rápidas e precisas.

Etapa 5 - Monitoramento e Avaliação: O impacto do fluxograma de decisão foi monitorado através de indicadores-chave de desempenho, como tempo de espera, satisfação do paciente e utilização de recursos.

Resultados:

Após a implementação do fluxograma, o hospital registrou uma redução de 20% no tempo médio de espera e uma melhoria de 15% na satisfação do paciente. Além disso, houve uma utilização mais eficiente dos recursos de emergência.

Conclusão:

A introdução do fluxograma de decisão no processo de triagem de emergência permitiu uma avaliação mais rápida e precisa dos pacientes, melhorando significativamente a eficiência e a qualidade do atendimento. Este estudo de caso demonstra o valor de ferramentas visuais na otimização dos processos hospitalares e na promoção de uma gestão mais eficaz.

Este estudo de caso é um exemplo de como um fluxograma de decisão pode ser aplicado na gestão hospitalar para melhorar processos críticos e aumentar a eficiência operacional.

Para lidar com exceções que não se encaixavam no fluxograma de decisão na gestão hospitalar, a equipe adotou as seguintes estratégias:

Protocolos de Escalada:
Estabeleceram-se protocolos claros para escalar casos que não se encaixam nas categorias pré-definidas do fluxograma para a equipe de gestão ou especialistas médicos.

Revisão Contínua do Fluxograma: O fluxograma é considerado um documento vivo, sujeito a revisões periódicas para incorporar novos cenários e feedback dos funcionários.

Treinamento em Resolução de Problemas: A equipe recebeu treinamento em habilidades de resolução de problemas e pensamento crítico para lidar efetivamente com situações atípicas.

Sistema de Registro de Exceções: Implementou-se um sistema para registrar todas as exceções, permitindo análises futuras e ajustes no fluxograma.

Flexibilidade no Processo: Enquanto o fluxograma serve como um guia geral, a equipe foi treinada para exercer julgamento clínico e adaptar as decisões com base nas necessidades individuais dos pacientes.

Comunicação Eficaz: Promoveu-se uma comunicação aberta entre os membros da equipe para discutir e resolver exceções em tempo real.

Considere um estudo de caso hipotético utilizando o Brainstorming na gestão hospitalar:

“Implementação da Ferramenta Brainstorming com Foco na Melhoria Contínua no Atendimento ao Paciente/Cliente”

Introdução:

Este estudo de caso descreve como um hospital utilizou sessões de Brainstorming para identificar e implementar melhorias no atendimento ao paciente.

Contexto:

O hospital estava enfrentando problemas com a satisfação do paciente e eficiência operacional. A gestão decidiu empregar o Brainstorming para gerar ideias inovadoras e soluções práticas.

Etapa 1 - Preparação para o Brainstorming: A equipe de gestão organizou uma série de sessões de Brainstorming, convidando funcionários de diversos níveis e departamentos para participar.

Etapa 2 - Definição de Objetivos: Os objetivos das sessões foram claramente definidos, focando em áreas específicas como redução de tempos de espera, melhoria da comunicação com os pacientes e otimização dos processos de alta.

Etapa 3 - Condução das Sessões de Brainstorming: Durante as sessões, os participantes foram encorajados a compartilhar livremente suas ideias, sem julgamentos ou críticas. Todas as sugestões foram registradas para análise posterior.

Etapa 4 - Análise e Seleção de Ideias: Após as sessões, a equipe de gestão analisou as ideias coletadas, priorizando-as com base em viabilidade, impacto e alinhamento com os objetivos do hospital.

Etapas 5 - Desenvolvimento de Planos de

Ação: Para as ideias selecionadas, foram desenvolvidos planos de ação detalhados, incluindo etapas de implementação, responsáveis e prazos.

Etapas 6 - Implementação e

Monitoramento: As ideias escolhidas foram implementadas e monitoradas para avaliar sua eficácia. A equipe de gestão utilizou feedback contínuo para ajustar e melhorar as iniciativas.

Resultados:

As sessões de Brainstorming resultaram em várias melhorias, como a introdução de um novo sistema de triagem digital, que reduziu os tempos de espera em 25%, e a criação de um programa de treinamento para melhorar a comunicação entre a equipe e os pacientes.

Conclusão:

O Brainstorming provou ser uma ferramenta valiosa para o hospital, permitindo a colaboração entre diferentes departamentos e a geração de soluções criativas para os desafios enfrentados. O processo levou a melhorias significativas na satisfação do paciente e na eficiência operacional.

Ao lidar com ideias que não eram viáveis ou práticas durante as sessões de Brainstorming na gestão hospitalar, a equipe seguiu um processo estruturado para garantir que todas as sugestões fossem consideradas e avaliadas de forma justa. Aqui estão as etapas que eles tomaram:

Agradecimento e Registro: Todas as ideias foram agradecidas e registradas, independentemente de sua viabilidade inicial. Isso encorajou a participação contínua e a geração de ideias sem medo de julgamento.

Discussão Aberta: Ideias que não eram obviamente inviáveis foram discutidas em mais detalhes. Isso permitiu que a equipe explorasse possíveis adaptações ou variações que poderiam tornar a ideia mais prática.

Feedback Construtivo: Quando uma ideia era considerada inviável, o feedback era dado de forma construtiva, explicando os motivos e possivelmente sugerindo como ela poderia ser reformulada.

Criação de Subcomitês: Para ideias com potencial, mas que precisavam de mais desenvolvimento, subcomitês foram formados para explorar a viabilidade e apresentar recomendações.

Avaliação Inicial: Uma avaliação rápida foi feita para identificar quais ideias eram claramente impraticáveis devido a restrições legais, financeiras ou de recursos.

Revisão Periódica: Ideias inicialmente descartadas foram revisadas periodicamente, pois mudanças nas circunstâncias ou novas informações poderiam torná-las viáveis no futuro.

Documentação e Aprendizado: Mesmo as ideias não implementadas foram documentadas para servir como aprendizado e referência para futuras sessões de Brainstorming.

Considere um estudo de caso hipotético utilizando a técnica dos “5 Porquês” na gestão hospitalar:

“Aplicação da Técnica dos 5 Porquês para Reduzir a Incidência de Infecções Hospitalares”

Introdução:

Este estudo de caso ilustra como um hospital utilizou a técnica dos “5 Porquês” para investigar a causa raiz de um aumento nas taxas de infecção hospitalar e desenvolver estratégias eficazes para mitigar o problema.

Contexto:

O hospital identificou um aumento preocupante nas infecções hospitalares ao longo de três meses, o que levou a uma revisão dos processos e procedimentos internos.

Etapa 1 - Identificação do Problema: O problema inicial identificado foi o aumento das taxas de infecção pós-operatória entre os pacientes.

Etapa 2 - Primeiro Porquê: Por que houve um aumento nas taxas de infecção pós-operatória?

As infecções estavam sendo rastreadas até a sala de cirurgia nº 5.

Etapa 3 - Segundo Porquê: Por que a sala de cirurgia nº 5 estava associada a um número maior de infecções?

Foi descoberto que a sala de cirurgia nº 5 tinha uma taxa de falha de esterilização mais alta do que outras salas.

Etapa 4 - Terceiro Porquê: Por que a sala de cirurgia nº 5 tinha uma taxa de falha de esterilização mais alta?

O equipamento de esterilização da sala estava desatualizado e apresentava defeitos frequentes.

Etapa 5 - Quarto Porquê: Por que o equipamento de esterilização estava desatualizado e defeituoso?

O hospital não tinha um processo de manutenção preventiva eficaz para o equipamento de esterilização.

Etapa 6 - Quinto Porquê: Por que o hospital não tinha um processo de manutenção preventiva eficaz?

Não havia um sistema de gerenciamento de ativos que monitorasse a condição e o desempenho do equipamento ao longo do tempo.

Desenvolvimento de Estratégias de Melhoria: Com base na análise dos “5 Porquês”, o hospital implementou um novo sistema de gerenciamento de ativos para monitorar o equipamento de esterilização, estabeleceu um programa de manutenção preventiva e substituiu o equipamento desatualizado na sala de cirurgia nº 5.

Resultados:

Após a implementação das melhorias, o hospital viu uma redução de 60% nas taxas de infecção pós-operatória associadas à sala de cirurgia nº 5 em um período de seis meses.

Conclusão:

A técnica dos “5 Porquês” permitiu que o hospital identificasse a causa raiz do problema e implementasse soluções direcionadas que resultaram em uma melhoria significativa na segurança do paciente e na qualidade do atendimento.



Módulo seis

#EUACREDITO



**Maytha
Miguel**

Supervisora
do projeto

PALAVRA DA AUTORA:

Está na hora de ACREDITAR: No Módulo VI, focaremos no papel crucial da liderança na promoção de mudanças e na condução de iniciativas de melhoria na saúde. Traremos à discussão deste importantíssimo pilar atua na garantia de alcance dos resultados estratégicos, promovendo uma cultura de inovação e enfrentar os desafios da transformação organizacional. Sejam bem-vindos e que tenham um excelente aproveitamento.



Conheça. Acredite. Transforme.

PREPARANDO A LIDERANÇA PARA ATUAR EM MUDANÇAS



Segundo Chiavenato (1997) a liderança é definida como uma influência interpessoal exercida numa dada situação e direcionada através do processo de comunicação para alcance de um ou mais objetivos. Um bom líder, mais do que gerenciar tarefas, precisa visualizar seus colaboradores como parceiros e motivá-los para que alcancem os objetivos e a missão da organização.

O líder é responsável pela disseminação dos valores, mitos e crenças da organização, ou seja, ele reflete a cultura organizacional, sendo assim seu papel é fundamental no sentido de promover ambientes que sejam adequados e proporcionem maior comprometimento e engajamento condizentes com os valores da empresa (SOTO, 2011).

Nesse sentido a liderança é um tema essencial para os gestores devido ao papel decisivo que representa na eficácia do grupo e da organização, as pessoas tem o desejo e a necessidade de serem ouvidas com respeito e empatia e quanto mais desenvolvida a inteligência emocional for, maior a possibilidade do gestor lidar de maneira adequada com os sentimentos e sensações da equipe e com os seus próprios, propiciando um ambiente de trabalho saudável e conseqüentemente mais produtivo. Sendo assim, entende-se que liderança e inteligência emocional devem caminhar juntas.

Liderar não é uma tarefa simples pois a organização é composta por diferentes tipos de colaboradores e exige paciência, disciplina, humildade, respeito e compromisso.

A definição de liderança segundo Chiavenato (2005) envolve dois aspectos, o primeiro a habilidade de motivar as pessoas a fazer aquilo que precisa ser feito e o segundo a tendência dos seguidores, de acompanhar aqueles que percebem como instrumentos para satisfazer os seus próprios objetivos e necessidades pessoais. Desta forma, as empresas devem buscar para estes cargos pessoas preparadas, para Charan (2008) tais líderes devem possuir diferentes competências, habilidades de comunicação e sociais, eles precisam ser capazes de comunicar sua visão, mas também precisam ser bons ouvintes, construtivos e articulados e capazes de influenciar os outros, além disto, devem compreender o local onde trabalham, sabendo agir de acordo com a cultura e os valores da instituição.

Para obter sucesso na gestão é importante que o líder saiba lidar com trabalho em equipe, relações interpessoais e motivação.

Segundo Chiavenato (1997), o líder deve ter uma alta habilidade de lidar com pessoas e de fazer as coisas com e por meio delas. Deve possuir um enorme instinto de comunicação, saber ouvir e saber falar, receber e saber transmitir mensagens e ideias, entrevistar e comunicar, ter uma forte dose de calor humano. empatia e simpatia. Precisa ainda indicar firmeza, transmitir e delegar responsabilidades.

Apesar de toda essa facilidade no relacionamento com as pessoas, o líder usa a sua autoridade de maneira discreta, mas firme e absoluta. Transfere e delega responsabilidades, mas mantém o controle das coisas, assegura a ação e domina o caminho em direção aos objetivos a serem alcançados.

Ainda de acordo com mesmo autor, apesar disso, a liderança é muito mais educadora do que controladora. Impulsiona as pessoas para frente, suporta pressão e amortece seu impacto sobre a equipe e resiste à frustração. Consegue automotivar-se pela autorrealização e consegue motivar as outras pessoas pelos desafios e pelas recompensas.

Liderar de forma eficaz consiste em: formar e manter uma equipe bem selecionada; treinar e desenvolver continuamente seus subordinados, mantendo um elevado grau de habilidades e conhecimentos; conseguir o comprometimento sincero das pessoas com relação à objetivos e metas individuais, grupais e organizacionais; e acima de tudo, motivar as pessoas, elevando a sua autoestima e o seu sentimento de realização (CHIAVENATO, 2005).

GESTÃO E LIDERANÇA NAS EQUIPES DE SAÚDE



Compreender a origem e a trajetória da liderança no contexto dos serviços de saúde é fundamental para entender como as práticas atuais foram moldadas e como podem ser aprimoradas para enfrentar os desafios contemporâneos. A evolução da liderança em saúde reflete mudanças sociais, tecnológicas, econômicas e políticas ao longo do tempo. Aqui está uma visão geral da história e desenvolvimento da liderança em serviços de saúde:

1. Raízes Históricas

A liderança em saúde tem raízes antigas, remontando às primeiras civilizações que reconheciam a importância dos cuidados com a saúde. Naquela época, a liderança era frequentemente vinculada a figuras religiosas ou comunais que detinham conhecimentos médicos tradicionais. Com o surgimento das primeiras escolas de medicina na Grécia Antiga, como a de Hipócrates, começou a se formar um corpo de conhecimento médico que exigia uma nova forma de liderança, baseada mais no conhecimento técnico e científico.

2. Desenvolvimento Institucional

Durante a Idade Média e o Renascimento, a criação de hospitais e a formalização da educação médica em universidades trouxeram novas necessidades de liderança administrativa e clínica. A liderança começou a ser vista não só como uma questão de expertise médica, mas também de gestão de recursos e organização institucional.

3. Era Moderna e o Surgimento de Profissões de Saúde

Com o advento da Revolução Industrial e avanços na ciência médica, houve uma profissionalização crescente nas carreiras de saúde. O século XX viu o surgimento de figuras como os administradores hospitalares e os líderes de opinião em medicina, que começaram a moldar as políticas de saúde e a gestão de grandes sistemas de saúde.

4. Impacto das Guerras Mundiais

As duas guerras mundiais tiveram um impacto significativo na liderança em saúde devido à necessidade de tratamento médico massivo e organizado, o que levou a avanços em logística, trauma e cirurgia. Essas experiências destacaram a importância de uma liderança eficaz na coordenação entre diferentes especialidades e na gestão de crises.

5. Revolução Tecnológica e Globalização

Nos últimos decênios, a revolução tecnológica e a globalização transformaram a liderança em saúde. Os líderes de saúde agora precisam gerenciar informações complexas, tecnologias avançadas e uma força de trabalho diversificada. Além disso, as questões de saúde pública global, como pandemias e desigualdades no acesso à saúde, requerem uma liderança que possa pensar globalmente enquanto age localmente.

6. Mudança de Paradigma para Liderança Colaborativa

Recentemente, tem-se observado uma mudança em direção a uma liderança mais colaborativa e interdisciplinar, reconhecendo que os desafios complexos da saúde contemporânea exigem a contribuição de múltiplas disciplinas e a participação comunitária ativa.

7. Futuro da Liderança em Saúde

O futuro da liderança em saúde provavelmente continuará a evoluir com ênfase na inovação, adaptabilidade e uma abordagem holística que considere as dimensões sociais da saúde, além das clínicas e tecnológicas. A liderança futura deve estar preparada para lidar com a crescente complexidade dos sistemas de saúde, a diversidade populacional e as mudanças rápidas em tecnologia e políticas de saúde.

Refletir sobre essa trajetória ajuda a entender as competências atuais necessárias para a liderança em saúde e fornece compreensão sobre como os líderes podem se preparar para os desafios futuros, garantindo que os serviços de saúde sejam eficazes, eficientes e empáticos.

A liderança no setor de saúde, de fato, envolve uma complexidade única dada a variedade de fatores éticos, morais, espirituais, sociais e políticos que influenciam as decisões diárias. Para lidar eficazmente com essas variáveis, os líderes em saúde precisam desenvolver uma série de competências interdisciplinares e uma compreensão profunda do contexto humano e social em que atuam.

As organizações de saúde reúnem diversos profissionais, como médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe administrativa, de limpeza e nutricionistas. Essa diversidade exige que os gestores se comuniquem eficazmente com todos e compreendam as melhores estratégias para cada situação. As equipes assistenciais geralmente têm uma formação técnica e pouca experiência em gestão de equipes. Portanto, é essencial que as unidades de saúde invistam na formação e desenvolvimento de líderes através de coaching, mentoring, treinamentos, palestras e eventos, já que a liderança é uma habilidade que pode ser adquirida.

Para as empresas prestadoras dos serviços de saúde, temos três momentos caracterizados por Limongi-França (2005): líder, liderado e situação. A liderança, demonstra a influência do líder diante do processo de interferir no comportamento das pessoas (liderados) e na condição de fazer perpetuar a organização.

Para o exercício da influência da liderança, conforme salientam Lanzoni e Meireles (2011), a educação é fundamental e está relacionada diretamente com a valorização da formação acadêmica e ao aperfeiçoamento dessa competência. Dado que a liderança pode ser compreendida e desenvolvida, é necessário que haja interesse e iniciativa tanto por parte dos colaboradores (que almejam serem líderes) quanto das instituições.

Investir na formação dos líderes da área de saúde pode provocar impacto positivo na melhoria contínua dos serviços, sendo fundamental relacionar as características e as habilidades dos mesmos às relações interpessoais, principalmente no que diz respeito a comunicação.

A formação contínua é essencial para manter os líderes atualizados com as mais recentes práticas de gestão em saúde, legislação e tecnologia. Programas de treinamento que focam em habilidades de liderança, como gestão de conflitos, tomada de decisão ética e comunicação eficaz, são vitais. Tais programas devem incluir workshops, seminários e cursos de atualização, preferencialmente com uma abordagem prática, utilizando simulações e estudos de caso.

Apesar de toda essa facilidade no relacionamento com as pessoas, o líder usa a sua autoridade de maneira discreta, mas firme e absoluta. Transfere e delega responsabilidades, mas mantém o controle das coisas, assegura a ação e domina o caminho em direção aos objetivos a serem alcançados.

Ainda de acordo com mesmo autor, apesar disso, a liderança é muito mais educadora do que controladora. Impulsiona as pessoas para frente, suporta pressão e amortece seu impacto sobre a equipe e resiste à frustração. Consegue automotivar-se pela autorrealização e consegue motivar as outras pessoas pelos desafios e pelas recompensas.

Liderar de forma eficaz consiste em: formar e manter uma equipe bem selecionada; treinar e desenvolver continuamente seus subordinados, mantendo um elevado grau de habilidades e conhecimentos; conseguir o comprometimento sincero das pessoas com relação à objetivos e metas individuais, grupais e organizacionais; e acima de tudo, motivar as pessoas, elevando a sua autoestima e o seu sentimento de realização (CHIAVENATO, 2005).

HABILIDADES DA LIDERANÇA



As instituições hospitalares nos últimos tempos têm observado, cada vez mais, que não existe outro caminho para o sucesso se não o de investir no capital humano. Pensando nisso, a liderança ocupa um papel fundamental na construção desse sucesso, as habilidades fundamentais para um líder estão relacionadas a criatividade, inovação, gerenciamento de conflito e trabalho em equipe.

De acordo com Prestes (2019), seguem algumas competências necessárias para o cargo de liderança no ambiente hospitalar, sendo elas:



Ter visão clara e entendimento: o líder é a pessoa mais bem preparada da equipe, com o entendimento do cenário completo do hospital; possui um olhar sistêmico. Enxerga o que precisa ser feito e ainda estimula para que todos trilhem o caminho em direção às metas propostas pela instituição;

Assume responsabilidades: o líder está sempre à frente das demandas, trazendo para sua gestão direta aquilo que lhe compete, sem dificuldade alguma em assumir riscos e responsabilidades. Consegue demonstrar à equipe que assumir responsabilidades não significa centralizar decisões, executar tarefas operacionais, mas sim compartilhar pontos de vista, ouvir os pares, discutir possibilidades na busca pela execução de um projeto ou na resolução de um problema;

Cria um clima propício: o líder trabalha na criação de um clima favorável, harmonioso e propício para a ação, com o suporte emocional e intelectual para que as pessoas se sintam amparadas e seguras em suas tarefas;

É resiliente: o líder compreende que a resiliência é uma das principais competências a ter ou desenvolver. O líder resiliente, mesmo nas maiores adversidades, é capaz de se manter sereno e controlado para apoiar as pessoas de seu time. Consegue utilizar do momento de atribulação para o aprendizado e o fortalecimento, de onde sairá mais preparado para outros períodos difíceis. O líder é diferenciado por não se vitimizar nas dificuldades, pois foca suas ações na busca de soluções para os problemas e estimula as pessoas do seu time a caminharem juntas;

Transforma ideias em ação: o líder é movido para a ação. É a pessoa que, além de ter uma comunicação assertiva para expor suas ideias, consegue organizá-las de maneira prática e sequenciada, para que as pessoas de sua equipe compreendam e possam agir orientadas. Sabemos que muitos são detentores de boas ideias, embasam-se em excelentes literaturas, metodologias e roteiros; contudo, não conseguem implementá-las. Neste ponto, o líder eficaz diferencia-se muito, pois é capaz de transformar ideias em ação e, por consequência, entregar os resultados que o hospital necessita;

Compartilha conhecimento: o líder congrega os pontos fortes de seus liderados, em termos de conhecimento técnico, comportamental e de atitudes, e realiza o compartilhamento em rede. Sabemos que as pessoas que compõem os times normalmente não são dotadas de todas as competências necessárias. Isto não se trata de um problema quando o líder consegue conectar as pessoas da equipe, de maneira que passem a trabalhar em rede, para que se complementem. Esta é uma das principais sacadas da liderança movida pelo resultado, pois compreende que não adianta gerar competição interna entre os membros da equipe, o que os leva a trabalhar isoladamente. Entende que a competição não gera resultado positivo, mas que a parceria interna resulta em crescimento mútuo;

Cria o sentimento de pertencimento: o líder consegue transmitir a importância de seus liderados para atingimento dos resultados da instituição e engaja-os por meio do sentimento de pertencimento. As pessoas do time passam a se doar mais quando entendem o propósito do hospital e qual o seu papel neste cenário. Elas geram um alinhamento de propósito com a empresa quando percebem que seu líder valoriza mais suas principais competências, foca nelas e as estimula, não enfatizando seus pontos frágeis. Nesta fase de maturidade da liderança, as pessoas do time sentem-se mais seguras para expor suas dificuldades na execução das tarefas de rotina e procuram mais apoio interno, por compreender que a busca é pelo crescimento mútuo: pessoas e organização;

Estimula o aprendizado na prática: dentro das organizações hospitalares, uma forma efetiva de desenvolver pessoas é por meio do ensino-aprendizado, quando elas se tornam partícipes do processo. A ideia é de que os próprios colaboradores, dotados de competências específicas para tal, sejam os treinadores de seus colegas – uma vez que a etapa de trabalho em rede tenha sido superada –, tornando-os atores principais de seu próprio desenvolvimento, com a lógica de que quem ensina sempre aprende.

Essa dinâmica de interação entre colegas tende a ser muito positiva, em que o membro da equipe que se dispõe a fazer parte desses ciclos de aprendizado passa a despertar maior interesse por desenvolver a atividade da forma como ela foi proposta e divulgada aos demais, dentro dos padrões estabelecidos e pensados para o melhor atendimento das metas e dos objetivos institucionais.

Essa possibilidade existe em qualquer âmbito e complexidade de atividades, desde as mais simples, as que chamamos de operacionais, até as consideradas estratégicas, como, por exemplo, entre os líderes da empresa, por meio de benchmarking para a troca e padronização de metodologia na condução de times.

É importante destacar que, no âmbito tático-operacional, poderá haver maior resistência das pessoas em assumir o protagonismo do ensino-aprendizado, pois nem todos se sentem preparados para falar em público, por menor que seja o número de ouvintes, e mesmo sendo sobre um assunto de seu domínio. A restrição deve ser respeitada até que a liderança consiga desenvolver essa competência com o liderado. Outro ponto a ser considerado nessa metodologia é que a liderança não fica desobrigada a participar ativamente dos treinamentos. A responsabilidade do líder aumenta diante da necessidade de estar atento às potencialidades percebidas em cada momento, e para que seja possível emitir feedbacks pertinentes após os eventos, por se tratar de uma oportunidade de crescimento coletivo;

Feedback assertivo: o líder é cuidadoso na forma de dar a devolutiva, pois considera o momento como oportuno para o crescimento de seu liderado. Tem sempre como foco principal da conversa a potencialização dos pontos positivos e a exposição de como eles contribuem para que o hospital melhore a cada dia. Dessa forma, os pontos fortes são reforçados e os pontos de melhoria são expostos de maneira respeitosa, clara, estruturada e, a partir disso, o líder estabelece com o liderado um plano de desenvolvimento individual;

Trabalha com planejamento: o líder estrutura suas ações com base em planejamento sistematizado, por meio da organização das demandas institucionais e de seu time, para que consiga permear e inter-relacionar as necessidades como um todo. Com base nas metas e nos objetivos do hospital, desenvolve ações de longo, médio e curto prazos, estabelecendo diariamente as tarefas. Cria indicadores de resultado para o monitoramento efetivo;



Gerencia o tempo: o líder consegue identificar quais tarefas precisa realizar com prioridade. Escolhe resolver primeiro as mais difíceis, para evitar a procrastinação. Tem o hábito de estabelecer prioridades claras e finalizar as atividades importantes em pouco tempo. Não se perde em meio a ações rotineiras. Prioriza aquelas que, estrategicamente, levam ao atingimento dos objetivos e das metas.

GESTÃO POR COMPETÊNCIAS



Atualmente a gestão estratégica de competência vem sendo discutido em todo território nacional e internacional. Segundo Le Boterf (2003), a competência está associada há três pilares: a formação da pessoa; sua formação educacional; e sua experiência profissional.

Esses resultados são produtos da ‘metacompetências’ que envolve comunicação, criatividade, solução de problemas, aprendizagem e autodesenvolvimento, agilidade mental, análise e reflexão, ou seja, são um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que justificam um alto desempenho.



mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (formados por componentes cognitivos, funcionais, comportamentais, éticos e políticos) que gera “resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional), econômica (organização) e socialmente (sociedade)”

(Paiva & Melo, 2008, p. 348)

Modelo de competência profissional

Fonte: Paiva; Melo (2009, p. 5)



- **Competência cognitiva/conhecimento** - possuir conhecimentos profissionais apropriados e a habilidade de colocá-los em prática de maneira efetiva.
- **Competência funcional** - habilidade de desempenhar uma série de tarefas voltadas para a função profissional específica de maneira efetiva para produzir resultados
- **Competência pessoal/comportamental** - habilidade de adotar comportamentos apropriados observáveis em situações de trabalho.
- **Competência Ética/ Valores** - possuir valores pessoais e profissionais apropriados e a habilidade de realizar julgamentos e tomar decisões em situações de trabalho com base nesses valores.
- **Política:** habilidade em jogos políticos e nas relações de poder inerentes às organizações, na manutenção do profissionalismo.

Contudo, a gestão por competência se dá antes da contratação do departamento de Recursos Humanos (RH), na solicitação da vaga é de extrema importância que se tenha claro as habilidades, conhecimentos e atitudes do possível candidato. O RH para uma contratação assertiva, possui ferramentas como, Perfil Estruturado por Competência (PEC) que tem a finalidade recrutar e selecionar profissionais de acordo com as exigências e perfil de cada cargo.

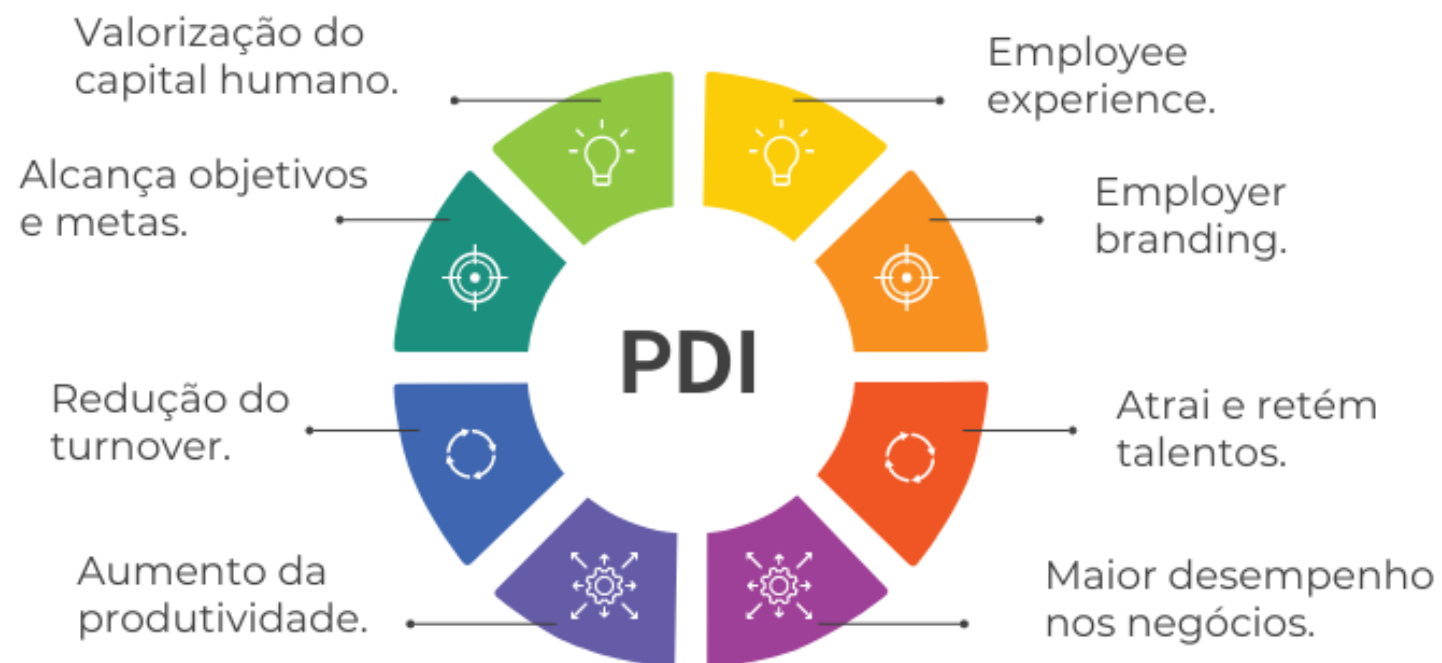
Prestes 2019, aponta que “não é factível e racional os gestores esperarem que o mercado ofereça os chamados líderes “prontos”. Por isso, precisamos nos atentar a dois pontos.

a) por mais preparada que seja a pessoa, é pouco provável que venha de fora conhecendo a cultura do hospital, seu modo de trabalhar e suas particularidades;

b) o foco na formação de grande parte dos profissionais de saúde está atrelado aos conhecimentos específicos de sua área de atuação, e não em ferramentas de gestão de pessoas.

De acordo com Viera, et al. 2019, no serviço de saúde no Brasil, a maioria dos cargos gerenciais são ocupados por enfermeiro e médico, que em suas formações possuem conteúdos voltado a gestão de pessoas, contudo, “não investem o tempo necessário ao estudo do tema, de forma a tornar os acadêmicos aptos para a liderança” (Preste, 2019. p. 54).

Com isso, a importância da implementação de um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), que tem como finalidade analisar perfil empresarial, mapear competência, desenvolver competência e monitorar. Na figura abaixo seguem alguns benefícios da ferramenta.



A IMPORTÂNCIA DA LIDERANÇA NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO



No processo de Acreditação o papel do líder é de extrema importância, pois para implementação das diretrizes propostas pela metodologia ONA exige um desenvolvimento ou a mudança da cultura organizacional. Alterações na rotina provocam desconforto, os indivíduos precisam de um tempo para adaptação frente as novas rotinas exigidas. Quando são sugeridas transformações podemos pensar em dois grupos; grupo 1 - as pessoas tendem a ficar receosas e defensivas diante da ameaça ao status quo. Já no grupo 2 – estão pessoas que se sentem motivadas e aberta cooperação.

Quando pensamos em cultura de segurança do paciente (tema abordado no Módulo III), todos os setores devem estar envolvidos e pensando igualmente, com objetivo de evitar eventos indesejáveis e danos ao usuário, por isso, a importância de protocolos definidos, por exemplo, a identificação correta do paciente, ou alteração de um piso, que eventualmente pode levar a uma queda, sendo assim, podemos concluir que tais acontecimentos impactam na qualidade assistencial, portanto, acreditação é global deve envolver a alta direção até o serviço entregue na ponta.

Diante deste cenário, o líder se mostra como um facilitador no processo de desenvolvimento das equipes. Para Ruggiero, 2019 “Cabe à liderança colocar um ideal motivador que envolva emocionalmente as pessoas com a importância de se promover um cuidado seguro e de excelência”. A díade líder e liderados devem estar na mesma página para melhoria contínua ao atendimento do paciente.

O engajamento das pessoas: alinhamento de propósito

Fonte: Prestes, (2019, p. 58)



As competências citadas no tópico habilidades da liderança são de grande valia para o engajamento de pessoas, o líder deve comunicar de forma direcionada, segura e transparente. E com isso, ter como resultado o alinhamento das metas organizacionais interligadas com os valores e interesse pessoais dos colaboradores.

A liderança está interligada a todos os níveis da Acreditação ONA, tendo como finalidade encontrar melhores estratégias para identificar o maior equilíbrio entre custo, acesso e qualidade do atendimento.



Módulo sete

#EUACREDITO



**Viviane
Souza**

Autora convidada

PALAVRA DA AUTORA:

Está na hora de ACREDITAR: Por fim, no Módulo VII, examinaremos a experiência do paciente como um componente essencial da qualidade na saúde. Veremos como a satisfação e o bem-estar do paciente não só impactam diretamente na sua recuperação, mas também na reputação e sucesso da instituição de saúde como um todo.



Conheça. Acredite. Transforme.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA



Nos últimos anos, tem havido um crescente reconhecimento e evolução do conceito de cuidados centrado na paciente / pessoas. Registros indicam que a primeira definição do cuidado centrado no paciente foi apresentada por Edith Balint em 1969, caracterizando-o como o entendimento do paciente como “um indivíduo único”. Mais recentemente, em 2001, o relatório "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*", (*Atravessando o Abismo da Qualidade: Um Novo Sistema de Saúde para o Século 21*), produzido pelo *Institute of Medicine* - IOM (Instituto de Medicina), destacou o cuidado centrado no paciente como fundamental para melhorar a qualidade e segurança dos serviços de saúde. Neste documento, o termo é definido como a entrega de cuidados de maneira respeitosa,

atendendo às necessidades, preferências e valores do paciente, com a garantia de que tais valores orientam todas as decisões (Pádua et al., 2024).

Para Pádua et al a terminologia referente à abordagem de cuidado centrado no paciente/pessoa tem sido alvo de debate, com a literatura apontando para a equivalência conceitual entre "cuidado centrado no paciente" e "cuidado centrado na pessoa". No entanto, recentemente, há uma tendência em reconhecer a integralidade da pessoa, o que tem levado à transição para o uso do termo "cuidado centrado na pessoa", buscando incorporar não só as necessidades e preferências clínicas, mas também outros aspectos relevantes. Esse movimento reflete uma compreensão crescente da complexidade dos pacientes e visa aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde, promovendo uma abordagem mais holística e empática.

O atendimento humanizado em saúde é uma abordagem que coloca o paciente no centro do cuidado, reconhecendo sua individualidade, dignidade e autonomia. Essa prática vai além do tratamento das condições médicas, buscando estabelecer uma conexão genuína entre os profissionais de saúde e os pacientes, baseada na empatia, compaixão e respeito (DUARTE, 2019).

O atendimento humanizado não apenas melhora a experiência do paciente, mas também pode levar a melhores resultados de saúde, maior adesão ao tratamento e maior satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. É uma abordagem essencial para garantir que o cuidado de saúde seja verdadeiramente centrado na pessoa e que responda às necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente.

As estratégias apontadas por Duarte (2019) para relativizar o tempo de espera dos usuários em instituições de saúde são extremamente relevantes para melhorar a experiência dos pacientes durante esse período muitas vezes desafiador. Para reduzir o tempo de espera dos usuários em instituições de saúde sem recursos, oferecer entretenimento como livros, Netflix e acesso à internet pode ajudar. Para crianças, disponibilizar jogos e vídeos na *PlayKids* é útil. Comunicar claramente sobre a espera e qualquer atraso também é essencial. Essas medidas melhoram a experiência do paciente durante a espera, mesmo em cenários com recursos limitados.

De acordo com Cruz, (2021 p.31) os valores recebidos pelos pacientes são:

- 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.

A evolução do cuidado centrado no paciente para o cuidado centrado na pessoa reflete um movimento em direção à integralidade do indivíduo nos cuidados de saúde. Essa abordagem busca considerar não apenas as necessidades clínicas, mas também aspectos emocionais e sociais. O atendimento humanizado, fundamentado na empatia e respeito, não só aprimora a experiência do paciente, mas também promove melhores resultados de saúde e satisfação geral. Estratégias como a redução do tempo de espera e a valorização da comunicação empática contribuem significativamente para essa abordagem centrada na pessoa, assegurando que os pacientes se sintam verdadeiramente cuidados e ouvidos durante todo o processo de cuidado de saúde.

FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO



Desenvolver uma metodologia eficaz para melhorar a experiência do paciente requer uma abordagem holística, considerando:

**CULTURA
ORGANIZACIONAL**

LIDERANÇA

**ENGAJAMENTO DOS
STAKEHOLDERS**

MÉTRICAS

A cultura organizacional, definida pelos valores e comportamentos compartilhados, é fundamental para integrar o paciente no centro do cuidado.

Os líderes desempenham um papel crucial na promoção dessa cultura e no comprometimento com a experiência do paciente.

O engajamento de todos os *stakeholders* (partes interessadas), incluindo profissionais de saúde e pacientes, é essencial para garantir uma experiência de qualidade, refletindo as necessidades e percepções dos envolvidos. É importante reconhecer que proporcionar uma boa experiência aos pacientes também envolve cuidar dos colaboradores, promovendo uma cultura organizacional sustentável.

Para Rodrigues e Taffner (2024 p.7) "existem inúmeras métricas para se mensurar a experiência do paciente, obviamente, algo imprescindível para uma instituição acompanhar o seu desempenho e ter a melhoria contínua da assistência prestada".

Seguem as métricas mais utilizadas

- Satisfação do paciente: avalia a satisfação com os serviços de saúde, geralmente através de pesquisas e questionários.
- NPS - Net Promoter Score (Pontuação Líquida de Promotores): mensura a lealdade e a propensão de recomendação do paciente à organização de saúde.
- PREMs - Patient Reported Experience Measures – (Medidas de Experiência Relatada pelo Paciente): examina a percepção do paciente sobre a qualidade do atendimento, comunicação e acessibilidade dos serviços.
- PROMs - Patient Reported Outcome Measures – (Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente): avalia diretamente os resultados de saúde relatados pelos pacientes, incluindo sintomas, funcionalidade e qualidade de vida.
- Tempo de espera: mede o tempo de espera para atendimento em consultas, exames ou procedimentos.

- Comunicação e engajamento do paciente: avalia a qualidade da interação entre profissionais de saúde e pacientes, bem como o envolvimento do paciente em seu próprio cuidado.
- Acessibilidade: mensura a facilidade de acesso aos serviços de saúde, incluindo agendamento, localização e transporte.
- Segurança do paciente: avalia a percepção do paciente sobre a segurança dos cuidados recebidos, incluindo prevenção de erros médicos e higiene.
- Continuidade do cuidado: mede a coordenação e continuidade do cuidado entre diferentes profissionais e serviços de saúde ao longo do tempo.
- Personalização do cuidado: avalia o grau de personalização dos cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

De acordo com Duarte (2019) a adoção do Net Promoter Score (NPS), no ambiente hospitalar representa uma evolução significativa na medição da satisfação do paciente. A NPS é uma métrica simples e direta, baseada na "Pergunta Definitiva", que consiste em perguntar aos pacientes: "Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o Hospital X a um amigo ou familiar?" Essa pergunta é seguida pela solicitação de motivos para a nota atribuída.

Essa abordagem oferece várias vantagens em relação aos métodos tradicionais de pesquisa de satisfação. Primeiro, é altamente adaptável aos canais digitais, permitindo que os pacientes forneçam feedback (opinião) de forma rápida e conveniente, através de dispositivos como smartphones ou computadores. Isso aumenta significativamente a taxa de resposta e reduz o tempo necessário para coletar dados.

Além disso, o NPS fornece insights claros e acionáveis, permitindo que os hospitais identifiquem áreas de melhoria com base no feedback dos pacientes. Ao entender os motivos por trás das notas atribuídas, as instituições de saúde podem implementar mudanças específicas para melhorar a experiência do paciente e aumentar a sua satisfação.

Em resumo, o NPS é uma ferramenta poderosa para medir e melhorar a qualidade dos serviços hospitalares, oferecendo uma abordagem eficaz, ágil e centrada no paciente para avaliar a sua satisfação e fidelidade. Claro, vou destacar as diferenças entre as modalidades de Net Promoter Score (NPS) e fornecer alguns exemplos para ilustrar cada uma:

NPS Relacional

Objetivo: Avaliar a experiência geral do paciente ao longo de toda a sua jornada no hospital.

Perguntas Exemplo:

"Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o Hospital X como um todo?"

"Quais foram os principais pontos positivos da sua experiência geral no Hospital X?"

"Quais áreas você acha que precisam de melhorias no Hospital X?"

Exemplo de Aplicação:

Após receber alta hospitalar, os pacientes preenchem uma pesquisa abrangente que avalia vários aspectos da sua experiência, desde a admissão até a alta, incluindo atendimento médico, conforto das instalações, comunicação com a equipe, entre outros.

NPS Transacional

Objetivo: Avaliar pontos específicos da jornada do paciente, como uma consulta, procedimento cirúrgico ou atendimento de emergência.

Perguntas Exemplo:

"Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o Hospital X com base na sua experiência durante a consulta/ procedimento/ atendimento de emergência de hoje?"

"Quais foram os principais pontos positivos da sua experiência durante a consulta/procedimento/atendimento de emergência de hoje?"

"Quais áreas você acha que precisam de melhorias durante a consulta/procedimento/atendimento de emergência de hoje?"

Exemplo de Aplicação:

Após uma consulta médica, os pacientes recebem uma pesquisa específica para avaliar a qualidade do atendimento recebido durante essa consulta, incluindo a pontualidade, a comunicação do médico, a clareza das explicações e outros aspectos relacionados à consulta em si.

Essas duas modalidades de NPS permitem uma avaliação abrangente e detalhada da experiência do paciente, tanto no contexto geral como em pontos específicos da jornada hospitalar, ajudando os hospitais a identificar áreas de excelência e oportunidades de melhoria em seus serviços (Duarte, 2019).

Em resumo para desenvolver uma metodologia eficaz para melhorar a experiência do paciente exige considerações holísticas, incluindo a cultura organizacional, o papel dos líderes e o engajamento de stakeholders. Métricas como a satisfação do paciente e o Net Promoter Score (NPS) são cruciais para monitorar e melhorar continuamente os serviços de saúde, proporcionando uma abordagem centrada no paciente e impulsionando a qualidade da assistência hospitalar.

A QUALIDADE NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE



Para discutirmos a qualidade na experiência do paciente, convém entendermos o significado de qualidade no campo da saúde. Donabedian conceituou qualidade em saúde como algo que consiste em um conjunto de atributos relacionados à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, a um mínimo risco ao paciente e à elevada satisfação por parte dos pacientes.

Essa abordagem situa-se no espectro da certificação e integra o elenco de ações de acreditação em saúde conforme relata Bonato:

As discussões sobre a gestão da qualidade ganharam força com a atuação das organizações acreditadoras ou certificadoras, que indiretamente movimentaram o mercado (BONATO, 2011).

A experiência do paciente é parte fundamental na aferição da qualidade no atendimento na área da saúde e é relatada como um conjunto de características constituído por "todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio da continuidade do cuidado" (WOLF et al., 2014, p.3). Complementando essa definição, temos o que sintetiza Beatty afirmando ser tudo o que acontece com as pessoas e até que ponto suas necessidades são atendidas (BEATTIE et al., 2015).

Segundo Nogueira (2014), em versão adaptada do artigo de Donabedian a qualidade do cuidado em saúde pode ser definida por sete atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Como podemos perceber, a qualidade na experiência do paciente é um aspecto fundamental que impacta diretamente a excelência na acreditação de instituições de saúde. Quando falamos em qualidade nesse contexto, estamos nos referindo não apenas aos procedimentos médicos em si, mas também a toda a jornada que o paciente percorre desde o primeiro contato com uma unidade de saúde até o período de alta médica.

Um dos pilares da qualidade na experiência do paciente é a humanização do atendimento. Isso significa tratar cada paciente como um indivíduo único, com suas necessidades, medos e expectativas. Desde a recepção cordial até a comunicação simples, clara e empática por parte dos profissionais de saúde, cada interação contribui para a percepção de qualidade por parte do paciente.

Além disso, a segurança do paciente é outro aspecto crucial. Isso envolve desde a correta identificação do paciente e dos procedimentos a serem realizados até a prevenção de erros e a garantia de um ambiente livre de infecções. Quando o paciente se sente seguro durante todo o processo de atendimento, sua confiança na instituição de saúde aumenta significativamente.

A qualidade na experiência do paciente também está diretamente relacionada à eficiência dos processos. Isso inclui desde a marcação de consultas e exames até a agilidade no atendimento e na entrega de resultados. Quando os processos são bem estruturados e fluem de forma eficiente, o paciente percebe isso como um sinal de organização e comprometimento por parte da instituição.

Outro ponto importante é a comunicação transparente e acessível. Os pacientes precisam entender claramente o que está acontecendo em relação ao seu tratamento, quais são as opções disponíveis, quais são os possíveis riscos e benefícios, entre outras informações relevantes. Esse diálogo deve ser compatível com eventuais necessidades específicas como aquelas apresentadas por pessoas com deficiência, sobretudo pessoas cegas, surdas ou com deficiência intelectual. Uma comunicação eficaz reduz a ansiedade e melhora a adesão do paciente ao tratamento proposto.

A importância da qualidade na experiência do paciente vai além do aspecto humanitário. Ela também está diretamente ligada à reputação e credibilidade da instituição de saúde.

Pacientes satisfeitos tendem a recomendar a instituição para outras pessoas e a deixar avaliações positivas, contribuindo assim para uma imagem positiva no mercado.

No contexto da acreditação, a qualidade na experiência do paciente desempenha um papel fundamental. As organizações de saúde que buscam a excelência na acreditação devem focar não apenas nos aspectos técnicos e operacionais, mas também na experiência global do paciente. Afinal, a satisfação e o bem-estar do paciente são critérios cada vez mais valorizados pelos órgãos certificadores.

A busca pela excelência na acreditação exige um comprometimento contínuo com a melhoria dos processos, a capacitação dos profissionais de saúde, o investimento em tecnologia e infraestrutura adequadas, e, principalmente, o foco no paciente como centro de todo o cuidado prestado.

São elementos constituintes do processo de qualificação da experiência: atenção individualizada e personalizada, participação efetiva do paciente nas decisões referentes a sua situação, estrutura e instalações apropriadas, gestão do tempo de espera, comunicação simples, clara e objetiva, boa higiene e segurança.

Em resumo, a qualidade na experiência do paciente é um fator determinante para a excelência na acreditação de instituições de saúde. Ela envolve diversos aspectos, desde a humanização do atendimento até a eficiência dos processos e a comunicação transparente. Priorizar a qualidade na experiência do paciente não apenas beneficia o paciente individualmente, mas também contribui para a reputação e sucesso da instituição no cenário da saúde.



youtube.com/@acreditacaoemsaude



ACESSE AS LIVES DO PROJETO NO YOUTUBE!

Escaneie o QR Code e acesse
nosso canal do YouTube, com
conteúdos relevantes e práticos
com especialistas da área.



REALIZAÇÃO



PARCEIROS
OFICIAIS DO
PROJETO



CONCLUSÃO

Uma organização focada em resultados precisa ser transparente e motivar a equipe para alcançar as metas estabelecidas, aumentando assim a produtividade. A cultura de melhoria contínua, apoiada por ferramentas de qualidade, melhora a eficiência e reduz desperdícios e custos.

Para colocar o paciente no centro do cuidado, é necessária uma cultura organizacional que comece pela alta liderança e se torne parte da estratégia institucional. Acompanhamentos periódicos garantem a constância de propósito.

Participe desta capacitação de 30 horas sobre acreditação hospitalar com metodologia ONA e obtenha seu certificado de conclusão, preparando-se para alcançar a excelência em gestão e segurança no atendimento ao paciente.

PAINEL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**EBOOK SOBRE
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR
COM METODOLOGIA ONA**



acredita

Conheça. Acredite. Transforme.

REALIZAÇÃO



PARCEIROS
OFICIAIS DO
PROJETO

