

GUIA DIGITAL SOBRE FERRAMENTAS DA QUALIDADE EM SAÚDE NA GESTÃO HOSPITALAR

Francisca Syonara Moraes Rodrigues

“Insanidade é fazer sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes” Albert Einstein.

Fortaleza-CE
2020

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE - MEPGES

RODRIGUES, Francisca Syonara Moraes
FURTADO, Cora Franklina do Carmo

“O líder é aquele capaz de fazer com que sua equipe acredite nele. O grande líder é aquele capaz de fazer com que sua equipe acredite nela.”

Prof. Ms. Reynaldo Tajra França Filho.

Contato:
syonara.rodrigues@gmail.com
Teresina-PI
@syonara_rodrigues

ISBN: 978-65-00-15616-4



Autora: Francisca Syonara Moraes Rodrigues
Possui graduação em Secretariado Executivo pelo Instituto Federal do Piauí (2006) e graduação em Bacharelado em Administração pela Universidade Estadual do Piauí (2010), Especialista em Gestão de Pessoas pelo Instituto Federal do Piauí (2011), Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Piauí (2014), e Especialista em Micropolítica do Trabalho e Gestão em Saúde pela Universidade Federal Fluminense - UFF-RJ(2015) e Mestre em Gestão em Saúde - UECE(2020). CEO do Instituto de Excelência na Gestão em Saúde - IEGES e Professora Consultora Nível II da Faculdade UNIP em Teresina-PI, Avaliadora de Projetos em Economia 4.0 do Instituto Federal de Educação Tecnológica do Piauí - IFPI. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração Geral, Administração Pública, Ensino a distância, Gestão em Saúde, Ensino na Saúde e Gestão de Pessoas.

Orientadora: Cora Franklina do Carmo Furtado
Formada em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Ceará (1990), Mestre em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e Doutora em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza (2016). Atualmente é coordenadora dos Cursos de Administração e Administração Pública modalidade EAD da Universidade Estadual do Ceará e professora assistente da Universidade Estadual do Ceará. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração, atuando principalmente nos seguintes temas: administração, administração pública, empreendedorismo social, qualidade e cultura de consumo com orientações advindas da antropologia.

Patrocínio:
@institutoieges



“Quem não cuida do paciente, deve cuidar de quem cuida”.

Citado por Prof. Allan Egon Kern

APRESENTAÇÃO

Gerenciar qualidade pode ser um trabalho oneroso. Especialmente, quando se relaciona qualidade **unicamente à quantidade de equipamentos e insumos** para um devido processo de trabalho. Maior desafio ainda é dirigir uma instituição hospitalar, que tem equipes multiprofissionais que precisam dar resultado, o desafio de **otimizar custos e manter o processo de melhoria contínua, tanto âmbito público como privado**. Esse processo no Brasil depende de modernização, muitos investimentos em estrutura estoque, difícil de repor e seu desmantelamento pode levar a um colapso no atendimento da saúde suplementar e do SUS, principalmente fora das grandes capitais do país (MONTEIRO, 2018).

Na luta para a garantia do cuidado seguro, o Institute for Healthcare Improvement (IHI), mergulhou no desafio de combater mortes desnecessárias, dor ou sofrimento desnecessários, esperas indesejadas, impotência do cuidado ou de quem é cuidado, desperdício e exclusão, através da campanha 100 mil vidas, onde disponibilizou algumas ferramentas e a participação na formação dos profissionais (TRINDADE; LAGE, 2019).

Corroborando essa necessidade, o Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (2019), reitera que o maior desafio da saúde é incorporar ferramentas de qualidade e gestão de risco. Utilizar-se de **ferramentas, métodos e técnicas de melhoria da qualidade em saúde que possam ser exequíveis e propiciem melhor gestão dos serviços de saúde**.

Este guia foi criado como produto da Dissertação intitulada: Desenvolvimento de guia digital sobre ferramentas de melhoria da qualidade em saúde na gestão hospitalar, aprovada por uma banca examinadora, para o Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES-UECE em 2020, pelas autoras Francisca Syonara Moraes Rodrigues(discente) e Prof^a. Dr^a. Cora Franklina do Carmo Furtado(Professora Orientadora). Para tanto, demonstra a utilização de ferramentas que podem propiciar melhoria da qualidade em saúde dividida em questões básicas como: **o planejamento e a qualidade, ferramentas para iniciar o controle da qualidade e o que o gestor precisa saber sobre ferramentas de gestão de riscos em ambientes hospitalares, como uma proposta para implementação** visando a otimização de insumos, recursos e utilização de equipamentos para a garantia da longevidade destes na oferta dos serviços de saúde pelos hospitais, **sem utilização de softwares ou equipamentos de grande porte**, mas que recomenda-se ser **praticadas**, e se possível, **institucionalizadas** para alcançarem seu melhor resultado.

SUMÁRIO

◆ INTRODUÇÃO	5
◆ SEÇÃO I - O PROCESSO DE PLANEJAMENTO INSTRUMENTALIZADO	6
Análise ou Matriz SWOT	7
Matriz GUT	9
Balanced Scorecard ou BSC.....	11
5W2H ou Plano de Ação.....	14
Brainstorming.....	16
Benchmarking.....	18
◆ SEÇÃO II - INICIANDO O CONTROLE DA QUALIDADE - TRÊS FERRAMENTAS BÁSICAS DE QUALIDADE.....	20
Lista de Verificação ou Checklist	21
Fluxograma.....	23
Diagrama de Ishikawa.....	26
◆ SEÇÃO III - MÉTODOS E TÉCNICAS DE QUALIDADE DE FÁCIL IMPLEMENTAÇÃO.....	28
Estratificação	29
Ciclo PDSA.....	31
5 Porquês	34
5 S	36
◆ SEÇÃO IV - FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE RISCOS EM SAÚDE	39
Estrutura do Bow-Tie	41
Estrutura do HFMEA.....	42
Escalas HFMEA.....	43
◆ ORIENTAÇÕES FINAIS SOBRE A APLICAÇÃO DAS FERRAMENTAS	44
◆ REFERÊNCIAS.....	45
◆ APÊNDICE ÚNICO.....	47

“Se você não instrumentaliza a gestão, é possível que você não esteja gerindo”.

Prof. Ms. João Batista Silva.

INTRODUÇÃO

O conceito da Ciência da Administração pode ser definido como um conjunto de atividades, princípios, regras, normas que têm por objetivo planejar, organizar, dirigir (coordenar e liderar) e controlar esforços de um grupo de indivíduos que se associam para atingir um resultado comum (LACOMBE, 2008). Não diferente, em hospitais públicos ou privados, como uma empresa e/ou instituição, que precisa apresentar resultado, a saber: a melhoria da saúde de seus usuários; também pode acontecer o mesmo, se assim seu gestor ou corpo de gestores institucionalizarem, por meio de política, portaria ou instrumento que oficialize que a instituição preza pela discussão instrumentalizada de seus processos de trabalho.

O conceito de **"Ferramentas da Qualidade"** abrange qualquer metodologia e/ou técnica que gere melhorias para o seu processo (ONA, 2020). Trata-se, portanto, na área da saúde como ferramenta, técnica de planejamento, ferramentas básicas ou avançadas de qualidade, métodos ou técnicas que facilitam o processo de trabalho do dia a dia.

Contanto, o risco de associar o uso de "qualquer" ferramenta à gestão em saúde está associada à possibilidade de utilização equivocada em práticas de gestão em saúde. Das iniciativas mais recentes no intuito de melhorar a qualidade e segurança dos serviços de saúde no Brasil, o Governo Federal através da Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que sugere dentre suas estratégias de implementação: **guias** e normas para os serviços de saúde, **capacitação de gerentes sobre o tema, prática de padronização**, dentre outras (BRASIL, 2013).

Em uma visão moderna, autores da Administração como Drucker, Deming (1990), e Mintzberg (2009) reiteram características como **prática situacional, sistema de melhoria contínua, ação transformadora, desempenho**, dentre outros, como exercício da gestão efetiva que aplica conceitos e teorias para a melhoria contínua na prática. (SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

As ferramentas da qualidade, então, são instrumentos de auxílio à gestão, simples, porém poderosos meios de alavancar resultados, especialmente quando bem aplicadas na melhoria dos processos e solução de problemas (SILVA, 2016).

Este guia traz consigo a proposta de ser uma opção para **gestores de hospitais, em nível estratégico, como instrumento de consulta acessível de maneira off-line, gratuito, com a definição da gênese conceito e sugestões de uso, dividido por seções que consideraram o planejamento, ferramentas básicas, além de métodos e técnicas exequíveis nos serviços de saúde.**

SEÇÃO I - O PROCESSO DE PLANEJAMENTO INSTRUMENTALIZADO

Análise ou Matriz SWOT

ORIGEM

- ◆ Ainda objeto de rastreio, a origem do SWOT perpassa por pesquisas sobre planejamento corporativo realizadas no Stanford Research Institute (SRI) de 1960 a 1970, os estudos de Albert Humphrey, da Stanford University, e de dois professores da Unidade de Políticas da Harvard Business School - George Albert Smith Jr e C Roland Christensen durante o início dos anos 50, e da Unidade de Políticas da HBS, Kenneth Andrews, no mesmo período, onde desde então, utilizamos como atualmente (FM2S, 2020).

CONCEITO

- ◆ É um processo de avaliação do ambiente interno e externo empresarial imbuído de uma postura pró-ativa, aberta para aprender com os outros numa perspectiva de estímulo à criatividade e de insights voltados ao alcance de resultados superiores (CAMP, 1998). É um acrônimo para Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats, em inglês ou Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças em português, que serve como técnica de planejamento estratégico.

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA UTILIZAÇÃO

- ◆ Reunir os gestores de área para realizar uma apresentação do que é ou pretende ser o hospital;
- ◆ Solicitar que em grupos diferentes, eles construam o que acreditam ser as fraquezas, oportunidades, forças e ameaças do hospital;
- ◆ Receber as sugestões e analisar como o corpo diretor;
- ◆ Desenhar uma proposta piloto de **Matriz SWOT e missão, visão e valores**,
- ◆ Validar a proposta junto aos gestores de áreas, fazendo as correções necessárias.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Identificação do cenário atual do hospital;
- ◆ Definição de identidade organizacional;
- ◆ Definição de objetivos estratégicos.

Análise ou Matriz SWOT - Exemplo

Análise SWOT ou FOFA - Hospital "Excelência em Gestão"

Análise SWOT ou FOFA - Hospital "Excelência em Gestão"						
Nº	Análise Interna		Análise Externa			
	Forças	Fraquezas	Oportunidades	Ameaças		
1	trabalhadores motivados	alto número de equipamentos em manutenção	grande demanda de pacientes para cirurgia geral	baixo financiamento da saúde		
2	espaços físicos revitalizados	ingerência sobre o processo de compras e aquisições	programas de acreditação de qualidade em hospitais	alto custo dos equipamentos hospitalares		
3	referência na área de cirurgia geral	instrumento de escuta do paciente incipiente				
4	sistema de prontuário eletrônico	ausência de indicadores de gestão				
n...						
Proposta de Missão:		Proporcionar assistência à saúde com qualidade na área de cirurgia geral.				
Proposta de Visão:		Ser referência em cirurgia geral no Nordeste até 2023.				
Proposta de Valores:		1. Qualidade	2. Excelência	3. Verdade	4. Empatia	5. Prática baseada em evidências
Ações) de melhoria proposta						
Nº	Itens a correlacionar	Modo de análise	Sugestões de Melhoria			
1	Forças + Oportunidades	(Como capitalizar?)	Analisar o aumento da capacidade instalada para o atendimento a pacientes de cirurgia geral			
2	Fraquezas + Oportunidades	(Como melhorar?)	Instituir indicadores de gestão que propiciem melhor conhecimento sobre os processos de manutenção, compras e escuta ao paciente.			
3	Forças + Ameaças	(Como monitorar?)	Instituir indicadores financeiros de controle de custos			
4	Fraquezas + Ameaças	(Como Eliminar?)	Acompanhar o cumprimento do plano de manutenção de equipamentos com vistorias periódicas.			

Matriz GUT

ORIGEM

- ◆ Proposta por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe, em 1981 como uma das ferramentas utilizadas na Solução de Problemas. É uma ferramenta de Qualidade usada para definir prioridades dadas as diversas alternativas de ação. Seleciona e escalona os problemas, levando em conta aspectos negativos e positivos. Efetiva para gestão de objetivos (KEPNER, TREGOE, 1981).

CONCEITO

- ◆ É uma ferramenta utilizada no intuito de priorizar os problemas e, conseqüentemente tratá-los, levando em conta suas gravidades, urgências e tendências (MAXIMIANO, 2012). É um acrônimo para Gravidade, Urgência e Tendência.

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Liste os objetivos definidos para a instituição;
- ◆ Convoque os gestores de área para uma votação coletiva com base na tabela de priorização;
- ◆ Efetue o cálculo de prioridade conforme o modelo e pronto, você terá os objetivos prioritários a alcançar;
- ◆ Ainda durante a sessão da Matriz GUT, negocie os responsáveis para cada um deles, solicitando um plano de ação no modelo 5W2H (presente neste material).

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Refinamento de objetivos a serem alcançados pelo hospital;
- ◆ Escalonamento de prioridades de ações entre objetivos definidos.
- ◆ Recomenda-se associar o resultado da Matriz GUT à solicitação de um plano de ação - 5W2H, proposta pelos setores envolvidos ao processo de trabalho.

Matriz GUT - Exemplo

MATRIZ GUT						
Nº	Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	GxUxT	Classificação
1	Falta de treinamento dos profissionais	3	3	5	45	1º
2	Ausência de fardamento dos profissionais	4	2	4	32	2º
3	Defeito no tomógrafo	5	1	5	25	3º
4	Alto número de reclamações dos pacientes	3	2	3	18	4º

G		U		T	
Gravidade		Urgência		Tendência	
5	Extremamente grave	5	precisa de ação imediata	5	irá piorar rapidamente se nada for feito
4	muito grave	4	é urgente	4	irá piorar em pouco tempo se nada for feito
3	grave	3	o mais rápido possível	3	irá piorar
2	pouco grave	2	pouco urgente	2	irá piorar a longo prazo
1	sem gravidade	1	pode esperar	1	Não irá mudar

Balanced Scorecard ou BSC

ORIGEM

- ◆ Segundo KAPLAN e NORTON (1997), "As empresas não estavam conseguindo obter vantagens competitivas sustentáveis, apenas com a implementação de novas tecnologias, ativos físicos, e com a excelência da gestão eficaz dos ativos e passivos financeiros". Para isso, criaram uma ferramenta visual que relaciona as perspectivas de produtividade das empresas em: financeira, clientes, processos internos e aprendizado e crescimento.

CONCEITO

- ◆ é um sistema de planejamento e gestão estratégica. As organizações usam BSCs para que comunique o que eles estão tentando realizar, alinhe o trabalho do dia-a-dia que todos estão fazendo com a estratégia, priorize projetos, produtos e serviços e seja possível medir e monitorar o progresso em direção às metas estratégicas (BSC.ORG, 2020)

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Com a identidade organizacional definida, pesquise ou monte seus indicadores de gestão;
- ◆ Distribua-os pelas perspectivas do BSC;
- ◆ Defina metas a serem alcançadas;
- ◆ Monitore o desenvolvimento dos indicadores preenchendo os dados mês a mês

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Acompanhamento setorial de indicadores de gestão das diversas áreas;
- ◆ Pode ser feito em modelo de mapa estratégico com identidade organizacional e objetivos para ter uma representação gráfica disponível a todo o hospital.

Balanced Scorecard

Hospital "Excelência em Gestão"

Missão: Proporcionar assistência à saúde com qualidade na área de cirurgia geral.

Visão: Ser referência em cirurgia geral no Nordeste até 2023.

Setor: Diretoria Administrativa

Coordenador: Adm. Bernardo Neto

Período: Janeiro a Junho 2020

Perspectivas**Financeira**

Objetivo: Otimizar a compra de medicamentos no hospital.

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Meta	Polaridade	Índice de conformidade alcançado
Tempo médio de processos licitatórios	45	48	36	31	27	70	30 dias	Quanto menor melhor	42,83
Custo médio de medicamentos	38%	67%	78%	22%	34%	23%	30%	Quanto menor melhor	44%

Clientes

Objetivo: Monitorar a satisfação dos clientes do hospital.

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Meta	Polaridade	Índice de conformidade alcançado
Taxa de satisfação de atendimento ao cliente	80%	75%	78%	77%	91%	85%	85%	Quanto maior melhor	81%
Tempo de espera para consultas	20	28	25	32	36	39	40 min	Quanto menor melhor	30,00

Processo Internos

Objetivo: Otimizar a capacidade instalada do hospital.

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Meta	Polaridade	Índice de conformidade alcançado
Taxa de ocupação hospitalar	91%	92%	97%	98%	98%	98%	95%	Quanto maior melhor	96%
Taxa de permanência hospitalar	3	4	5	4	5	4	4 dias	Quanto menor melhor	4,17

Aprendizado e Crescimento

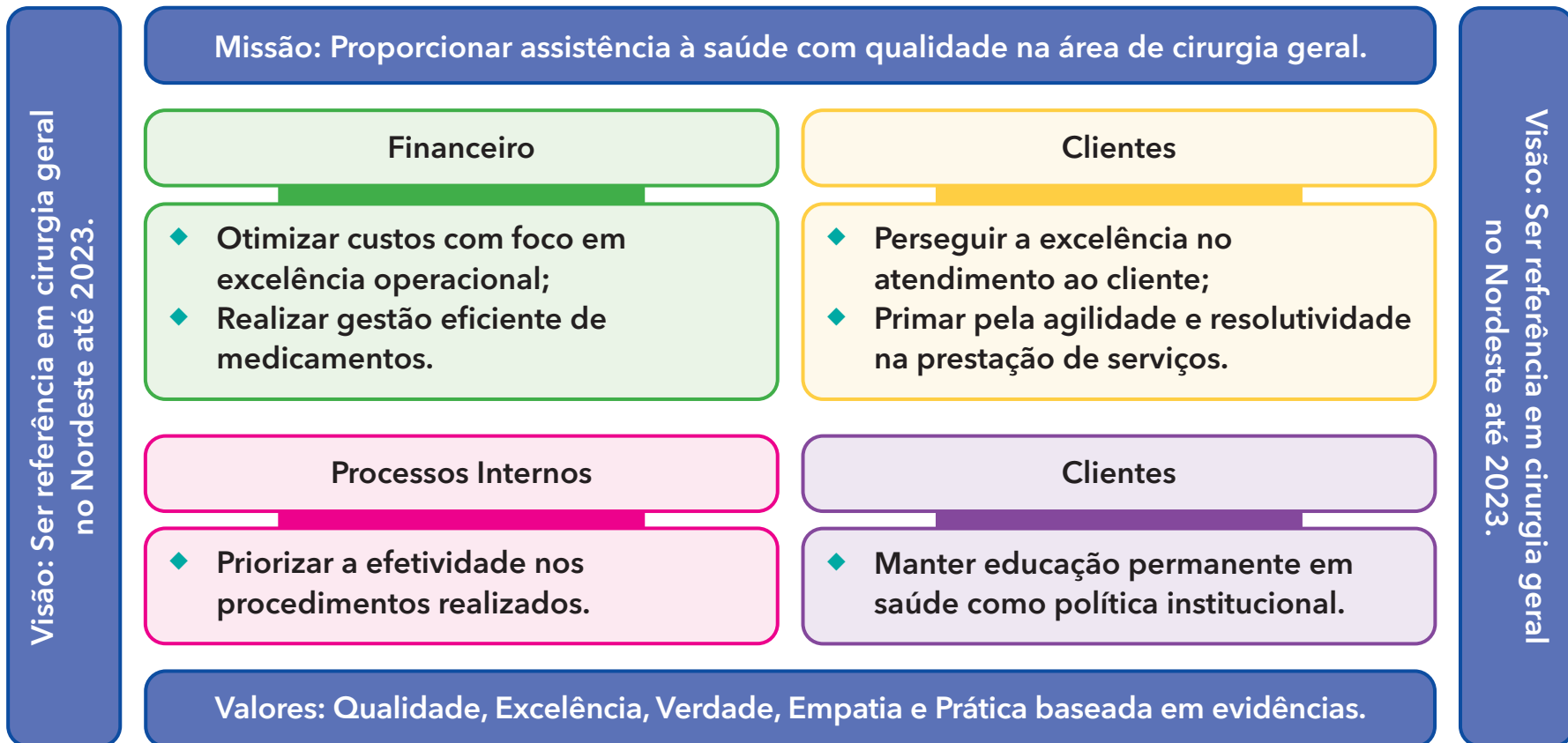
Objetivo: Incentivar o ensino e pesquisa no hospital.

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Meta	Polaridade	Índice de conformidade alcançado
Índice de treinamento de trabalhadores e trabalhadoras	67%	87%	89%	95%	95%	95%	95%	Quanto maior melhor	88%

Valores

Qualidade	Excelência	Verdade	Empatia	Prática baseada em evidências
-----------	------------	---------	---------	-------------------------------

Balanced Scorecard em formato de Mapa Estratégico



5W2H ou Plano de Ação

ORIGEM

- ◆ Registros apontam que as “seven key questions”, nasceram do modelo Toyota de Produção em 1950, quando Taiichi Ohno e Eiji Toyoda visitaram os Estados Unidos da América para conhecer o atual sistema de produção de referência: o Fordismo. Apresenta variação como o 5W1H e o 5W3H. Sendo similares entre si e com mais ou menos aprofundamento sobre a pergunta How much? (quanto custará?). Essa variação se torna interessante em casos em que o custo do que foi definido é muito baixo ou irrelevante (FERRAMENTAS DA QUALIDADE.ORG, 2020; FIA, 2020).

CONCEITO

- ◆ De forma geral representa um conjunto de atividades que precisam ser desenvolvidas com CLAREZA EXTREMA por parte dos colaboradores da empresa. Define o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área da empresa, todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita e qual o custo recai para a empresa (ONA, 2017). É um acrônimo para os elementos que compõem sua estrutura, a saber: Who(O quê), Why(Porque), Who(Quem), Where(Onde), When(Quando), How(Como) e How much(Quanto).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Defina um objetivo a ser alcançado
- ◆ Reúna a equipe envolvida;
- ◆ Discutam e preencham os campos do 5W2H para o alcance da melhoria.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Elaboração de plano de ação anual (que pode ter acompanhamento a cada trimestre);
- ◆ Elaboração de projetos, programas ou ações de melhoria nas diversas áreas do hospital;
- ◆ Elaboração de roteiro de ação para alcance de determinada melhoria.

5W2H

Plano de Ação							
Oportunidade de melhoria:	Alta taxa de permanência hospitalar						
Objetivo:	Reduzir a taxa de permanência hospitalar à meta de 4 dias.						
Responsável:	Adm. Sophia Parisi						
O quê?	Por quê?	Como?	Onde?	Quem?	Quando?	Quanto?	STATUS
Analisar o fluxo de entrada de pacientes agendados.	Para buscar mais informações de como acontece da admissão do paciente no hospital até o internamento.	Desenhando o fluxograma da admissão de pacientes agendados	Recepção do hospital	Coord. Larah Ramal 231	1 hora por dia por 15 dias.	R\$ 60,00 (em material de expediente)	Em andamento
Realinhar a capacidade produtiva do centro cirúrgico ao número de leitos	Para aprofundar conhecimento sobre a capacidade instalada do centro cirúrgico	Analisando o tempo de realização de cada cirurgia após o internamento do paciente	Postos e Centro Cirúrgico	Coord. Junior Ramal 214	1 hora por dia por 15 dias.	R\$ 60,00 (em material de expediente)	Em andamento

Brainstorming

ORIGEM

- ◆ Criada pelo publicitário, Alex Osborn, foi aplicada pela primeira vez em 1938, e adotada por universidades americanas nas ciências exatas, humanas e biomédicas, nas forças armadas e repartições públicas, empresas e indústrias, diz que qualquer nível de criatividade que se encontre é um nível suficiente (SEBRAE, 2020).

CONCEITO

- ◆ De forma geral representa um conjunto de atividades que precisam ser desenvolvidas com CLAREZA EXTREMA por parte dos colaboradores da empresa. Define o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área da empresa, todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita e qual o custo recairá para a empresa (ONA, 2017). Sugere uma tempestade de ideias.

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Caso tenha um problema a resolver, defina-o claramente por escrito;
- ◆ Reúna a equipe interessada;
- ◆ Defina um coordenador(a) do processo;
- ◆ Defina tempo de execução da etapa de geração de ideias;
- ◆ Defina um secretário(a);
- ◆ Inicie o processo coletando pequenas palavras ou expressões;
- ◆ Após o término do tempo escolhido, tente ainda com a equipe, definir ações a serem tomadas para a solução dos problemas.

BRAINSTORMING

Oportunidade de melhoria: Resistência da equipe a implantação de serviço de limpeza terminal.

Tempo: 2 minutos

Coordenador: Adm. Sophia Parisi - Diretora Administrativa

Relator: Jaqueline Lacerda - Secretária

BRAINWRITE

material insuficiente

material ruim

escala pesada

ausência de treinamento

atraso de benefício

medo de mudança

Sugestões de melhoria:

Reavaliar quantidade de insumos do setor

Analisar atraso do benefício

Reavaliar escalas de trabalho dos trabalhadores do setor

Benchmarking

ORIGEM

- ◆ Pela primeira vez utilizada pela empresa Xerox em 1970, e atualmente ferramenta indicada pela Fundação Nacional da Qualidade - FNQ (SPENDOLINI, 1994, FNQ, 2019).

CONCEITO

- ◆ É um processo de avaliação do ambiente interno e externo empresarial imbuído de uma postura pró-ativa, aberta para aprender com os outros numa perspectiva de estímulo à criatividade e de insights voltados ao alcance de resultados superiores (CAMP, 1998).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA UTILIZAÇÃO

- ◆ Liste os objetivos definidos para a instituição;
- ◆ Reúna equipe interessada ou envolvida para desenhar a 1ª Fase - Planejar, Coletar e Analisar;
- ◆ Eleja o responsável a entregar o benchmarking;
- ◆ Apraz o recebimento da 2ª Fase do Benchmarking;
- ◆ Acompanhe o recebimento do(s) indicadore(s) elegidos.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Análise para abertura de novos serviços, utilização de novos produtos ou novas práticas de trabalho;
- ◆ Busca de novas formas de executar processos de trabalho que não conseguem ter resultados, ou são difíceis de mensurar.

BENCHMARKING				
Objetivo:	Melhorar as práticas de Segurança do Paciente			
Responsável:	Diretora Administrativa: Adm. Sarah Moraes			
1ª FASE: DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO ESPERADO				
ETAPA - PLANEJAR			ETAPA - COLETAR	
O que fazer?	Quem fará?	O que é necessário?	Onde pesquisar?	Como pesquisar?
Buscar hospitais com Núcleo de Segurança do Paciente	Assessora Ana - Ramal 121	Computador com acesso à internet	Sites dos hospitais da proximidade	Buscar nos sites matérias, chamadas, guias, normas que disponibilizarem informações sobre as práticas de segurança do paciente
Agendar visitas de benchmarking	Sec. Maria - Ramal 123	Telefone	Sites dos hospitais da proximidade	Realizar busca após a entrega de lista entregue por Ana
Solicitar impressos	Assessora Joana - Ramal 124	Ofício de solicitação	Manual de padronização interno de documentos	Esboçar documentação necessária para solicitação de impressos, documentos etc.
ETAPA - ANALISAR				
Descrever o problema	Descrever as causas do problema		Descrever o desempenho esperado	
Dificuldade de implantar as metas de segurança do paciente	Resistência das equipes e poucos insumos.		Práticas que propiciem a implantação das metas 1 a 6 do Programa Nacional de Segurança do Paciente	
2ª FASE: DADOS DA ANÁLISE COMPARATIVA DO BENCHMARKING				
ETAPA 4 - ADAPTAR				
Ordem dos achados	Descrição das características	Principais características	Estratégias de melhoria do benchmark	
1	Manual de acordos de comunicação	É realizado a cada 3 meses a validação dos critérios do acordo de validação com as equipes	Desenhar manual de acordos comunicacionais entre as equipes.	
2	Guia sobre ferramentas de gestão de risco	Bimestralmente é ofertado o curso de ferramentas da qualidade na instituição	Formar facilitadores do curso de ferramentas da qualidade por setores.	
3	Fôlder sobre as metas de segurança do paciente	São realizados jogos setoriais mensalmente sobre as metas de segurança do paciente nos setores.	Realizar jogos virtuais com pontuação em programas gratuitos.	
4	Serviço de auditoria interna	Os componentes do núcleo realizam auditoria das metas de segurança do paciente	Montar equipe de auditoria interna diferente da do Núcleo de Segurança do Paciente	
ETAPA 5 - MELHORAR				
Definir Indicador de acompanhamento	Resultado pós 1º mês	Resultado pós 2º mês	Resultado pós 2º mês	
Taxa de adesão ao protocolo de identificação do paciente	%	%	%	
Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura	%	%	%	
Taxa de adesão ao protocolo de lesão por pressão	%	%	%	
Intervenção(ões) de melhoria sugerida(s)	1. Diversificar a equipe de auditoria interna após 3 meses.			
	2. Sugestão a, sugestão b			
	3. Sugestão a, sugestão b			

SEÇÃO II - INICIANDO O CONTROLE DA QUALIDADE - TRÊS FERRAMENTAS BÁSICAS DE QUALIDADE

Lista de Verificação ou Checklist

ORIGEM

- ◆ O termo checklist, que se pode traduzir por “Lista de Verificação”, provém da década de 30 do século passado, da força aérea norte-americana, quando se percebeu que a complexidade crescente dos aviões provocava, devido a falhas de concentração ou de memória, acidentes fatais, os quais se mostrou que eram evitados com a criação de listas de verificação que devem ser rigorosamente cumpridas. Podemos definir checklist como a verificação metódica de todas as etapas de um procedimento para que este se desenvolva com o máximo de segurança (SANTOS, 2011)

CONCEITO

- ◆ É utilizada para coletar dados que ocorrem com frequência num certo período de tempo. Também é conhecida como checklist e pode ser simples e de frequência, Utiliza-se uma lista de itens pré-estabelecidos que precisam ser verificados e serão marcados a partir do momento que forem realizados ou avaliados (ONA, 2017).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Sugere-se utilizar uma referência (documento, guia, lei, normativa) para compor os itens da lista de verificação ou checklist;
- ◆ Coloque os termos a conferir em formato de perguntas ou itens;
- ◆ Aplique campo de conforme ou não-conforme para sinalizar a existência ou não do item em referência;

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Acompanhamento de conformidade a critérios de determinado documento;
- ◆ Acompanhamento do andamento de habilitação de novo serviço;
- ◆ Conferência de rotinas dependentes para determinado processo de trabalho.

Checklist

CHECK LIST DE ANÁLISE DE CONFORMIDADE PARA IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEO DE PESQUISA			
Hospital "Excelência em Gestão"			
Descrição do serviço ou objetivo: Disponibilizar serviço de ensino e pesquisa no hospital			
Legislação ou normativa de referência: Decreto nº 14.059 de 09/05/1985 - Regimento Interno do Hospital			
Orientação básica: preencher o campo " C" com "1", para conforme ou "0", para não-conforme			
Nº	Descrição do Item	Situação	
		C	N/C
1	Existe espaço disponível?	1	0
2	Existe mobiliário disponível?	1	0
3	Existe profissional habilitado para assumir a função?	1	0
4	Há evidência de experiência do profissional na função?	0	1
5	Há equipe disponível para compor o serviço?	0	1
ÍNDICE DE CONFORMIDADE ALCANÇADO		60%	
ÍNDICE DE CONFORMIDADE ESPERADO		100%	

Fluxograma

ORIGEM

- ◆ O primeiro método estruturado para o fluxo de um processo, o fluxograma, foi introduzido por Frank Gilberth aos membros da American Society of Mechanical Engineers (ASME) em 1921 durante a apresentação intitulada "Process Charts - First Steps in Finding the One Best Way" (ESCOLAEDTI, 2020.).

CONCEITO

- ◆ É a representação gráfica que mostra todas as fases de um processo, o fluxograma é normalmente utilizado para ajudar a definir um processo de trabalho e para auxiliar a equipe a entender este processo. Sem um fluxograma, muitas equipes consideram difícil melhorar a qualidade ou até mesmo saber por onde começar (ONA, 2017).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Com o processo de trabalho escolhido, siga a padronização dos elementos do fluxograma;
- ◆ Reflita sobre como o processo acontece em seus menores detalhes;
- ◆ Desenhe o fluxograma com auxílio de qualquer programa que disponibilize os elementos.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

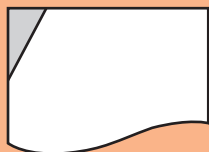
- ◆ Tramitação do processo licitatório;
- ◆ Tramitação do processo de compras;
- ◆ Percurso do prontuário no hospital;
- ◆ Tramitação da solicitação de serviços dentro do hospital.

Elementos de um fluxograma

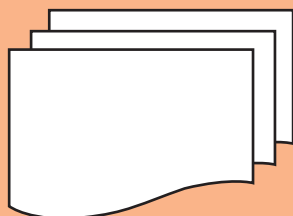


DOCUMENTO

Representa a utilização do documento



EMISSÃO DE DOCUMENTO

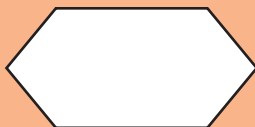


DOCUMENTO COM MAIS DE UMA VIA

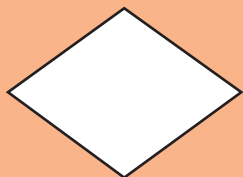


PROCESSO/AÇÃO

Representa as variedades de funções, execução de uma ação específica

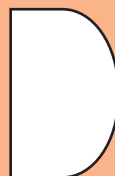


PREPARAÇÃO



DECISÃO

Determina o caminho a seguir, entre os vários apresentados

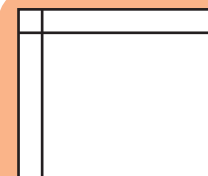


ATRASO DO PROCESSO

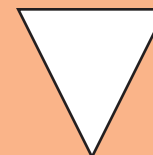


SETA

Indica a direção do Fluxo



ARMAZENAMENTO INTERNO

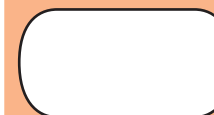


ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS



CONECTOR

Representa uma entrada ou saída em direção a outra entrada, em outra parte do fluxo



INÍCIO E FIM DO FLUXO

Fluxograma Linear Simples

Solicitação de compra de material de limpeza a fornecedor

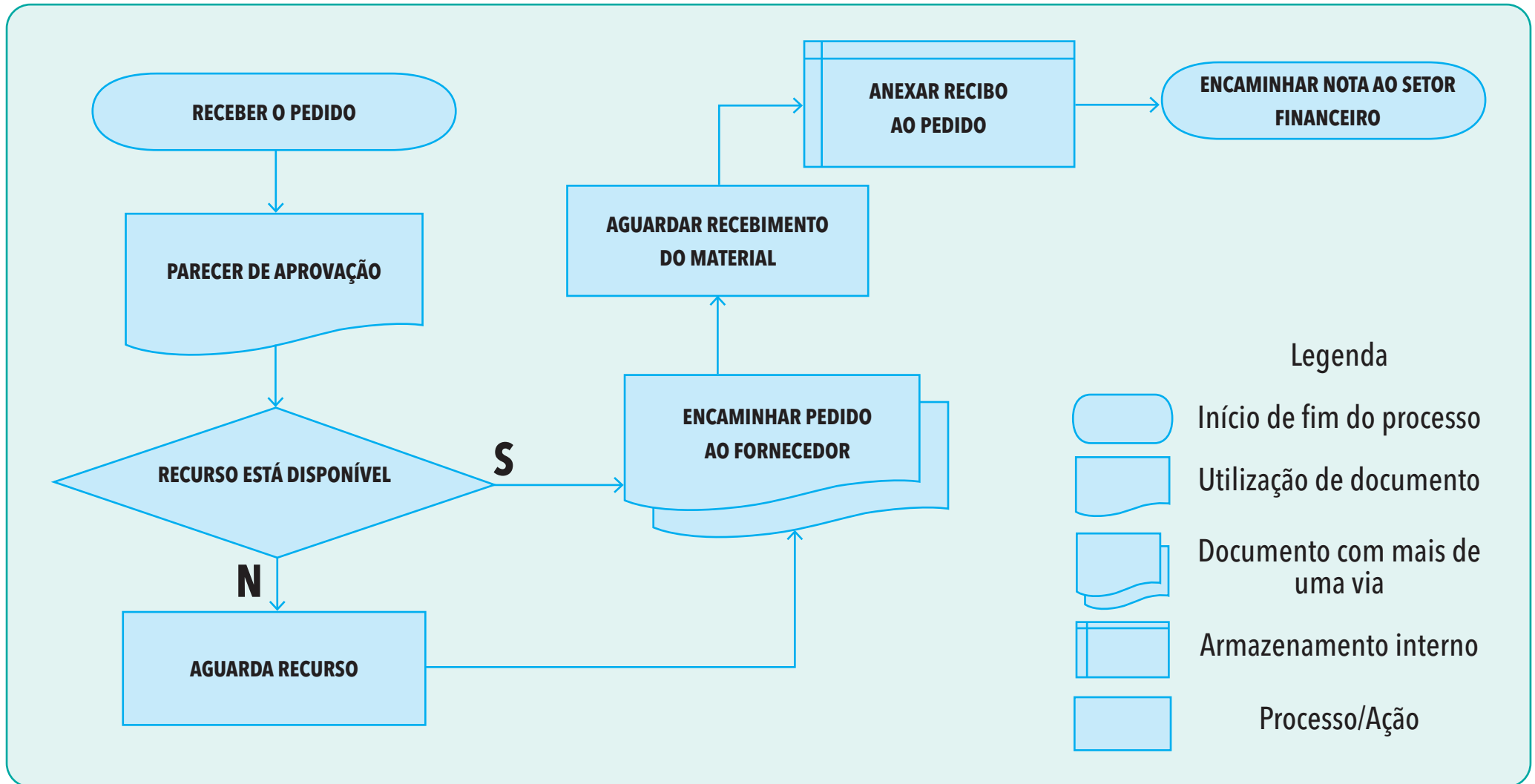


Diagrama de Ishikawa

ORIGEM

- ◆ Expandindo o conceito de gerenciamento de Jurán Deming, Kaoru Ishikawa desenvolveu em 1982, o Diagrama de causa e Efeito ou Diagrama de Ishikawa, no intuito de explorar as diversas características de um processo que resultam em possível falha elencando cada uma em formato de espinhas de peixe. (FERRAMENTASDAQUALIDADE.ORG, 2020)

CONCEITO

- ◆ É uma ferramenta usada para analisar criteriosamente e expor as relações entre um determinado efeito e suas causas potenciais. As várias causas em potencial são organizadas em categorias principais e sub categorias, de maneira que seu formato se assemelhe a uma espinha de peixe (ONA, 2017). Também conhecida como Diagrama de Causa e Efeito.

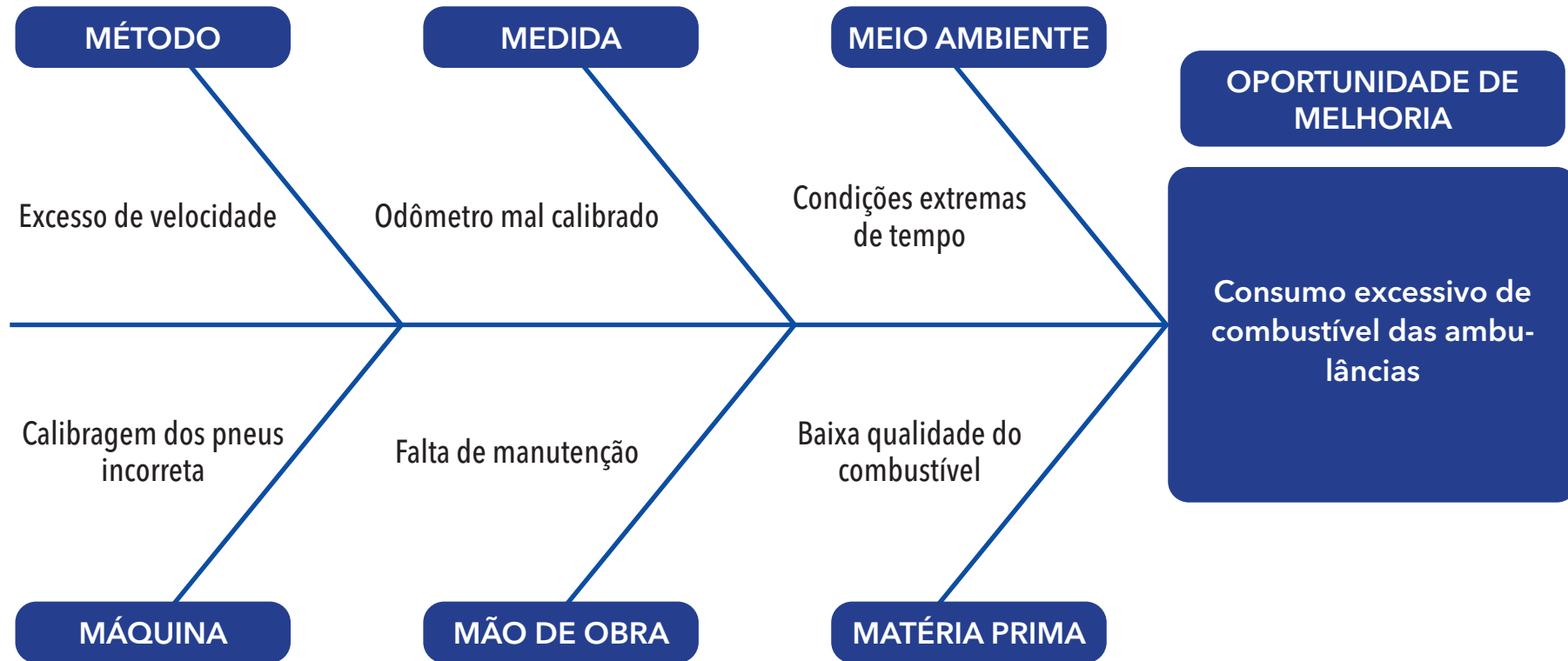
PASSO A PASSO SUGERIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Com a oportunidade de melhoria já definida, reúna a equipe interessada;
- ◆ Reflitam sobre que itens podem ser associados a cada um dos elementos da “espinha de peixe”;
- ◆ Deixe cada participante contribuir livremente sem ser tolido;
- ◆ Ao final, reflitam juntos sobre o que pode melhorar pra que o problema não aconteça novamente.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Solução de problemas;
- ◆ Investigação de causas;
- ◆ Análise holística de determinada falha.

DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO/ISHIKAWA



SEÇÃO III - MÉTODOS E TÉCNICAS DE QUALIDADE DE FÁCIL IMPLEMENTAÇÃO

Estratificação

ORIGEM

- ◆ Similar ao conceito sociológico da estratificação social, significa dividir por estratos, dispor em camadas, grupos com características similares para organizar o alcance de um objetivo de forma organizada e metódica. Divisão dos dados em subgrupos homogêneos internamente e heterogêneos entre si em busca de melhor entendimento do problema (ONA 2017).

CONCEITO

- ◆ Pode ser definida como: Divisão de um conjunto de dados nos fatores significativos que o compõe. Consiste em enxergar uma situação por diversos ângulos possíveis. Diversas maneiras que se pode agrupar os mesmos dados. Serve para possibilitar uma melhor situação, identificando o principal problema (ONA, 2017).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA UTILIZAÇÃO

- ◆ Defina o grupo a ser estratificado;
- ◆ Defina um objetivo para a estratificação;
- ◆ Divida o grupo em pequenos estratos de forma que o objetivo consiga ser alcançado.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Recadastramento de servidores;
- ◆ Atendimento de pacientes por grupos;
- ◆ Classificação de avaliação de desempenho;
- ◆ Agenda de atendimentos por diretorias para coleta de informações.

Estratificação

Estratificação	
Objetivo:	Realizar recadastramento de servidores do hospital
DATA	ESTRATOS
01/10/2020 a 10/10/2020	Trabalhadores com iniciais de A - H
11/10/2020 a 20/10/2020	Trabalhadores com iniciais de I - P
21/10/2020 a 30/10/2020	Trabalhadores com iniciais de Q - Z

Ciclo PDSA

ORIGEM

- ◆ A exemplo da estrutura do ciclo PDCA, que prevê etapas de planejar, fazer, checar e agir, também conhecido como ciclo de Shewart ou Deming, o ciclo PDSA espelha o conceito de que a avaliação constante dos processos é a chave para o sucesso de qualquer organização (ONA, 2017).

CONCEITO

- ◆ é um método de gestão de processos. É um método gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência da organização (ONA, 2017).
- ◆ É um acrônimo para os elementos que compõem sua estrutura, a saber: P(Plan - etapa planejar), D(Do - etapa fazer), S(Study - etapa estudar) e A(act - etapa agir).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA UTILIZAÇÃO

- ◆ Defina um problema a ser resolvido(uma oportunidade de melhoria);
- ◆ Reúna os gestores de áreas envolvido;
- ◆ Preencham os elementos do PDSA até o "D";
- ◆ Apraze cada etapa e acompanhe os resultados.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Redução de custos;
- ◆ Melhoria de uso de equipamentos e insumos;
- ◆ Planejamento de ações ou programas de melhoria.

PDSA

OPORTUNIDADE DE MELHORIA

Exemplo: Alto custo de medicamentos no hospital

- ◆ Se deu certo, padronizar em documento a ação
- ◆ Se deu errado, atuar de forma corretiva;
- ◆ Armazenar os dados dos resultados;
- ◆ "Gire" o PDSA, refaça-o para aperfeiçoar o processo.

PRAZO A

DEFINIR PRAZO DE ENTREGA

- ◆ Anotar o que deu certo e o que não deu;
- ◆ Buscar evidências (estudar) de como o processo pode melhorar.

PRAZO S

DEFINIR PRAZO DE ENTREGA

- ◆ Identificar o problema - Descrever o problema
- ◆ Analisar a causa raiz - Pode ser usado um **Diagrama de Ishikawa**, **Brainstorming** etc.
- ◆ Montar o **Plano de Ação - Formato 5W2H**

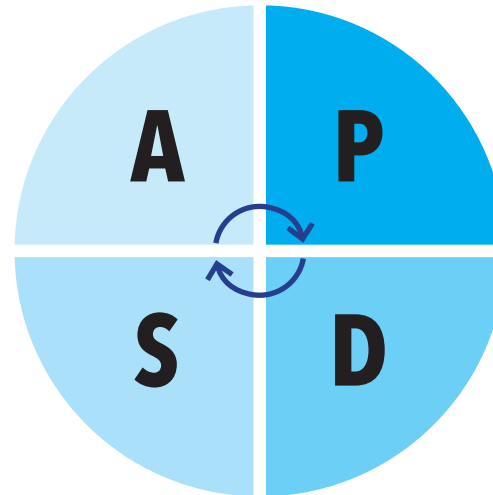
PRAZO P

DEFINIR PRAZO DE ENTREGA

- ◆ Treinar e informar as pessoas a respeito do plano de ação;
- ◆ FAZER

PRAZO D

DEFINIR PRAZO DE ENTREGA



PDSA

OPORTUNIDADE DE MELHORIA

Exemplo: Alto custo de medicamentos no hospital

- ◆ Se deu certo, padronizar em documento a ação
- ◆ Se deu errado, atuar de forma corretiva;
- ◆ Armazenar os dados dos resultados;
- ◆ **"Gire" o PDSA, refaça-o para aperfeiçoar o processo.**

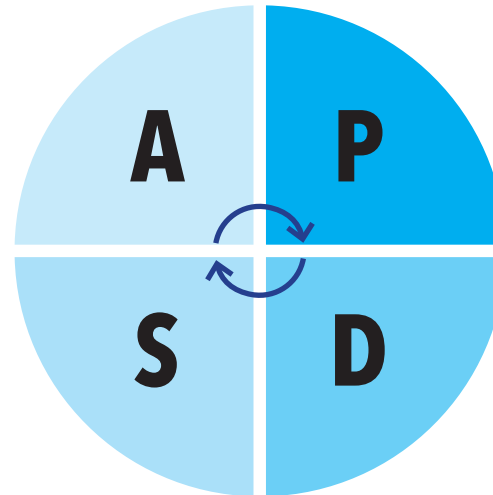
PRAZO A

2ª ANÁLISE - 30 DIAS APÓS AS AÇÕES REALIZADAS DO **PRAZO S**"

- ◆ Anotar o que deu certo e o que não deu;
- ◆ Buscar evidências (estudar) de como o processo pode melhorar.
- ◆ Ex: Instituir comissão de farmácia e terapêutica - Resolução CFF nº 449 de 24 de outubro de 2006. D?

PRAZO S

1ª ANÁLISE - 30 DIAS APÓS O IMPLEMENTAÇÃO PREVISTA DO **PRAZO D***



- ◆ Crescente aquisição de medicamentos não programadas;
- ◆ Ausência de lista de medicamentos utilizados pelo hospital.
- ◆ Montar plano de ação no modelo **5W2H, junto às equipes envolvidas, para otimizar a aquisição de medicamentos no hospital**

PRAZO P

20 DIAS

- ◆ Treinar e informar as pessoas a respeito do plano de ação;
- ◆ **IMPLEMENTAR AS AÇÕES APÓS TREINAMENTOS.**

PRAZO D

30 DIAS

5 Porquês

ORIGEM

- ◆ O método dos 5 Porquês é parte do Sistema Toyota de Produção. Desenvolvido por Sakichi Toyoda, um inventor e industrialista japonês, a técnica se tornou uma parte integral da filosofia Lean (KANBANIZE.COM, 2020).
- ◆ “A base para a abordagem científica da Toyota é perguntar “por que” cinco vezes sempre que encontramos um problema... Ao repetir “por que cinco” vezes, a natureza do problema, assim como sua solução, se torna clara.” Taiichi Ohno

CONCEITO

- ◆ Trata-se de uma ferramenta para buscar a causa raiz do problema que está sendo analisado, traçando uma rota. Consiste em repetir seguidamente PORQUÊ, para responder o motivo pelo qual o problema ocorreu, resposta a um problema estará após aprofundar o entendimento e análise detalhada, que se consegue fazendo estas questões sucessivas(ONA, 2017).

PASSO A PASSO SUGERIDO PARA UTILIZAÇÃO

- ◆ Defina um problema(oportunidade de melhoria) a ser discutido;
- ◆ Reúna a equipe envolvida;
- ◆ Utilize cada resposta dos “por quês” como seguinte pergunta por 5 vezes;
- ◆ Sugiram uma ação de melhoria a ser executada;
- ◆ Apraze e acompanhe a execução da ação de melhoria.

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

- ◆ Falta de medicamentos insumos no hospital;
- ◆ Mal uso de equipamentos hospitalares;
- ◆ Busca de causa raiz na solução de determinado conflitos.

5 Porquês

PROBLEMA

Falta de medicamentos no hospital

POR QUE...

Aumento de demanda de clientes

POR QUE...

Realização de mutirões de cirurgia

POR QUE...

Desafogar listas de espera

POR QUE...

Demanda de usuários reprimida

POR QUE...

Ausência de instrumento de aferição de capacidade instalada

AÇÃO CORRETIVA

Fazer **plano de ação no formato 5W2H** para melhorar o agendamento cirúrgico com vista à redução de grandes filas de espera e planejar a aquisição de compras de medicamentos para os dias de realização de mutirões de cirurgia

PRAZO

15 DIAS

5 S

ORIGEM

- ◆ 5S surgiu no Japão em meados de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, com o propósito de ajudar as empresas do país a se recuperarem e se reorganizarem durante a crise pós-guerra. Há controvérsias sobre quem foi o criador da técnica, algumas referências mencionam que ela foi desenvolvida por Hiroyuki Hirano, entretanto a maioria dos estudos apontam que o 5S surgiu das idealizações de Kaoru Ishikawa. Devido aos resultados promissores da técnica, o 5S foi disseminado em vários países ao redor do mundo. Aqui no Brasil, sua prática iniciou-se por volta do início dos anos 90. Hoje, o 5S é considerado a base para a implantação da Qualidade Total (estratégia administrativa que objetiva gerar a consciência da qualidade em todos os processos de uma organização) (FERRAMENTAS DA QUALIDADE.ORG, 2018).

CONCEITO

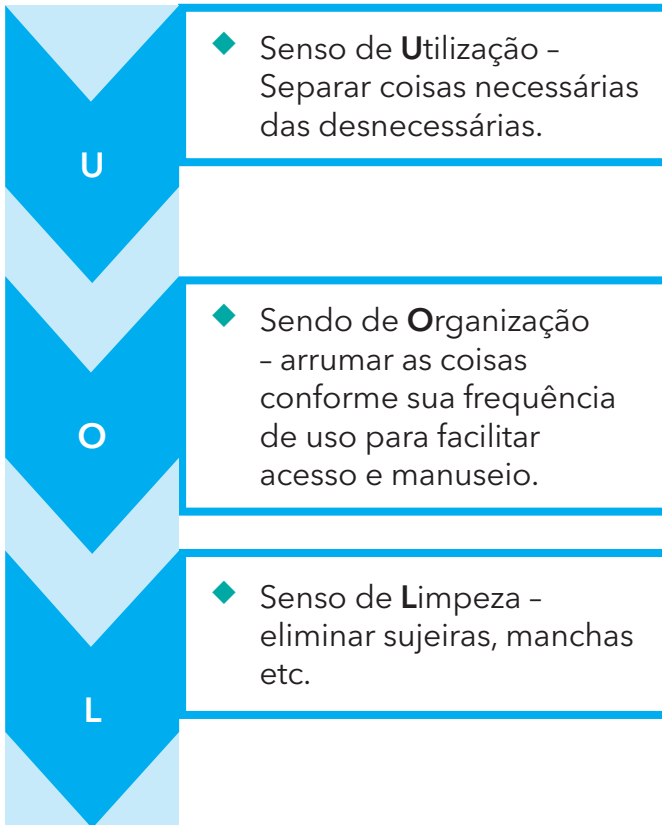
- ◆ “É um programa participativo que tem sido, uma excelente forma de se iniciar um processo de mudança, principalmente em empresas nas quais as condições físicas e de ordenação do ambiente deixem muito a desejar e se vislumbrem boas oportunidades de melhoria por meio da redução de desperdícios. Trata-se de um programa profundo, autêntico e simples, que estimula a constante melhoria pessoal e profissional” (NOGUEIRA, 2014).

PROCESSOS DE TRABALHO SUGERIDOS PARA APLICAÇÃO EM HOSPITAIS

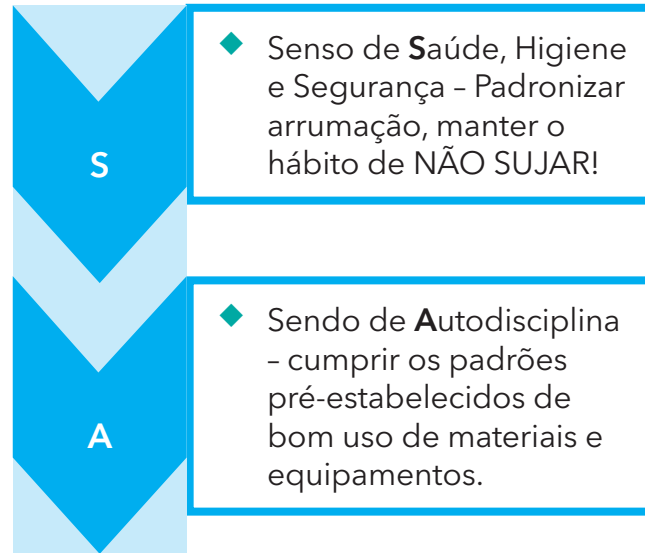
- ◆ Programe a realização do Dia D do 5S, que seja anualmente para ter tempo de preparar o Programa com tranquilidade.
- ◆ É bom momento para renovar bons hábitos para ajudar a alcançar uma cultura organizacional de melhoria contínua.

5 S

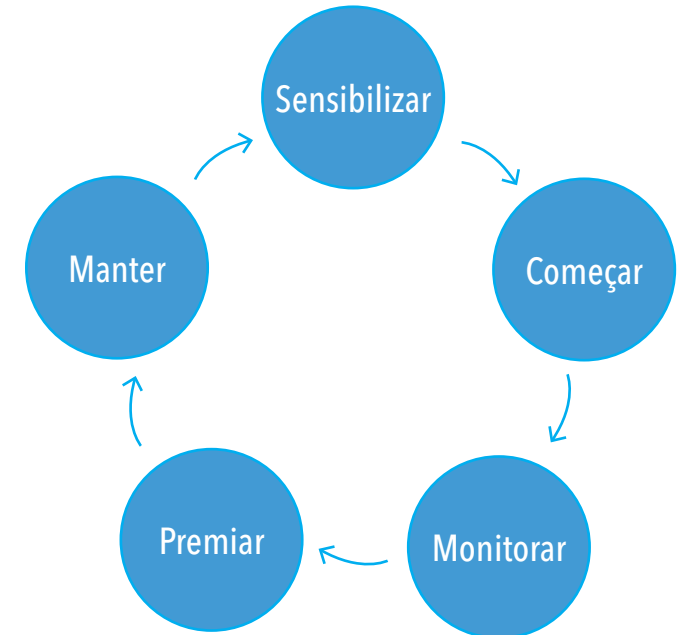
TRÊS SENSOS PARA FAZER DE IMEDIATO



DOIS SENSOS PARA MANTER



ROTINA DO 5S



PASSO A PASSO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE 5S

ANTES DO DIA D DO 5 S

- ◆ Providencie documento oficial (portaria, normativa ou outras) que institucionaliza o Programa de Qualidade 5S no hospital com cronograma de realização do 5S.
- ◆ Em reunião habitual com os setores anuncie a inserção do Programa 5S na rotina da instituição, a oferta do curso sobre o Programa de Qualidade 5S e solicite as fotos dos espaços antes da realização do Dia D do 5S (decida a melhor forma de receber).
- ◆ No curso, eleja os auditores internos de 5S;
- ◆ Com a equipe de auditoria reunida, solicite que monte o checklist de auditoria do 5S, recomende o uso de benchmarking para coleta de experiências no mercado;
- ◆ Solicite que a equipe de auditoria apresente plano de ação do 5S, o checklist de auditoria e o cronograma de realização do 5S em reunião geral;
- ◆ LEMBRE-SE DE SOLICITAR FORMAS CRIATIVAS DE CONVIDAR OS TRABALHADORES À PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA (CONVITES, SENSIBILIZAÇÕES OU OUTRAS - CAFÉ MATINAIS, GINCANAS, VESTIMENTAS ESPECÍFICAS PAA O DIA D - QUE SEJA BLUSA BRANCA, OU OUTRAS.)

NO DIA D DO 5S

- ◆ RESERVE ESSE DIA PARA FOCO NAS AÇÕES DE 5S: A SABER: OS TRÊS PRIMEIROS S's: Utilização, Ordenação, Limpeza.
- ◆ Providencie material de limpeza necessário;
- ◆ Planeje as áreas de descarte;
- ◆ COMO CORPO DIRETOR, VISITE AS ÁREAS;
- ◆ PLANEJE SURPRESAS, SE FOR POSSÍVEL - PLACAS, BRINDES OU OUTRAS - É IMPORTANTE QUE OS TRABALHADORES SINTAM O APOIO DA EQUIPE DIRETORA).
- ◆ Próximo ao fim do Dia D, ou conforme o cronograma de auditoria apresentado pela equipe de auditoria, permita que elas circulem pelo hospital com o checklist de auditoria;
- ◆ NÃO ESQUEÇA! O recebimento do relatório de auditoria do Dia D do 5S, já precisa estar aprazado.
- ◆ A equipe de auditoria será responsável por coletar as fotos dos ambientes após a realização do Dia D do 5S.

DEPOIS DO DIA D DO 5S

- ◆ Receba a equipe de auditoria e os deixe apresentar o relatório do Dia D do 5S;
- ◆ Após análise dos índices de conformidade alcançado por cada setor, planeje a forma de reconhecimento dos primeiros lugares;
- ◆ Analise os principais pontos não conformes dos setores que apresentaram menor índice de conformidade ao 5S no próximo treinamento foque nesses pontos.
- ◆ Dê notoriedade a importância da realização do Programa 5S;
- ◆ Siga a programação planejada do 5S para repetição contínua do 5S.

SEÇÃO IV - FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE RISCOS EM SAÚDE

FERRAMENTAS PARA GESTÃO DE RISCOS EM SAÚDE

- O QUE O GESTOR ESTRATÉGICO PRECISA SABER

Duas ferramentas de comuns utilização para gestão de risco e eventos adversos em saúde são: o HFMEA e o Bow-Tie, uma com foco em análise de falhas e a outra para construção de barreiras de segurança, respectivamente. Essas são ferramentas que devem ser executadas pelas equipes de gestão de risco, não especificamente pelo corpo Diretor dele, mas para mais informações sobre elas, apresenta-se o seguinte:

HFMEA - ORIGEM

- ◆ Extraído do FMEA(1949) o HFMEA foi adaptado para uso na saúde com propósito também de análise de falhas mas com especificações maiores devido a área. (ONA, 2017)

CONCEITO

- ◆ O HFMEA , também chamada de Análise de Modo Falha e Efeito na Saúde, pode contribuir para avaliação prospectiva, a fim de identificar e melhorar as etapas de um processo(SILVA et. al, 2019)

O QUE O GESTOR ESTRATÉGICO PRECISA SABER:

- ◆ Recomenda-se que o hospital tenha um setor responsável pela gestão de riscos em saúde, que contemple a análise de falhas na prestação de serviços ao paciente. Para isso, a ferramenta HFMEA, pode ser uma boa ferramenta a ser implementada.
- ◆ Por ser mais específica, recomenda-se que o Diretor Clínico participe , sempre que possível, participe das discussões de aplicação da ferramenta.

Bow-Tie - ORIGEM

- ◆ O Bow Tie é uma evolução dos diagramas de causa-consequência dos anos 70 e dos diagramas de barreiras dos anos 80. No início dos anos de 1990 o Grupo Royal Dutch/Shell aplicou essa técnica no estudo do desastre PiperAlpha, evento este que pode ser considerado como um divisor de águas para a difusão e amadurecimento dessa metodologia (EPRODUCAO.ENG.BR, 2018). Também pode ser utilizada para produção de barreiras em processos de gestão geral.

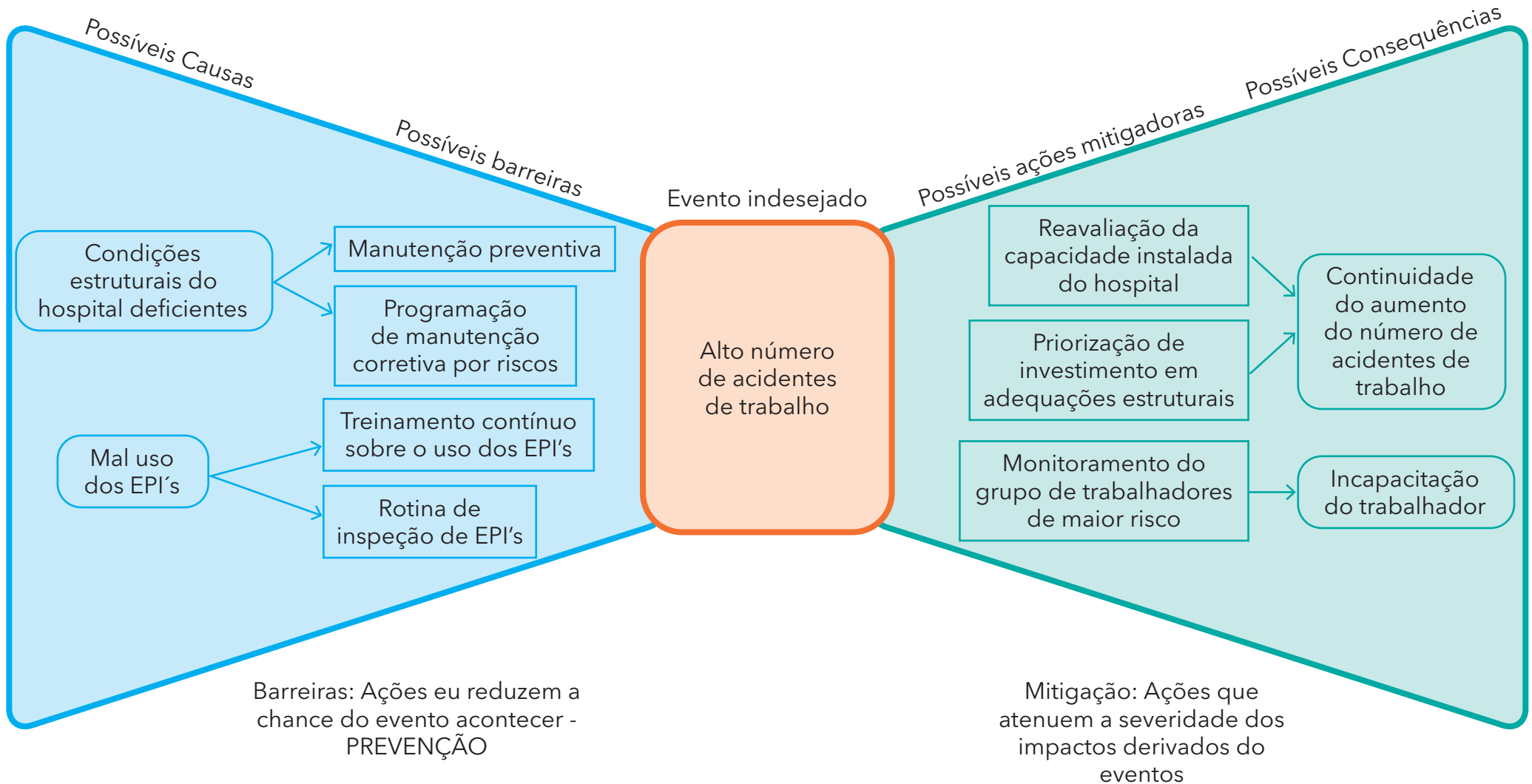
CONCEITO

- ◆ O método “bow tie” (gravata-borboleta, em português), que também tem esse nome em razão de seu formato esquemático, estabelece claramente as relações de causa e efeito. De um lado, elenca os riscos e, do outro, as consequências. Além de permitir fazer análises retrospectivas, ou seja, em relação a problemas que já aconteceram. (IBSP, 2019).

O QUE O GESTOR ESTRATÉGICO PRECISA SABER:

- ◆ Recomenda-se que o hospital tenha um setor responsável pela gestão de riscos em saúde, que contemple a construção de barreiras para que reduzir possíveis danos ao paciente. Para isso, a ferramenta Bow-tie, pode ser uma boa ferramenta a ser implementada.
- ◆ Sempre que possível, participe das discussões de aplicação da ferramenta, isso encoraja os times que trabalham com esse processo.

Estrutura do Bow-Tie



Estrutura do HFMEA

Passo 1		HFMEA (Inserir o título do processo ou subprocesso)												
Passo 2		Equipe responsável pela análise:(Inserir nome e função dos integrantes da equipe, deixando em negrito o nome do líder)												
Início (data):					Previsão conclusão (data):					Conclusão (data):				
HFMEA Passo 4- Análise de Risco										HFMEA Passo 5 - Identificar Ações e Resultados				
Failure Mode (Modo de falha): Primeiro Avaliar modo de falha antes de determinar as possíveis causas	Causas Potenciais	Efeitos Potenciais	Scoring			Análise - Árvore de Decisão				Tipo de Ação (Controlar, Aceitar, Eliminar)	Ações ou justificativas para PARAR	Medidas de Controle	Responsável	Aprovação do Gestor
			Gravidade	Probabilidade	Score de Risco	Essa fragilidade é em um único ponto ?	Tem medida de controle existente ?	É detectável?	Continuar?					

Fonte: ONA, 2017

RISCO = GRAVIDADE X PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA

Probabilidade	Gravidade			
	Catastrófico	Grave	Moderado	Leve
Frequente	16	12	8	4
Ocasional	12	9	6	3
Incomum	8	6	4	2
Remoto	4	3	2	1

Fonte: ONA, 2017

PROBABILIDADE - Escala	
4. Frequente	Probabilidade de ocorrer imediatamente ou dentro de um curto período de tempo (pode acontecer várias vezes em um ano).
3. Ocasional	Provavelmente ocorrerá (pode acontecer várias vezes em 1a 2 anos).
2. Incomum	Possível que ocorra (pode acontecer em algum momento de 2 a 5 anos).
1. Remoto	Não deve ocorrer (pode acontecer em algum momento de 5 a 30 anos).

Fonte: ONA, 2017

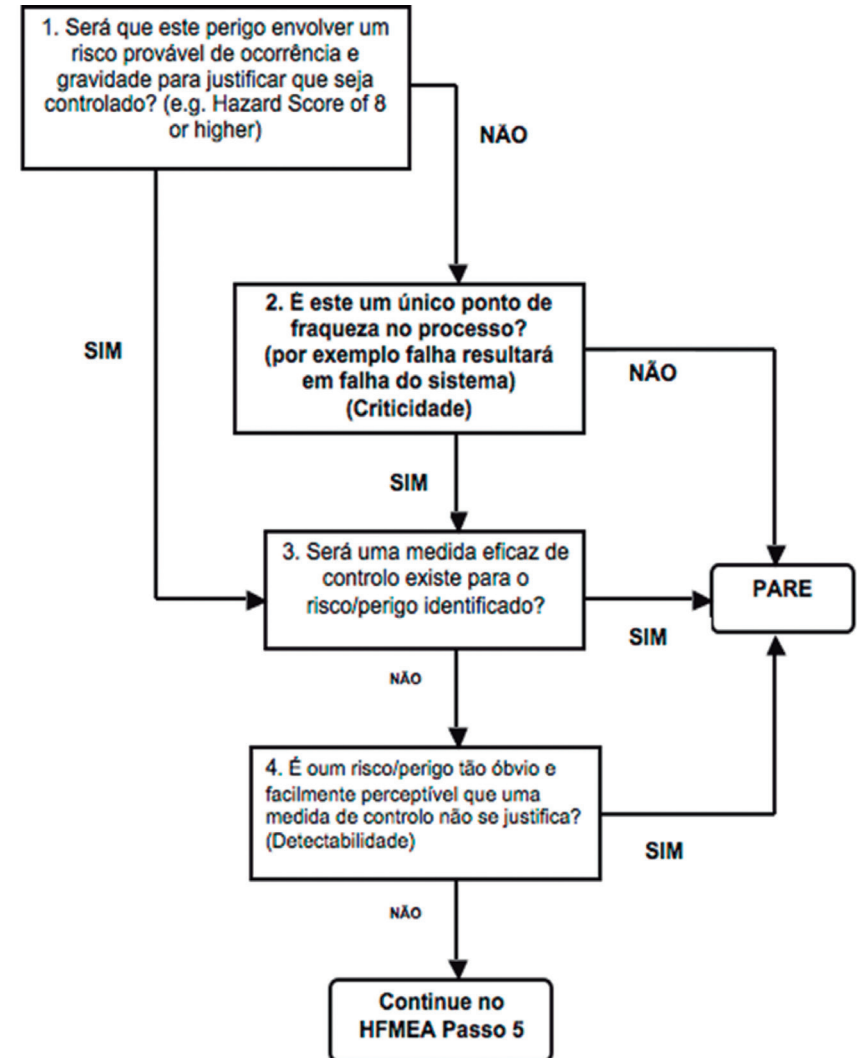
Escalas HFMEA

ESCALA DE GRAVIDADE

<p>4. Evento Catastrófico</p>	<p>Resultado para o paciente: Morte ou grande perda permanente da função (sensorial, motora, fisiológica, ou intelectual), suicídio, estupro, reação transfusional hemolítica, cirurgia e/ou procedimento no paciente errado ou na parte do corpo errada, raptos infantis ou bebê entregue para a família errada. Resultado para o visitante: Morte; ou hospitalização de três ou mais visitantes. Resultado para a equipe: Morte; ou hospitalização de três ou mais funcionários. Equipamento ou instalação: Danos iguais ou superiores a US \$ 250.000. Fogo: Qualquer fogo que se torna maior do que incipiente e/ou estágio incontrolado por extintor ou pequena mangueira.</p>
<p>3. Evento Grave</p>	<p>Resultado para o paciente: diminuição permanente da função corporal (sensorial, motora, fisiológica, ou intelectual), desfiguração, intervenção cirúrgica necessária, aumento do tempo de permanência para três ou mais pacientes, aumento do nível de cuidados para três ou mais pacientes. Resultado para o visitante: Internação hospitalar de até dois visitantes. Resultado para a equipe: Internação hospitalar de um ou dois funcionários, três ou mais funcionários afastados (acidentes com perda de tempo), realizando atividades restritas ou doenças. Equipamento ou instalação: Danos entre US \$ 100.000 - US \$ 250.000. Fogo: Não aplicável - ver evento catastrófico ou moderado.</p>
<p>2. Evento Moderado</p>	<p>Resultado para o paciente: Aumento do tempo de internação ou aumento do nível de cuidados para um ou dois pacientes. Resultado para o visitante: Avaliação e tratamento para um ou dois visitantes (sem necessidade de hospitalização). Resultado para a equipe: Despesas médicas, acidente com perda de tempo ou lesões, realização de atividades restritas ou doença para um ou dois funcionários. Equipamento ou instalação: Danos entre US \$ 10.000 - US \$ 100.000. Fogo: Incipiente/ estágio inicial ou menor - pode ser controlado com extintor ou pequena mangueira.</p>
<p>1. Evento Leve</p>	<p>Resultado para o paciente: Nenhum ferimento, sem aumento do tempo de permanência, nem aumento do nível de cuidados. Resultado para o visitante: Avaliação e nenhum tratamento necessário. Resultado para a equipe: tratamento de primeiros socorros sem perda de tempo, sem lesões, ou realização de atividades restritas ou doenças. Equipamento ou instalação: Dano menor que US \$ 10.000 ou perda de qualquer utilidade sem resultado adverso para o paciente. Fogo: Não aplicável - ver evento catastrófico ou moderado</p>

Fonte: ONA, 2017

ÁRVORE DE DECISÃO - HFMEA



Fonte: ONA, 2017

ORIENTAÇÕES FINAIS SOBRE A APLICAÇÃO DAS FERRAMENTAS

Seria leviano não considerar as dificuldades que circundam qualquer ambiente de trabalho. Ainda mais, em ambientes hospitalares, onde o custo e os investimentos para a boa prestação de serviços são altíssimos. Contudo, esse guia propõe a você gestor, que dirige essas grandes equipes, ferramentas, técnicas e metodologias de fácil implementação e que para acontecerem só precisam ser praticadas rotineiramente como política institucional.

As ferramentas aqui citadas estão dispostas no intuito de promover reflexão sobre os processos de trabalho, prática baseada em evidências e em gestão participativa. Uma oportunidade para testar novas formas de fazer com que o trabalho aconteça na prática conforme os fundamentos da teoria.

Este guia não pretende ser solução para os diversos e desafiadores problemas para se dirigir um hospital, seja ele público, privado, de pequeno ou grande porte, mas propõe uma opção para, enquanto diretores, os profissionais possam ter como ter um instrumento de consulta que propicie orientação sobre que ferramentas podem utilizar para estimular os trabalhadores e trabalhadoras a perseguir a melhoria contínua.

Várias outras ferramentas podem ser associadas ao processo produtivo de qualidade e ela possa ser percebida pelos usuários dos serviços, que são os pacientes, e praticada pelos trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Reitera-se ainda que muitos desses trabalhadores e trabalhadoras da saúde já podem utilizar em suas práticas as ferramentas citadas aqui e outras como: Histograma, Gráfico de Pareto, Cartas Controle, Gráficos de Dispersão que complementam as 7 ferramentas básicas de qualidade. Além disso, ferramentas como Diagramas de Árvore, Fluxogramas funcionais, dentre outras, também podem ser utilizadas sem, necessariamente, grandes investimentos ou softwares rebuscados, pelo contrário, as ferramentas dispostas aqui, por exemplo, foram todas produzidas em planilhas eletrônicas (MSExcel) e ambientes de apresentação (MSPowerpoint). Adicionalmente, programas como MSProject e Power BI, específicos para se trabalhar com gestão de projetos também facilitam o uso de várias das ferramentas presentes aqui e outras. Mas, este guia foi pensado para você Diretor que deseja começar, ou precisa aperfeiçoar suas práticas. Espero que a leitura tenha sido engrandecedora. Comece! Tente! Terá conosco uma parceira pelo bem estar dos pacientes, a instrumentalização da gestão e a busca incessante pela melhoria contínua.

À disposição, muito obrigada!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 529, de 01 de Abril de 2013. **Política Nacional de Segurança do Paciente** Brasília: MS, 2013.

BSC.ORGR. O que é um Balanced Scorecard. Disponível em: <<https://balancedscorecard.org/bsc-basics-overview/>>. Acesso em 22 de novembro de 2020.

ESCOLAEDTI, O que é fluxograma. Disponível em: <<https://www.escolaedti.com.br/fluxograma>> Acesso em 30 de novembro de 2020.

FERRAMENTASDAQUALIDADE.ORG. 5S. Disponível em: <<https://ferramentasdaqualidade.org/5s/#:~:text=O%205S%20surgiu%20no%20Jap%C3%A3o,durante%20a%20crise%20p%C3%B3s%20guerra>>. Acesso em 02 de novembro de 2020.

FERRAMENTASDAQUALIDADE.ORG. 5W2H. Disponível em: <<https://ferramentasdaqualidade.org/5w2h/>>. Acesso em 29 de novembro de 2020.

FERRAMENTASDAQUALIDADE.ORG. Diagrama de Ishikawa. Disponível em: <<https://ferramentasdaqualidade.org/diagrama-de-ishikawa/>>. Acesso em 02 de novembro de 2020.

FIA.COM.BR. Origem do 5W2H. Disponível em: <<https://fia.com.br/blog/5w2h/>>. Acesso em 29 de novembro de 2020.

FM2S. **O que é e como fazer uma Análise SWOT?** Disponível em: <<https://www.fm2s.com.br/analise-swot/>>. Acesso em 22 de outubro de 2020.

IBSP. Análise de eventos adversos: os desafios de investigação de erros em saúde. Disponível em: <<https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/analise-de-eventos-adversos-os-desafios-da-investigacao-de-erros-em-saude/>>. Acesso em 01 de dezembro de 2020.

Institute for Healthcare Improvement. **Tools**. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/default.aspx>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. **Gestão de riscos na saúde: ferramentas e metodologias básicas**. Disponível em: <<https://www.segurancaadopaciente.com.br/opiniao/gestao-de-riscos-saude-ferramentas-metodologias/>> Acesso em 23 de outubro de 2019.

KANBANIZE.COM. 5 Porquês: a melhor ferramenta para análise de causa raiz. Disponível em: <<https://kanbanize.com/pt/gestao-lean/melhoria/5-porques-ferramenta-de-analise>>. Acesso em 02 de novembro de 2020.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. A estratégia em ação: balanced scorecard. Tradução de Filho, Luiz Euclides Trindade Frazão. 19. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KEPNER, C., TREGOE, B. O Administrador racional. São Paulo: Atlas, 1981. MAXIMIANO, A. Teoria Geral da Administração. São Paulo: Atlas, 2012.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. Administração: Princípios e Tendências. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MONTEIRO, B. Cenário dos Hospitais no Brasil 2018. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/publicacoes/cenarios-dos-hospitais-no-brasil/>>. Acesso em 21 de outubro de 2020.

NOGUEIRA, L. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 4 ed. E-book. Amazon, 2014.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Curso de Ferramentas da Qualidade. São Paulo: Ona Educare: 2017.

PRODUCAO, ENG.BR. Gestão de riscos com o método Bow tie. Disponível em: <<https://eproducao.eng.br/gestao-de-risco-com-o-metodo-bow-tie/>>. Acesso em 30 de novembro de 2020.

SANTOS, J.E.M. Checklist. Jornal Português de Gastroenterologia. V.18, março/abril, 2011.

SEBRAE. Brainstorming - tempestade de ideias (BS-TI) ou como tirar seu time do "cercadinho mental". Disponível em: <[https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/741A876FE828908203256E7C00614A23/\\$File/NT00002206.pdf](https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/741A876FE828908203256E7C00614A23/$File/NT00002206.pdf)> Acesso em em 29 de novembro de 2020.

SILVA, B.G. **Ferramentas Básicas da Qualidade em Saúde**. São Paulo: HM Doctors, 2016.

SILVA, D.L. et al. Aplicação da metodologia HFMEA(Healthcare Failure Modes, Effects Analysis) na validação de riscos dos processos assistenciais. Disponível em: <https://apps.einstein.br/forumqualidadesequanca/pdf/TC_4DNB.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2020.

SPENDOLINI, M. J. Benchmarking. São Paulo: Makron Books, 1994.

APÊNDICE ÚNICO - FICHA EXEMPLIFICADA DE COMPOSIÇÃO DE INDICADORES

◆ Nome do indicador:	HORA DE TREINAMENTO
◆ Objetivos:	Medir o nível de investimento da instituição no desenvolvimento dos recursos humanos
◆ Forma de cálculo:	Total de horas de treinamento Número médio de funcionários
◆ Componente do numerador:	Total de horas de treinamento - horas de treinamento dos funcionários no período analisado
◆ Componente do denominador:	Número médio de funcionários - média entre o quadro de pessoal no início e no final do período avaliado
◆ Periodicidade:	Mensal
◆ Tendência:	Quanto maior, melhor.
◆ Responsável:	Maria /NEP
◆ Observações:	Considera-se como treinamento atividades que implicam investimento da instituição; todo evento extra trabalho que agrega valor ao funcionário, pertinente a atividade fim; não são consideradas as horas de treinamento do funcionário no local de trabalho durante o período de experiência.



CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:

FRANCISCA SYONARA MORAES RODRIGUES

Participante(s):

Francisca Syonara Moraes Rodrigues (Autor) | Cora Franklina do Carmo Furtado (Autor)

Título:

Guia digital sobre ferramentas da qualidade em saúde na gestão hospitalar

Data do Registro:

1/6/2021 11:10:21 PM

Hash da transação:

0x6fd850efede12adefd8f8fa7f6ab36f8d2028cfa0a393ae11c09c924d216cea2

Hash do documento:

279e77b9fcfbf72d83b9c4858c84f0ba8ee5e006bc18a40f5e560e553c9a6bc3

Compartilhe nas redes sociais



[clique para acessar](#)



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ**



MEGES
MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO EM SAÚDE

Patrocínio:
@institutoieges

