

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA - UNIALFA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMININSTRACÃO**

LIDIA GUIMARÃES MORAIS

**A GESTÃO DA QUALIDADE COMO MODELO DE TRANSFORMAÇÃO
ORGANIZACIONAL EM UM HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA**

GOIÂNIA

2023

LIDIA GUIMARÃES MORAIS

**GESTÃO DA QUALIDADE COMO MODELO DE TRANSFORMAÇÃO
ORGANIZACIONAL EM UM HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro Universitário Alves Faria, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Evandro Tinoco
Mesquita

**Goiânia – GO
PPGADM - UNIALFA
Junho/ 2023**

Catálogo na fonte: Biblioteca UNIALFA

M827g

Morais, Lídia Guimarães.

A gestão da qualidade como modelo de transformação organizacional em um hospital geral de Goiânia. / Lídia Guimarães Moraes. – 2024.

98 f.: il. 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Evandro Tinoco Mesquita.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Goiânia, 2024.

1. Gestão da qualidade. 2. Transformação organizacional. 3. Sustentabilidade. 4. Goiânia. I. Mesquita, Evandro Tinoco. II. UNIALFA. III. Título.

CDU: 658.56:614.2(817.3)

LÍDIA GUIMARÃES MORAIS

**GESTÃO DA QUALIDADE COMO MODELO DE TRANSFORMAÇÃO
ORGANIZACIONAL EM UM HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA**

Dissertação elaborada e defendida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Administração, com ênfase em saúde, sob a orientação do Professor Doutor Evandro Tinoco Mesquita, pelo Programa de Pós Graduação em Administração do Centro Universitário Alves Faria – título de Mestre em Administração.

Aprovada em 09 de outubro de 2024

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor Evandro Tinoco Mesquita

Professor Doutor Luiz Roberto Calado

Professor Doutor Thiago Constâncio

Dedicatória

Dedico essa dissertação a todos que, direta ou indiretamente, contribuem para meu desenvolvimento pessoal, espiritual, moral e profissional, em especial a Deus e minha família que é a base de sustentação do ser humano que me torno a cada dia.

Agradecimento

Agradeço a Deus a possibilidade da existência e de viver as diversas experiências que me são ofertadas diariamente. A vida é uma verdadeira dádiva Divina.

Agradeço a meus pais pela oportunidade do nascer, e em especial a minha mãe, base de minha vida, que me ensinou que é através do esforço, dos estudos e da luta diária que as conquistas chegam e nos levam longe.

Aos meus irmãos, amigos, familiares que sempre se colocam na posição de torcedores do crescimento e da evolução para o meu sucesso pessoal e profissional.

Aos meus filhos e enteadas que me ensinam que a vida é além do que os olhos são capazes de enxergar.

A minha equipe, do passado, presente e futuro, que me ensina o quanto sou capaz de SER com o auxílio mútuo e genuíno. Somos todos uma grande coletividade, e conhecimento que soma e transforma o mundo.

Ao meu querido e admirável professor Tinoco, pela paciência, maestria, generosidade e grandeza em compartilhar o que sabe, e acima de tudo considerar nossos momentos de vida como parte de um processo de amadurecimento em meio a tantas tribulações.

E finalmente, e não menos importante, o agradecimento vai para àquele que há 10 anos escolheu dividir comigo uma vida. A você querido marido Raimundo Nonato Filho, lhe entreguei meus dias para que juntos pudéssemos viver uma relação de respeito, compartilhamento, amor, experiências, aprendizado. Nem que eu viva outras milhares de vidas, jamais conseguirei expressar o quanto sou grata por você acreditar em mim e me incentivar tanto a seguir as minhas escolhas com o respeito que você faz. Com você consigo ver quem sou e me sinto impulsionada a buscar a melhora interior e meu encontro comigo.

Epígrafe

“... Toda modificação para melhor reclama luta, tanto quanto qualquer ascensão exige esforço.”

Emmanuel

Resumo

O cenário atual é instável e altamente dinâmico. As instituições de saúde são cada vez mais pressionadas por grandes marcas que avançam no mercado. Os pacientes são mais ativos e a necessidade de padrão para sustentabilidade é mandatória. É importante buscar a expressão máxima da agregação de valor, com foco na excelência em gestão, ou seja: assistencial, processual e experiencial.

Historicamente os processos de acreditação pelo mundo tem o objetivo de promover, através de critérios validados, a percepção de qualidade e segurança da assistência nas instituições de saúde. É um movimento voluntário, educacional e promotor de mudança. Tem caráter interativo, participativo e integrado por meio do envolvimento de todos os interessados no negócio, desde avaliadores, avaliados, instituições e pacientes.

Foi realizado um estudo transversal analítico em uma instituição de saúde familiar goiana, de 71 leitos, 360 colaboradores, de baixa e média complexidade com perfil epidemiológico geral e foco maior em obstetrícia. Foi aplicada ferramenta de análise de maturidade institucional em gestão. Este instrumento tem como base os requisitos de avaliação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O período de estudo foi de abril de 2020 a abril de 2023.

O resultado da aplicação do instrumento demonstra a maturidade em gestão, por meio do percentual de conformidade obtido através de evidências no cumprimento dos requisitos aplicados em cada setor da instituição. Observa-se que em abril de 2020, havia 30% de conformidade, em 2022 progredindo para 44% e em 2023 para 60%. A análise obtida foi orientadora do movimento de reestruturação, sendo a base para todo o planejamento de mudança institucional.

O processo de acreditação hospitalar é um excelente padrão orientador de apoio a reestruturação hospitalar. O planejamento para buscar conformidade nos requisitos do manual de certificação exige da instituição mudanças em seus pilares organizacionais. O impacto na evolução em maturidade de gestão é significativo.

Pode-se inferir que instituições que ingressam em processo de certificação hospitalar respondem de maneira mais rápida e ágil ao dinamismo do cenário de mercado, conseguindo sustentabilidade e tornam-se mais competitivas.

Palavras chaves: acreditação, reestruturação, gestão, sustentabilidade, hospital, qualidade.

Abstract

The current scenario is unstable and highly dynamic. Healthcare institutions are under increasing pressure from large brands that are advancing in the market. Patients are more active and the need for sustainability standards is mandatory. It is important to seek the maximum expression of added value, with a focus on excellence in management, in other words: care, process and experience.

Historically, accreditation processes around the world have aimed to promote, through validated criteria, the perception of quality and safety of care in health institutions. It is a voluntary, educational and change-promoting movement. It has an interactive, participatory and integrated nature through the involvement of all those interested in the business, from assessors, institutions and patients.

An analytical cross-sectional study was carried out in a 71-bed, 360-employee, low and medium complexity family health institution in Goiás, with a general epidemiological profile and a greater focus on obstetrics. An institutional management maturity analysis tool was used. This tool is based on the hospital assessment requirements of the National Accreditation Organization (ONA). The study period was from April 2020 to April 2023.

The result of applying the tool shows management maturity through the percentage of compliance obtained through evidence of compliance with the requirements applied in each sector of the institution. It can be seen that in April 2020, there was 30% compliance, in 2022 progressing to 44% and in 2023 to 60%. The analysis obtained guided the restructuring movement and was the basis for all institutional change planning.

The hospital accreditation process is an excellent guiding standard to support hospital restructuring. Planning to comply with the requirements of the certification manual requires the institution to make changes to its organizational pillars. The impact on management maturity is significant.

It can be inferred that institutions that enter the hospital certification process respond more quickly and agilely to the dynamism of the market scenario, achieving sustainability and becoming more competitive.

Key words: accreditation, restructuring, management, sustainability, hospital, quality.

Lista de Figuras

Figura 1 -	Sete critérios principais para excelência em gestão-----	26
Figura 2 -	Relação custo e assistência -----	35
Figura 3 -	Pilares da gestão com pessoas -----	36
Figura 4 -	Planilha de Avaliação de Maturidade de Processos -----	41
Figura 5 -	Resultado da avaliação de maturidade de processos -----	42
Figura 6 -	Resultado: Seção 1_Liderança Organizacional -----	47
Figura 7 -	Resultado: Seção 2_Atenção ao Paciente -----	47
Figura 8 -	Resultado: Seção 3_Diagnóstico e Terapêutica -----	47
Figura 9 -	Resultado: Seção 4_Gestão de Apoio -----	47
Figura 10 -	Resultado: Excelência em Gestão -----	48
Figura 11 -	PE – Modelo de Negócio -----	50
Figura 12 -	PE – Linha de Visão -----	51
Figura 13 -	PE – Identidade Organizacional -----	52
Figura 14 -	PE – Mapa Estratégico -----	53
Figura 15 -	PE – Balanced Scorecard -----	54
Figura 16 -	Organograma (2020) -----	57
Figura 17 -	Organograma Atual (2021) -----	59
Figura 18 -	Painel Gerencial -----	60
Figura 19 -	Desempenho Organizacional -----	61

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Evolução das certificações de qualidade -----	20
Quadro 2 -	Padrões mínimos para certificação em saúde -----	21
Quadro 3 -	Evolução dos processos de certificação -----	23

Lista de tabelas

Tabela 1 -	Definição dos requisitos -----	39
------------	--------------------------------	----

Lista de abreviaturas e siglas

QGA – Quality Global Alliance

SUS – Sistema Único de Saúde

ISQUA – The International for Quality in Health Care

IAC – Instituição Acreditadora

ONA – Organização Nacional de Acreditação

JCI – Joint Commission Internacional

QMentum – Quality of the Moment (Certificação da Accreditation Canada)

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

NIAHO – National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations

PLANETREE – entidade sem fins lucrativos dedicada à criação de padrões em saúde com foco na assistência centrada nas necessidades do paciente

FEE FOR SERVICE – Taxa por serviço - onde a cobrança é feita no uso, ou seja, cada item deve ser cobrado e valorizado individualmente compondo o valor final de uma conta

FEE FOR VALUE – Resolutividade ou Pagamento por valor ao paciente – está relacionado a entrega de resultados na assistência à saúde

CAC - Colégio Americano de Cirurgiões

PPH - Programa de Padronização Hospitalar

CCAH – Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SBA – Sistema Brasileiro de Acreditação

OPSS – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

MEG – Modelo de Excelência de Gestão

FNQ – Fundação Nacional de Qualidade

CMC – Ciclo de Melhoria Contínua

PDCA – Plan – Do – Check – Action

OMS – Organização Mundial de Saúde

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

OPEX – Escritório de Excelência Operacional

ICOS – Instituto Coalizão Saúde

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

CC – Centro Cirúrgico

CME – Central de Material e Esterilização

Sumário

1	INTRODUÇÃO -----	16
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA -----	18
2	OBJETIVOS DO ESTUDO -----	19
2.1	OBJETIVO GERAL -----	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA -----	20
3.1	ACREDITAÇÃO NO BRASIL -----	23
3.2	GESTÃO ESTRATÉGICA INTEGRADA -----	25
3.3	IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE (SGQ) -----	25
3.4	AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE E IMPACTO DE RESULTADO -----	27
3.5	REESTRUTURAÇÃO EM SAÚDE -----	31
3.6	CONFIABILIDADE DOS DADOS PARA GESTÃO -----	32
3.7	GESTÃO COM PESSOAS -----	36
4	MATERIAIS E MÉTODOS -----	36
4.1	LOCAL DO ESTUDO -----	37
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO -----	39
4.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS -----	39
4.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS -----	40
4.5	ANÁLISE DE DADOS -----	40
5	RESULTADOS -----	43
5.1	APRESENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO -----	43
5.2	DESDOBRAMENTO SISTÊMICO DAS AÇÕES DE REESTRUTURAÇÃO -----	44
5.3	EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL -----	62
6	CONCLUSÃO -----	76
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	78
8	ANEXOS -----	82

1 INTRODUÇÃO

Historicamente os processos de acreditação pelo mundo tem o objetivo de promover, através de critérios bem estabelecidos, a melhoria na qualidade e segurança da assistência nas instituições de saúde. É um movimento voluntário, educacional e promotor de mudanças, além de interativo, participativo e negociado que envolve todos os interessados no negócio, incluindo os avaliadores e os beneficiários do processo avaliativo¹.

A acreditação em saúde é uma certificação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos por uma instituição, e é realizado por uma entidade independente e reconhecida, denominada IAC. No Brasil, existem várias metodologias de acreditação, como a ONA, a JCI, o QMentum, a ACSA e NIAHO. Todas possuem processos de certificação que permeiam com maior frequência os serviços de saúde brasileiros. Recentemente entra no Brasil a certificação PLANETREE, que tem como filosofia a proposta de melhorar o atendimento à saúde a partir da perspectiva do paciente e das pessoas.

No Brasil o movimento é recente, mas a importância é muito grande, pois garante que a instituição de saúde siga os padrões de qualidade e segurança exigidos. Utilizando-se de processos bem definidos e eficientes, equipe qualificada e comprometida com a excelência no atendimento, a confiança dos pacientes e seus familiares no serviço prestado aumenta, atraindo mais pacientes para a instituição, melhorando sua reputação e seu desempenho financeiro.

Um dos marcos no apoio a gestão da qualidade é o início da Anahp no país, em 11 de maio de 2001 (1º Top Hospital Brasil), pois a entidade não só representa uma associação de hospitais privados brasileiros, mas surge para defender os interesses e necessidades do setor saúde, bem como expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, em favor de todos os brasileiros⁶⁰. As instituições participantes ganharam muito e ainda podem entender outras realidades no país.

Em 2009 a 1ª edição do Observatório Anahp é lançado com o objetivo de ser uma referência para os gestores hospitalares, reunindo indicadores institucionais, assistenciais e econômico-financeiros, construindo uma relação de benchmarking entre as instituições de saúde parceiras no Brasil. Em 2011 acontece o 1º Conahp (Congresso Nacional de Hospitais Privados), junto a várias parcerias que deram a

Associação a possibilidade de contribuir ainda mais com as instituições de saúde no Brasil⁶⁰.

Para se tornar um membro da Anahp, a instituição de saúde precisa atender a alguns requisitos⁶¹, que se cumpridos integralmente o hospital é admitido na categoria Associado Titular. Requisitos Anahp:

1. Ser uma instituição privada (com ou sem fins lucrativos);
2. Ser um hospital de mercado;
3. Ter faturamento bruto majoritariamente proveniente de fontes pagadoras privadas;
4. Ter uma acreditação hospitalar certificada pela ISQua – The Internacional Society for Quality in Health Care.

O processo de certificação é muito utilizado para agregação de valor e reconhecimento nacional para muitas instituições, como por exemplo o Hospital Público do Marajó (HRPM), localizado em Breves, no estado do Pará, a instituição utiliza do processo de acreditação para se movimentar em prol da qualidade e segurança de seus serviços. Atendem a uma população de 300 mil habitantes e é referência em média e alta complexidade. Em meio a tantos desafios pela localização, a instituição intensifica suas ações em prol da melhoria contínua, tornando as dificuldades mola de impulsionamento para as tantas conquistas até o momento⁶³.

Tradicionalmente, no Brasil, os serviços de saúde são remunerados por produção, no modelo conhecido como Fee For Service. Entretanto, as discussões acerca da qualidade do serviço e atendimento prestado têm ganhado mais espaço, pela necessidade que se entende de olhar para prestação de serviço com qualidade percebida pelo paciente e operadoras de saúde, movimento conhecido como Fee For Value.

Em novembro de 2022, foi divulgado um ranking inédito das melhores instituições hospitalares que atendem 100% **SUS** com nível de certificação de qualidade plena internacional ou com acreditação de nível 3 (excelência), representando apenas 6,8% de instituições de saúde no Brasil com acreditação, segundo dados da QGA².

A acreditação hospitalar é importante para o sistema de saúde brasileiro como um todo, pois promove a melhoria contínua dos serviços de saúde, incentivando as

instituições a investirem em tecnologia, treinamento, capacitação de profissionais e a adotar boas práticas de gestão e assistência à saúde, colocando o paciente no centro do cuidado³, e contribui para a redução de erros médicos e do tempo de internação, na prevenção de infecções hospitalares e outras complicações, resultando em uma assistência mais segura e eficiente para os pacientes.

O processo de certificação hospitalar é também um diferencial competitivo, pois traz, em seu manual de orientações e requisitos, que já foram testados e aprovados em inúmeras instituições de excelência, critérios baseados em contextos científicos e referências de melhores práticas. Possibilitando, portanto, ser um caminho confiável para as instituições que queiram competir em um mercado dinâmico, melhorar a eficiência e agregar mais valor ao cuidado oferecido ao paciente.

Dessa maneira cria-se a pergunta: O processo de preparação de uma instituição para acreditação hospitalar é uma forma de incentivo para reestruturação organizacional? Acreditação hospitalar e reestruturação podem estar relacionadas?

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Acreditação hospitalar é um processo de avaliação externa realizado por organizações credenciadas e especializadas, e que tem como objetivo verificar se a instituição de saúde atende a determinados padrões de qualidade e segurança estabelecidos em seus manuais direcionadores. Ao final, concede uma certificação caso seja comprovada que a instituição de saúde está em conformidade com os requisitos estabelecidos.

A reestruturação, por sua vez, é um processo interno de revisão e reorganização das estruturas, processos, pessoas de um serviço, seja ele de saúde ou não, com o objetivo de melhorar a eficiência, reduzir custos, desenvolver pessoas, aumentar a qualidade dos serviços prestados e melhorar a experiência do cliente e/ou paciente.

Já o Impacto em Saúde trata-se de estratégias que englobam a identificação, predição e avaliação das esperadas mudanças nos riscos que envolvem uma organização. As políticas, os programas, planos ou projetos de desenvolvimento que são direcionadas, pela gestão executiva, para garantir as percepções de mudança por todos os envolvidos no negócio, incluindo a percepção dos pacientes na melhoria dos cuidados prestados⁶⁷.

A obtenção de uma certificação de qualidade pode ser um incentivo para que o hospital faça uma revisão em seus processos internos e implemente melhorias. Além disso, durante o processo de acreditação, o hospital é avaliado em relação a diversos aspectos, como a segurança do paciente, a qualidade dos serviços, a gestão de riscos, gestão de dados, ciclos de melhoria, gestão de pessoas, gestão financeira e administrativa entre outros, o que pode indicar pontos a serem melhorados na reestruturação.

A acreditação não é um fim em si mesma e não garante automaticamente que a instituição de saúde seja eficiente e ofereça serviços de qualidade. Mas é um meio que deve ser dinâmico, que envolva a avaliação contínua dos processos gerando a implementação de melhorias, a fim de garantir a elevação contínua da qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A busca pela certificação de serviços de saúde e todo esse processo de construção de uma nova instituição para a avaliação externa, gera a necessidade de reestruturação, quando o grupo estratégico entende que a qualidade pode e deve ser um modo de viver da instituição, permeando as discussões dentro do modelo de negócio e gestão.

A proposta é trazer direcionamento de reestruturação hospitalar por meio dos requisitos de certificação pela metodologia ONA, e demonstrar que este movimento pode ser guiado pelo setor de gestão da qualidade e riscos desta instituição, foco da pesquisa.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Demonstrar os impactos do sistema de gestão da qualidade na reestruturação de uma instituição de saúde por meio da aplicação dos critérios da Organização Nacional de Acreditação - ONA.

2.2 Objetivos específicos

- I. Compreender o impacto da gestão estratégica da qualidade para reestruturação.
- II. Criar a estratégia de profissionalização da gestão;
- III. Reestruturar o sistema de gestão da qualidade e riscos da instituição;

- IV. Reestruturar as bases de dados apoiadas no sistema de gestão hospitalar atual;
- V. Rever arquitetura organizacional atual e os diversos links de comunicação entre equipes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente os processos de acreditação pelo mundo tem o objetivo de promover, através de critérios bem estabelecidos, a melhoria na qualidade e segurança da assistência nas instituições de saúde, e atualmente a ISQUA é a organização mais importante de âmbito mundial que promove a melhoria da qualidade e a segurança na prestação de serviços em saúde.

É uma comunidade e organização sem fins lucrativos, baseada em membros, dedicada a promover a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. Há mais de 30 anos trabalham para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde em todo o mundo. O objetivo é alcançar as pessoas e instituições de saúde por meio de educação, compartilhamento de conhecimento, avaliação externa, apoio a sistemas de saúde em todo o mundo e conexão de pessoas afins por meio das redes de assistência médica. A rede de profissionais de saúde abrange mais de 70 países e 6 continentes¹.

O quadro abaixo mostra os programas pioneiros em certificações em saúde, e através dele pode-se ver o quão necessário era construir meios de melhoria as tantas necessidades que a saúde tinha para que a qualidade e segurança fossem perceptíveis aos olhos dos pacientes.

Quadro 1 – Evolução das certificações de qualidade

(Fonte Pesquisa: IQG, ISQUA, 1985)

1923:	- Canadian obstetrician and gynecologist, Malcolm MacEachern, was appointed Director of the ACS - ACS published a Manual of Hospital Standardization	Evolução:
1951:	- CMA and RCPSC joined with AMA and AHA and ACP to form - The JCAHO	Austrália 1959 e 1987, dois programas: ACHS e QIC Reino Unido 1986 e 1989, dois programas: Hospital Accreditation Programme (HAP / HQS) 1987, The New Zealand Council on Healthcare Standards
1958:	Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) formed	

A Avaliação da Qualidade na saúde iniciou-se no século passado, quando foi formado o CAC que estabeleceu, em meados de 1924 o PPH⁴. Neste programa foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes (Quadro 2):

Quadro 2 – Padrões mínimos para certificação em saúde

1. Médicos e cirurgiões com o privilégio de exercer a prática profissional no hospital devem estar organizados como um grupo ou um corpo clínico.
2. A admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos e cirurgiões que sejam graduados em medicina com licença legal para a prática em seus respectivos Estados ou províncias, competentes e valorosos em caráter e em relação à ética.
3. O corpo clínico inicia suas atividades com a aprovação do conselho diretor do hospital, adota regras, regulamentos e diretrizes no trabalho no hospital:
 - a) Reuniões do corpo médico ao menos mensalmente (em grandes hospitais podem optar por se reunir separadamente);
 - b) Revisão e análise da experiência clínica devem ser feitas em intervalos regulares nos vários departamentos e o prontuário dos pacientes, deverá ser a base desta revisão e análise.
4. Os registros dos pacientes devem ser precisos e completos e devem estar escritos de forma acessível a todo hospital – inclui dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da moléstia atual, exame físico, exames especiais como consultas ou laboratório clínico ou Raio-X, entre outros, hipótese diagnóstica, tratamento médico ou cirúrgico, achados patológicos, evolução clínica, diagnóstico final, condição de alta, seguimento, e no caso de morte, achados de autópsia.
5. Recursos diagnósticos e terapêuticos, devem estar disponíveis para o estudo diagnóstico e tratamento dos pacientes, incluindo ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia e departamento de raio-x com serviços de radiografia e fluoroscopia.

Fonte: Roberts, JC; Coale, JG; Redman, MA. A history of joint commission on accreditation of hospitals. Jama. 1987; 258 (7): 936-40⁵

Estes padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades e ou serviços como o dimensionamento da equipe de enfermagem ou a necessidade da assistência 24 horas⁶, nem a avaliação dos resultados com o paciente e ainda poucos elementos da estrutura física do hospital. Em 1918, 692 hospitais foram avaliados e apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo PPH.

Em 1949, o Manual de Padronização mais desenvolvido, apresentava 118 páginas, mas o CAC passou a ter dificuldades para mantê-lo. Em partes devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, o aumento do número de instituições, a complexidade e a grande procura de especialidades não

cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial. A partir daí o CAC iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária⁴.

Com a união destes grupos nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a JCI. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional. Esta "cultura da qualidade" divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde⁴ bem como passaram a ser enfatizados os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a JCI buscou então modificar o grau de exigência, publicando o Accreditation Manual for Hospital, 1970, contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência⁴.

Nos últimos anos, a JCAHO passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, finalmente assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações⁴. A mensuração de resultados passou a ser expresso em 4 níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendação, acreditação com recomendação e acreditação condicional.

Como a saúde foi uma das últimas organizações sociais a adotar os modelos de qualidade, sua utilização iniciou-se timidamente na área administrativa. Um dos fatores que vem contribuindo para superar esta situação⁷ é a disputa de mercado entre as instituições hospitalares, pouco evidenciada em nosso meio, mas muito forte e acirrada em outros países. A partir do ano 2000, alterando o paradigma anterior, observa-se nos hospitais da região central de São Paulo mudança no padrão de atendimento e na prestação de serviços. Hoje se enfatiza a qualidade na assistência à saúde dentro de um mercado muito mais competitivo.

Um resumo mostra a jornada dos processos de certificação que envolveram a melhoria contínua até o momento em que o livro: *Errar é Humano* é publicado em 2000.

Quadro 3 – Evolução dos processos de certificação

	Auditoria Médica (Revisão de Casos)	Garantia de Qualidade	Qualidade Total Gestão	Melhoria dos processos	Segurança do Paciente	Efetividade Comparativa
	Controle	Avaliação	Garantia	Promoção e Desenvolvimento		
1950s Criação EUA Canadá	1960s • OTA (1972)– Congresso dos EUA (eliminado em 1995) • Primeiras publicações de Avedis Donabedian • Variações na prática médica – Wennberg	1980s • AHRQ – responsável pela pesquisa em serviços de saúde do Governo dos EUA • Rand corporation – estudos sobre inadequação procedimentos médicos	1990s • AHRQ lança programa para desenvolver diretrizes clínicas baseadas em evidências. • Colaboração Cochrane - Revisões Sistemáticas (1992 – Oxford - Inglaterra)	2000s • Publicado o livro Errar é Humano - IOM - EUA • Criada a “ Aliança para a Seguridade do Paciente ” na OMS, 2004 • Criação IHI		
Nos Serviços de Saúde A partir da década de 2.000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde.						

Fonte: Roberts, JC; Coale, JG; Redman, MA. A history of joint commission on accreditation of hospitals. *Jama*. 1987; 258 (7): 936-40.

3.1 Acreditação no Brasil

Ao avaliar a marca histórica recentemente (2023) atingida pela ONA - que completou 1.403 certificações homologadas desde 1999 – a entidade reforça que o Brasil não tinha conhecimento sobre acreditações em saúde, incluindo os profissionais de saúde, e que a ONA começou do zero a movimentar no país um conceito de saúde baseada em requisitos que trouxessem valor ao cuidado prestado aos pacientes.⁸

Na verdade, o início da busca por um sistema de qualidade no Brasil começou bem antes da criação formal da ONA, mas contou com um grupo fiel de profissionais, que se mantém ativo até hoje na defesa da acreditação. O primeiro "empurrão" veio de uma instituição de peso, a OPAS, que patrocinou os encontros e

grupos iniciais de discussão sobre a criação de um sistema de qualidade seguindo o modelo do que existia nos Estados Unidos e Canadá.

Ainda em 1991, foi realizado um seminário em Washington, com a participação de representantes brasileiros que iriam contribuir para a elaboração do primeiro "Manual OPAS de Acreditação dos Hospitais da América Latina e Caribe", lançado no final daquele ano.

O SBA é o conjunto de estruturas, processos e instituições que têm por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil. O SBA é composto pela ONA, que tem como objetivos principais a normatização, a coordenação e a implementação do processo de acreditação nas organizações, serviços e programas de saúde; pelas IACs com a função de executar as atividades do processo de acreditação; pelas OPSS públicas e privadas; pelos Serviços Odontológicos; e pelos Serviços para a Saúde e Programas da Saúde e Prevenção de Riscos, certificados pelo SBA/ONA⁹.

Vários são os participantes na definição e/ou revisão dos requisitos que norteiam as instituições de saúde. O Manual é subdividido em subseções específicas e que podem ou não existir na instituição, considerando o perfil e foco de atendimento de cada organização.

Para se alcançar o certificado máximo – nível 3 – Excelência em Gestão, é necessário foco, dedicação, reestruturação de processos, revisão de documentos, institucionalização de políticas, planos e protocolos, desenvolvimento de pessoas e principalmente de um programa estruturado para líderes, gestão de dados e um sistema de gestão da qualidade e riscos que vá além das paredes formadas por um escritório.

Os certificados têm validade de 2 anos para instituições certificadas em nível 1 ou nível 2, com manutenções ordinárias a cada 8 meses, e as certificadas em nível 3 a validade é de 3 anos, com manutenções ordinárias a cada 12 meses. Nas manutenções ordinárias a instituição pode ser rebaixada caso seja evidenciado processos inseguros que possam causar danos a segurança do paciente. Atualmente a ONA trata de observar e considerar o processo de amadurecimento das instituições, pois entende que cada instituição está inserida em um cenário com desafios importantes a depender das regiões em que estejam localizadas, público alvo, operadoras de saúde, fornecedores, entre outros.

3.2 Gestão Estratégica Integrada

É uma abordagem que busca unificar e alinhar diferentes aspectos da gestão em uma organização para alcançar objetivos comuns de forma coordenada, sinérgica, atualizada e focada, e para isso é necessário considerar alguns pontos chave:

1. **Visão Global:** entender a instituição como um todo, reconhecendo a interdependência entre as diversas áreas e os processos que a envolve, garantindo áreas como: marketing, operação, gestão de pessoas, finanças, assistência estejam caminhando na mesma direção;
2. **Alinhamento Estratégico:** visa alinhar as metas e iniciativas definidas pela organização com sua visão e missão, permeando todas as decisões e ações de maneira a contribuir com o cumprimento da estratégia definida;
3. **Tecnologias:** inclui o uso de sistemas (software) mais integrados dentro da organização, plataformas on line, ferramentas de análise de dados e compartilhamento de informações que visam facilitar a coordenação de toda organização;
4. **Comunicação:** deve ser aberta e colaborativa entre todos os membros das diferentes áreas de gerenciamento, bem como com todos os níveis hierárquicos. Visa compartilhamento de informações, sinergia entre as partes, resolução de conflitos e alinhamento de expectativas;
5. **Avaliação e Monitoramento:** envolve a definição de dados para avaliação contínua do desempenho da organização, permitindo que progresso da estratégia acontece permitindo decisões mais rápidas e que beneficie o todo;
6. **Adaptação Contínua:** exige esforço contínuo de adaptação as diversas mudanças no ambiente interno e externo da organização, e por isso a gestão estratégica integrada não pode ser considerada um processo estático.

Ao definir por uma abordagem de gestão estratégica integrada, a organização opta por melhorar sua eficiência, eficácia e capacidade de inovar em meio a tantos desafios que envolvem a gestão, garantindo que todos os recursos estejam alinhados na busca por alcançar os objetivos estratégicos da organização.

3.3 Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)

De acordo com o Dicionário de Português, Qualidade é a propriedade que determina a essência ou a natureza de um ser ou coisa⁶⁵; é um conceito subjetivo, é

o modo de SER, é a propriedade de qualificar os mais diversos serviços, objetos, indivíduos etc. Do latim *qualitate*, qualidade está relacionado às percepções de cada indivíduo e diversos fatores como cultura, produto ou serviço a ser prestado⁶⁶. A implementação do SGQ em uma instituição de saúde pode ser definida como um processo sistemático e contínuo para garantir que a assistência prestada atenda aos padrões de qualidade estabelecidos e atenda às necessidades e expectativas dos pacientes. É uma abordagem holística que envolve toda a instituição, desde a alta administração até os profissionais de saúde e os pacientes, e passa por diversas fases de amadurecimento exigindo das pessoas que busquem a qualidade e segurança como modelo de gestão.

Um modelo amplamente utilizado para implementação do SGQ em instituições de saúde é o MEG da FNQ. A FNQ atua em disseminação, educação, diagnóstico e consultoria com foco na gestão voltada para a excelência e transformação das organizações do Brasil, e se baseia em sete critérios principais para que o modelo de excelência da gestão integrada possa ser algo perceptível aos olhos de todos, principalmente dos pacientes¹⁰.



Figura 1 – Sete critérios principais para excelência em gestão¹⁰

A implementação do MEG envolve um processo de autoavaliação contínua da instituição, com o objetivo de identificar pontos fortes e áreas que precisam de

melhorias, e para elaboração de um plano de ação para implementar as melhorias necessárias.

Outro modelo de implementação da qualidade é o Ciclo de Melhoria Contínua (CMC), também conhecido como Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)¹¹. Esse modelo envolve quatro etapas:

1. Planejamento;
2. Execução;
3. Verificação;
4. Ação corretiva

O CMC é uma abordagem interativa que permite que a instituição de saúde identifique áreas que precisam de melhorias e implemente mudanças com base em evidências, monitorando continuamente os resultados e fazendo ajustes conforme necessário.

Um estudo realizado por Lee et al¹² mostrou que a implementação de um programa de melhoria da qualidade em um hospital coreano levou a uma redução significativa nas taxas de infecção hospitalar e mortalidade hospitalar, bem como a uma melhoria na satisfação do paciente.

Outro estudo realizado por Huang et al. (2015) mostrou que a implementação da qualidade em um hospital taiwanês levou a uma melhoria significativa na eficiência operacional, incluindo a redução do tempo de espera para a consulta, cirurgia e a redução do tempo de internação.

Em resumo, a implementação do SGQ em uma instituição de saúde é um processo contínuo que envolve a participação de toda a equipe e pode levar a resultados institucionais muito melhores e mais relevantes para decisões estratégicas que passam a se basear em evidências de resultados promovidos pelos gestores das unidades de negócio. Modelos como o MEG e o CMC podem ser usados para orientar a implementação do SGQ, e há evidências de que a implementação da qualidade pode levar a melhorias significativas na qualidade dos cuidados de saúde prestados e na eficiência operacional da instituição.

3.4 Avaliação de qualidade em saúde e impacto de resultado

A qualidade em saúde é um tema de grande importância na atualidade, pois afeta diretamente a vida das pessoas. Pode ser definida como a adequação do serviço de saúde às necessidades e expectativas dos pacientes, com base em

critérios científicos e éticos. Segundo a OMS, a qualidade em saúde é a capacidade de um sistema de saúde em fornecer serviços que aumentem a probabilidade de resultados desejados e que satisfaçam as necessidades e expectativas dos usuários, profissionais de saúde e financiadores. Existem várias referências teóricas importantes para compreender e avaliar a qualidade em saúde. Algumas das principais são¹³:

Modelo de Donabedian: Este modelo é um dos mais amplamente usados para avaliar a qualidade em saúde. Baseia-se em três componentes principais:

1. Estrutura;
2. Processo;
3. Resultado.

A estrutura refere-se ao **ambiente e recursos** em que o cuidado é fornecido, o **processo** refere-se às ações e intervenções tomadas pelos profissionais de saúde, e o **resultado** refere-se aos efeitos que essas ações têm na saúde dos pacientes.

Teoria da complexidade: É uma abordagem que se concentra em sistemas complexos e interdependentes, como é o caso dos sistemas de saúde. Reconhece que as interações entre diferentes partes do sistema podem levar a comportamentos não previsíveis e a resultados imprevistos. A aplicação desta teoria pode ajudar a identificar os pontos fortes e fracos do sistema de saúde, bem como as áreas que precisam de melhorias¹⁴.

Lean Six Sigma: Esta é uma metodologia que combina os princípios do Lean e Six Sigma para melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia dos processos. O Lean enfatiza a eliminação de desperdícios, enquanto o Six Sigma visa reduzir a variabilidade e os defeitos. A aplicação desses princípios no sistema de saúde pode ajudar a melhorar a eficiência e a qualidade do cuidado¹⁵.

Teoria da mudança: Esta abordagem se concentra em identificar as etapas necessárias para implementar uma mudança bem-sucedida no sistema de saúde. Isso inclui a identificação dos obstáculos potenciais, a criação de um plano de ação e a implementação de medidas para garantir que a mudança seja bem-sucedida¹⁶.

Teoria do capital humano: Esta teoria se concentra na importância do capital humano, como conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde, para a qualidade do cuidado. Reconhece que o capital humano é um dos principais recursos necessários para fornecer cuidado de alta qualidade e que investir em treinamento e desenvolvimento profissional pode melhorar a qualidade do cuidado¹⁷.

A melhoria hospitalar é um processo contínuo que envolve a implementação de estratégias e programas para alavancar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos pacientes.

Uma crise de qualidade ocorre quando há uma redução significativa na qualidade dos cuidados de saúde prestados em um hospital, e quando não há consolidação da cultura da qualidade no dia a dia dos processos de trabalho das pessoas. Isso pode ser causado por uma variedade de fatores, incluindo falta de pessoal qualificado, falta de recursos, processos ineficientes e problemas de gestão.

Existem muitos exemplos de hospitais que foram capazes de melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados, mesmo após terem sofrido uma crise de qualidade. Um exemplo é o Hospital Brigham and Women, em Boston, que em 2007 sofreu impacto na percepção de qualidade que resultou em altas taxas de infecção hospitalar. O hospital implementou um programa abrangente de melhoria da qualidade, que incluiu a realização de auditorias regulares de higiene das mãos, a introdução de novos procedimentos de limpeza e desinfecção, e o treinamento de todo o pessoal do hospital em práticas de higiene adequadas. Como resultado dessas medidas, o hospital conseguiu reduzir significativamente suas taxas de infecção hospitalar¹⁸.

Outro exemplo é o Hospital Saddleback Memorial, em Laguna Hills, Califórnia, que também passou por crise de qualidade em 2010. O hospital foi capaz de melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados, implementando uma série de medidas, incluindo a melhoria dos processos de triagem e atendimento ao paciente, a implementação de um sistema de gerenciamento de medicamentos mais eficiente e a revisão de políticas e procedimentos para garantir a segurança do paciente²⁰.

A chave para a melhoria hospitalar após uma crise de qualidade é a implementação de um plano de ação abrangente e bem elaborado, que aborde as causas subjacentes do derrame de qualidade e identifica soluções eficazes para

corrigir os problemas. Além disso, é importante que os hospitais sejam capazes de monitorar e avaliar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados, para garantir que as melhorias sejam sustentáveis a longo prazo. Toda melhoria de qualidade é responsável por incrementar valor a instituição, sendo este um resultado que precisa ser bem gerenciado.

Valor em saúde é um conceito que se refere à maximização dos resultados de saúde alcançados com os recursos disponíveis. Isso envolve considerar não apenas os benefícios clínicos dos tratamentos, mas também os custos associados e o impacto na qualidade de vida do paciente. É uma medida importante na avaliação de novas terapias e tecnologias de saúde, pois ajuda a determinar se um tratamento é efetivo e eficiente em comparação com outras opções disponíveis. Além disso, pode ser usado para orientar a tomada de decisões em políticas de saúde, como alocação de recursos, desenvolvimento de protocolos de tratamento e reembolso de serviços de saúde²⁶.

Qualidade e valor são conceitos importantíssimos em saúde. A qualidade em saúde refere-se à medida em que os cuidados de saúde atendem às necessidades dos pacientes e são seguros, eficazes e eficientes. A qualidade pode ser avaliada por meio de medidas objetivas, como taxas de mortalidade e complicações, bem como por meio de medidas subjetivas, como a satisfação do paciente.

Já o valor em saúde é a relação entre os resultados dos cuidados de saúde e o custo desses cuidados. Ou seja, é a medida em que os resultados de saúde alcançados justificam os custos incorridos para obtê-los. A avaliação do valor pode ser mais complexa do que a avaliação da qualidade, pois requer a consideração de fatores como custos diretos e indiretos, impacto na qualidade de vida do paciente e longo prazo dos resultados.

Ambos os conceitos são importantes para a melhoria dos cuidados de saúde. A busca pela qualidade deve ser sempre um objetivo fundamental dos prestadores de cuidados de saúde, pois isso garantirá que os pacientes recebam cuidados seguros e eficazes. Já a busca pelo valor deve ser uma preocupação não apenas dos prestadores de cuidados de saúde, mas também dos pacientes, pagadores e reguladores, uma vez que a saúde é um recurso limitado e, portanto, deve ser utilizada de forma eficiente.

3.5 Reestruturação em saúde

A gestão de saúde é uma área complexa que envolve diversos processos, desde a atenção à saúde até a administração dos recursos financeiros. Busca melhorar a qualidade dos serviços prestados, a eficiência dos processos e a satisfação dos usuários. Essa estratégia envolve diversas etapas, como análise dos processos existentes, identificação de problemas, definição de objetivos, implementação de soluções e avaliação dos resultados.

Para reestruturar serviços as ferramentas de gestão são técnicas importantes que permitem identificar problemas e implementar soluções para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Algumas das principais ferramentas são:

- a) **Planejamento estratégico:** essa ferramenta é utilizada para identificar oportunidades, definir a missão, visão e valores da instituição de saúde (identidade organizacional), bem como os objetivos estratégicos organizacionais e as metas a serem alcançadas. O planejamento estratégico permite que a instituição de saúde tenha uma visão clara do seu futuro e desenvolva um plano de ação para alcançar seus objetivos.
- b) **Gestão por processos:** é um conjunto de práticas que têm o objetivo de buscar continuamente o aperfeiçoamento dos processos de trabalho de uma organização. A gestão por processos permite que a instituição de saúde melhore a qualidade dos serviços prestados, aumente a eficiência dos processos e reduza os custos.
- c) **Gestão de custos:** pode ser compreendida como um ciclo de atividades específicas e integradas, de um negócio, desenvolvidas para subsidiar a tomada de decisão. Serve para direcionar o planejamento estratégico produzindo respostas às questões organizacionais.
- d) **Gestão com pessoas:** permite que a instituição defina não apenas uma política de gerenciamento de pessoas, mas também como gestores devem engajar suas equipes para promover um cuidado mais adequado ao paciente com segurança, qualidade e uso racional dos recursos. É uma prática que envolve todas as atividades relacionadas à administração e ao desenvolvimento dos colaboradores de uma empresa. Ela tem como um dos principais objetivos criar um ambiente de trabalho saudável e

produtivo, em que os colaboradores se sintam motivados, engajados e valorizados.

A reestruturação em saúde é um processo contínuo que busca melhorar a qualidade da assistência à saúde e a eficiência dos serviços prestados. O objetivo deste trabalho é discutir a importância da reestruturação em saúde por meio do uso de ferramentas de qualidade, apresentando conceitos e exemplos de aplicação dessas ferramentas.

3.6 Confiabilidade dos dados para Gestão

A confiabilidade de dados é extremamente importante para a gestão em saúde, pois decisões estratégicas e críticas são tomadas com base em informações precisas e atualizadas. Sem dados confiáveis, a gestão pode enfrentar problemas como falta de eficácia na tomada de decisões, desperdício de recursos e potencial impacto negativo na qualidade dos cuidados. Existem várias estratégias para garantir a confiabilidade dos dados em saúde:

1. **Garantir a qualidade dos dados:** Isso envolve a implementação de medidas para que os dados sejam precisos, completos, atualizados e relevantes. A qualidade pode ser melhorada por meio da implementação de sistemas de gestão robustos e da realização de auditorias regulares.
2. **Utilização de padrões e normas:** É importante que os dados sejam coletados e armazenados de acordo com padrões e normas aceitos pela comunidade de saúde. Isso ajuda a garantir que os dados sejam consistentes e possam ser comparados com dados de outras fontes.
3. **Treinamento da equipe:** A equipe responsável pela coleta, armazenamento e análise dos dados deve ser treinada regularmente para garantir que saibam como coletar e gerenciar dados com precisão e confiabilidade.
4. **Segurança dos dados:** A segurança dos dados é fundamental para garantir a confiabilidade dos dados. Isso envolve a implementação de medidas de segurança físicas e digitais para proteger os dados contra acesso não autorizado, perda e roubo. (LGPD)

5. **Validade dos dados:** É importante garantir que os dados sejam validados antes de serem usados para tomar decisões críticas. Isso pode incluir a comparação de dados com outras fontes, a realização de testes de consistência e a verificação de quaisquer discrepâncias ou anomalias.

Ao implementar essas estratégias, a gestão pode garantir a confiabilidade dos dados e, portanto, tomar decisões mais informadas e precisas, possibilitando a base para uma melhor gestão da informação.

Um dos pontos mais críticos na maioria das organizações é a gestão de todo e qualquer tipo de informação que permeiam as pessoas. Sem padrões estabelecidos e sem direcionamentos claros e objetivos, os gestores atuam de maneira livre e dentro da maturidade de cada um.

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Deming²⁷, no livro “Saia da Crise”, revolucionou a teoria da gestão quando descreveu os 14 princípios de Deming – assim ficou conhecido por revolucionar a Gestão da Qualidade e a Qualidade da Gestão, sendo uma das leituras mais centrais e de autoridade para utilização em pesquisas de gestão da qualidade nas últimas duas décadas. Abaixo os 14 princípios que também farão parte dessa pesquisa:

1. Constância de Propósito;
2. Adote a nova filosofia, estamos numa nova era econômica;
3. Deixe de depender da inspeção para atingir a Qualidade;
4. Pare com a prática de aprovar orçamentos com base no preço, avance no sentido de ter menos fornecedores, mas com relacionamentos verdadeiros, baseados em confiança e lealdade;
5. Melhoria Contínua;
6. Institua treinamento no local de trabalho;
7. Institua Liderança. O objetivo da alta direção deve ser o de ajudar as pessoas, máquinas e dispositivos a executarem um trabalho melhor;
8. Elimine o Medo;
9. Quebrar barreiras entre departamentos;
10. Elimine slogans, exortações e metas;

- 11.** Elimine quotas (padrões de trabalho), números, metas numéricas;
- 12.** Remova as barreiras que privam as pessoas de seu direito de orgulhar-se de seu trabalho realizado;
- 13.** Institua um forte programa de educação e auto-aprimoramento;
- 14.** Engaje todos da empresa no processo de realizar a transformação. A transformação é responsabilidade de todo mundo.

Na área da saúde, alguns países investem recursos consideráveis em atividades que visem a garantir a qualidade dos dados, incluindo capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados, além de um monitoramento regular dos dados disponibilizados pelos sistemas³.

Diante de um cenário que aparentava descontrole sobre as informações, a instituição vislumbrou a necessidade de apoio na reestruturação de toda sua gestão. Setores que antes não existiam, se tornaram realidade com uma estruturação de pessoas, informações e dados mais palpáveis para tomar decisões importantes para o negócio. Bem como processos de trabalho sem qualquer tipo de informações seguras que possibilitassem entender a produção, os custos e receitas geradas pelos mesmos.

A definição teórica para o termo "qualidade da informação" ainda não obteve consenso, sendo este considerado uma categoria multidimensional²⁸, visto como um conceito multifacetado. Observam-se, nas diversas metodologias, distintas visões do objeto analisado, conforme a sua abordagem. Para este estudo, utilizaremos um conceito que vem sendo usualmente utilizado: uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário¹².

Atualmente a instituição, que é gerida por uma família, segue definindo:

- a) Prioridades para melhor direcionamento das decisões;
- b) Reestruturação dos últimos processos de trabalho com foco no uso racional dos recursos;
- c) Investimentos em marketing;
- d) Estruturação de melhores condições para o gerenciamento das informações;
- e) Investimento no desenvolvimento dos gestores para melhoria na performance e entrega dos resultados;

- f) Auditorias internas, auditorias clínicas, blitz de segurança, pit stop da qualidade e segurança, Ronda de liderança, Reuniões Colegiadas, Reuniões das Comissões estratégicas, Reuniões de análise de resultados e Times de alta performance para gerenciamento de protocolos clínicos.

Porter²⁹ afirma que “medir, relatar e comparar os resultados talvez sejam os passos mais importantes para melhorar rapidamente os resultados e fazer boas escolhas sobre a redução de custos”, estando aqui os principais referenciais para gestão eficiente e sustentável neste mercado em expansão e altamente mutável. O gerenciamento de uma organização hospitalar exige planejamento, engajamento e a construção de uma cultura forte e sólida para o equilíbrio da balança:

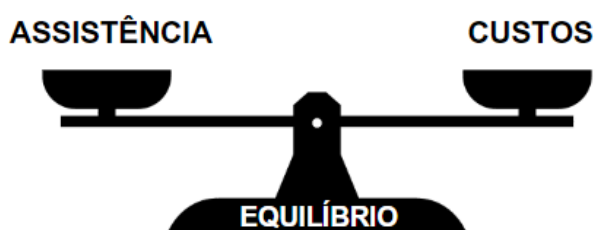


Figura 2 – Relação custo e assistência

Todavia existem desafios específicos às empresas familiares, que necessitam ser avaliados, entendidos e contornados, para que sucessões sejam bem direcionadas, canais de comunicação sejam fortalecidos e práticas de gestão e assistência sejam fortes. Além de repensar o modelo de educação e desenvolvimento das equipes de trabalho para que as mesmas possam contribuir ainda mais com o bom desempenho da instituição, garantindo ao paciente melhor acesso ao cuidado.

Assim as creditações em saúde podem ter vários impactos financeiros, tanto positivos quanto negativos, dependendo de diversos fatores, incluindo o contexto específico da instituição de saúde, o tipo de creditação buscada e a eficácia da implementação das mudanças necessárias para atender aos padrões de creditação. Alguns dos principais impactos financeiros são: custo de preparação e manutenção, redução de riscos, aumento da receita, acesso a parcerias e contratos e melhoria da eficiência Operacional.

Segundo a revista Saúde Business, são 6 as principais despesas que as 101 instituições estudadas apresentaram: custos das mudanças estruturais (infraestrutura e

equipamentos), em termos de tempo empregado no processo, de treinamento e capacitação, relacionados ao valor pago à entidade Certificadora, associados à contratação de pessoas e associados à compra de material de melhor qualidade⁶².

3.7 Gestão com Pessoas

Conhecido como um escritório composto por: gestor, psicólogo (recursos humanos), auxiliar de departamento pessoal, técnico em segurança do trabalho, educação e desenvolvimento de pessoas e endomarketing, a gestão com pessoas vai muito além de um time formado para atender pessoas.

A Gestão com Pessoas é um movimento gerencial feito pelos gestores dos setores de uma organização, e que é formado por uma equipe que define diretrizes estratégicas organizacionais para direcionar ações e políticas para as pessoas. É, também, a abordagem usada pela área de Recursos Humanos e lideranças para analisar e definir as ações necessárias para o desenvolvimento de pessoas, visando melhorar os resultados individuais e de toda organização.



Figura 3 – Pilares da Gestão com Pessoas

Nas organizações de saúde o contexto de atuação do setor de Recursos Humanos tem se tornado cada vez mais sistêmico, ampliando o ponto de vista dos gestores para que os mesmos assumam seus papéis e responsabilidades como parte do contexto da Gestão com Pessoas e não como alguém que está acima dele.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é transversal analítico, em uma instituição hospitalar privada de Goiânia, de médio porte e com foco no atendimento aos pacientes de

média a alta complexidade. Sendo esta submetida a aplicação de ferramenta de maturidade de avaliação dos processos internos que foi criada conforme os níveis de certificação hospitalar/ONA. A avaliação foi realizada em dois momentos do ano, por 3 anos, com a finalidade de evidenciar a progressão de maturidade organizacional, o estudo permeará as dimensões de qualidade com definições baseadas em:

- a) Acessibilidade;
- b) Clareza metodológica;
- c) Cobertura;
- d) Completitude;
- e) Confiabilidade;
- f) Consistência;
- g) Não-duplicidade;
- h) Oportunidade;
- i) Validade.

Foi aplicado instrumento conforme auditoria interna, com foco na verificação de amadurecimento dos processos e pessoas, para caracterizar toda evolução da instituição dentro dos princípios que envolvem a qualidade nos serviços de saúde.

A ferramenta criada utiliza a mesma linha de raciocínio do manual ONA, seguindo a pontuação de 01 (Sem Evidência / Não implementado) a 05 (Referência, ou seja, o setor supera o requisito estabelecido no Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde ou nos itens do check list da planilha de maturidade.

4.1 Local de Estudo

A instituição tem perfil geral e atende adultos e neonatos, possuindo em sua estrutura: unidade de internação materno infantil, clínica médica, clínica cirúrgica, pronto socorro 24 horas, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, Centro Cirúrgico com 5 salas, apoio ao diagnóstico e terapêutica (endoscopia e colonoscopia, alguns exames de métodos gráficos, Raio - X, tomografia, ultrassom, radiologia intervencionista, laboratório de análises clínicas), totalizando 71 leitos e corpo clínico aberto.

Gestão familiar que desde abril de 2020 vem passando por muitas mudanças internas para movimentar a organização rumo a profissionalização, melhorando a competitividade dentro do mercado Goiano.

No início do processo de reestruturação o time do hospital era formado por 286 colaboradores, sem mensuração dos profissionais terceiros. Com a evolução no processo de amadurecimento da instituição e realocação dos recursos, a instituição passa para 272 profissionais celetistas, 12 estagiários, 7 aprendizes, 70 médicos no corpo clínico e profissionais terceirizados nas seguintes áreas: laboratório, banco de sangue, escritório de excelência operacional, gestão de pessoas, gerência operacional, engenharia clínica, nutrição clínica, fisioterapia, e gestores médicos, sendo os terceirizados empresas que entram nos critérios de qualidade e segurança exigidos na política de qualificação de fornecedores de produtos e serviços, com avaliações de desempenho periódicas e entrega de resultados.

No Estado de Goiás, o cenário atual, reflete alta concorrência de mercado. Atualmente o estado possui 388 estabelecimentos de saúde, segundo CNES, sendo 83 (21,3%) estabelecimentos de saúde com algum nível de acreditação em saúde, e segundo a ONA, nenhum estabelecimento com certificação internacional. Com a entrada de inúmeros grupos de expressividade nacional, tanto em número de leitos adquiridos como em credibilidade reconhecida de mercado – marcas como Hospital Israelita Albert Einstein, Oncoclínicas, Grupo Santa Lúcia, Grupo Mater Dei, Grupo Kora e Hapvida – a gestão se movimenta para se empenhar mais no processo de transformação da instituição. Esses novos players entraram no mercado por meio de aquisições e ou fusões, conduzindo à necessidade de reinvenção das empresas locais tradicionais familiares frente à essa nova realidade. O processo de certificação mostra-se uma alternativa interessante para busca de um padrão reconhecido nacionalmente.

Em 2023, três estabelecimentos de saúde (clínica de oncologia, equipe de anestesia e instituição hospitalar de grande porte) contrataram certificação internacional para submeter suas empresas a requisitos de maior exigência – PLANETREE e QMentum. O que demonstra o quanto a certificação dos serviços de saúde contribui para a transformação das instituições.

4.2 População do estudo

A população de estudo compôs-se de todos os profissionais desde a gestão estratégica (diretoria) institucional até a equipe operacional, através das avaliações de maturidade frente a requisitos estabelecidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de serviços de Saúde (ONA).

4.3 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado instrumento elaborado pelo autor, baseado nos critérios de certificação ONA, para coleta de dados com o objetivo de caracterização do cenário inicial (Anexo 1 – Planilha de Maturidade de Processos). O instrumento é composto pelos requisitos de acreditação ONA, sendo pontuado de 1 a 5 conforme avaliação do especialista.

Os conceitos base do manual ONA foram utilizados para definir a referência definida na ferramenta, conforme tabela abaixo, sendo acrescentado os itens de avaliação para pontuação relatada acima.

Tabela 1 – Definição de requisitos (Ferramenta de Avaliação da Maturidade de Processos)

Definição Ática Gestão	Nº	Definição ONA	Conceito Base
Sem Evidência / Não Implantado	1	Não Conforme	Evidências apresentadas não atendem ao requisito ou ausência de evidência para atendimento ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização. Ausência de práticas.
Evidências Insuficientes ou Parcialmente Implantado	2	Parcial Conforme	Evidências apresentadas atendem parcialmente ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.
Algumas Evidências ou Implantado	3		Com algumas evidências de implementação, pode-se considerar que o requisito está implantado.
Evidências Suficientes ou Processo Maduro	4	Conforme	Evidências apresentadas atendem ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.
Referência	5	Supera	Evidências apresentadas superam o esperado para o atendimento ao requisito em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.
Não se Aplica			Requisito não se aplica à característica da organização

A partir deste resultado foi realizado planejamento de estratégias e intervenções que possibilitassem a reestruturação hospitalar, com prazos e responsáveis direcionados conforme cada subseção avaliada.

Inicialmente a planilha de maturidade de processos serviu como direcionador de diagnóstico institucional para estruturação do trabalho a ser desenvolvido pelo time, e ao longo do tempo se tornou principal ferramenta de apoio para identificação da evolução da instituição, se tornando, oficialmente, ferramenta de auditoria interna do escritório de qualidade da instituição.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período do mês de Abril de 2020 a Abril de 2023.

4.5 Análise de dados

A análise dos dados é o processo pelo qual se dá ordem, estrutura e significado aos dados encontrados, ou seja, consiste na transformação dos dados obtidos em conclusões úteis e confiáveis, mediante o método de análise da informação, englobando a análise do conteúdo e a análise estatística dos dados, possibilitando, assim, interpretar e discutir os resultados obtidos. Por meio de tais resultados, chega-se à conclusão de que as hipóteses previamente definidas são válidas ou não.

Os dados coletados foram tabulados em planilha de Excel, já estruturados dentro da ferramenta de Avaliação de Maturidade de Processos, através de gráficos que demonstram o crescimento de cada unidade de negócio em um corte de 12 em 12 meses, em que uma auditoria é realizada junto ao gestor, por especialistas na metodologia.

Na instituição as auditorias internas são realizadas a cada 6 meses, porém para este estudo optou-se por analisar os dados em um corte de 12 em 12 meses, entendendo que seria um período de melhor avaliação do crescimento e amadurecimento dos processos e das pessoas.

Ao final da auditoria o gestor recebe em 05 dias um relatório com as principais não conformidades e a depender do nível de criticidade o plano de ação pode variar em: resolução imediata ou resolução com prazos de 30, 60 ou 90 dias.

Vale salientar que, para cada requisito existem várias ações que permitem alcançar ou não a pontuação de 3 a 5, conforme Tabela 1. Os gestores foram capacitados para compreender os requisitos que envolvem o manual, para que estivessem habilitados na construção das evidências necessárias para enquadramento na conformidade da avaliação. Este movimento foi de suma importância, já que a principal resistência estava na barreira psicológica ao popular “qualitex”.

À medida que os requisitos são cumpridos, a pontuação vai aumentando. Como já citado os critérios são baseados na referência que o Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde da ONA orienta, e sua pontuação para certificar ou não uma instituição é direcionada pela fórmula construída dentro da ferramenta abaixo.

Figura 4 – Planilha de Avaliação de Maturidade de Processos

 Avaliação de Maturidade de processos HealthCare ONA Nível 1 Ferramenta 2020/2022				Sem Evidência / Não Implantado	Evidências insuficientes ou Parcialmente Implantado	Algumas Evidências ou Implantado	Evidências Suficientes ou Processo Maduro	Referência	
Seção	Nível	Subseção	Requisitos	1	2	3	4	5	%
Gestão Organizacional	1	Gestão de Pessoas	Possui profissionais dimensionados para atender o perfil epidemiológico e as necessidades dos pacientes/clientes.		X				
Gestão Organizacional	1	Gestão de Pessoas	Define Papeis e responsabilidades e competências conforme função exercida.	X					
Gestão Organizacional	1	Gestão de Pessoas	Estabelece processo de recrutamento, seleção e desligamento de pessoas alinhado às competências essenciais e individuais.		X				
Gestão Organizacional	1	Gestão de Pessoas	Estabelece procedimento para o credenciamento e a admissão de pessoas e para a atualização das informações.		X				

Fonte: Arquivos institucionais / Ática Gestão

Com o resultado, a instituição conseguiu estabelecer melhor os prazos das principais ações a serem desenvolvidas, focando nos impactos voltados para qualidade e segurança do paciente, bem como no uso racional e direcional de recursos, possibilitando que os gestores conseguissem enxergar a própria evolução e não terem mais a sensação de que os problemas não são solucionáveis.

Após avaliação de todas as unidades de negócio (setores de trabalho) e os processos que os envolvem, a equipe realiza análise dos achados e assim é gerado um percentual de atendimento aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - ONA, gerando ações específicas

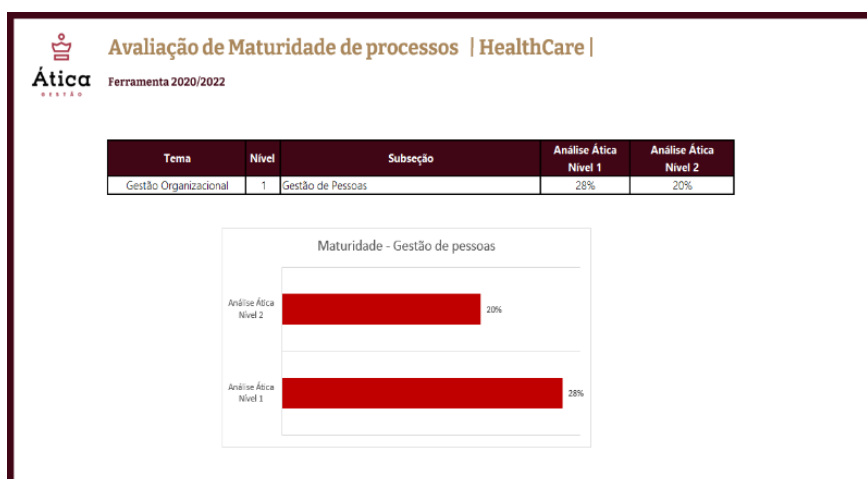
e pontuais para que a instituição consiga avançar no processo de transformação interno.

Vale salientar que os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - ONA tem significado amplo, sendo necessário interpretar cada um dos requisitos minuciosamente para que todos os pontos que permeiam o requisito sejam atendidos. No escopo desta reestruturação para cada requisito foi possível gerar em média 07 ações (média evidenciada nas ações desenvolvidas dentro da instituição estudada durante os 3 anos de avaliações).

As ações são desenvolvidas e acompanhadas por um time estruturado em um escritório de Excelência Operacional denominado OPEX. Este escritório passou a existir após o primeiro ano do processo de reestruturação, sendo uma melhoria de gestão por acompanhamento dos processos e seus impactos assistenciais.

O escritório é composto por: gestão da qualidade, gestão de riscos, gestão de dados, gestão por processos, controle de infecções, vigilância epidemiológica e educação permanente.

Figura 5 – Resultado da Avaliação de Maturidade de Processos



Com a aplicação da ferramenta foi possível identificar os setores mais críticos, e que necessitavam de intervenção mais rápida e intensa. As ações foram geradas através de estrutura PDCA, com retornos programados pelo OPEX da instituição. O

retorno para acompanhamento do desenvolvimento das ações segue por ordem de criticidade:

- a) Achados críticos – retorno em 15 dias;
- b) Achados semi - críticos – retorno em 30 dias;
- c) Achados não críticos – retorno negociável com gestor da área.

5 RESULTADOS

O projeto de busca pela certificação de qualidade precipitou o movimento de reestruturação institucional, sendo a utilização do instrumento de Avaliação de Maturidade de Processos (Anexo 1) o orientador desta transformação.

A estratégia para definição de todo processo de reestruturação da organização se iniciou com:

1. Apresentação do diagnóstico;
2. Desdobramento sistêmico das ações de reestruturação.

5.1 Apresentação do diagnóstico

O cenário encontrado era heterogêneo, pois alguns setores não estavam totalmente estruturados conforme desejado pela diretoria. A dificuldade de encontrar mão de obra especializada foi também um fator relevante, que gerou dificuldade no processo de seleção, sendo um grande desafio para o amadurecimento das organizações de saúde goianas. Mesmo neste cenário foi tomada a decisão de seguir com a reestruturação, pois o caminho estava trilhado para que em um momento futuro, fosse construída uma nova instituição muito mais alinhada com as expectativas dos donos, da equipe e do paciente, além de mais competitiva com o mercado.

Os indicadores encontrados naquele período eram mais focados em produção e com origem de dados ainda pouco consistentes. Foi necessária reavaliação de toda estrutura gerencial de dados, pois os controles eram pouco confiáveis para as tomadas de decisões. A análise crítica para direcionamento estratégico não era sólida, tornando as ações mais reativas do que preventivas e resolutivas.

A Planilha de Maturidade de Processos foi a principal ferramenta para apoiar a estruturação de estratégias que norteassem todo o time nas principais necessidades de ações para que a instituição alcançasse o *Up Grade* para Nível 2 – Gestão Integrada, em maio/2021. Com as avaliações através da planilha, a construção de ações seguiu-se com a utilização do PDCA (Anexo 2 – Ferramenta PDCA) para avaliação dos resultados e construção de A3 (Anexo 3 – Ferramenta A3) como ferramenta para evidência dos ciclos de melhoria desenvolvidos na instituição. Nesta pesquisa foram considerados os resultados de desempenho anuais, através das auditorias internas da qualidade, de: Abril/2020 a Abril/2021, Maio/2021 a Maio/2022, Junho/2022 a Maio/2023, fechando ciclos de 12 meses entre os anos e 11 meses para o último coorte.

5.2 Desdobramento sistêmico das ações de reestruturação

Os resultados do processo de reestruturação foram demonstrados ao longo de três anos e nos períodos que se seguiram: Abril/2020 a Abril/2021 (última rodada de auditorias internas antes da Visita de Avaliação para Up Grade Nível 2 – Gestão Integrada, conquistada ao final do mês de maio de 2021), Maio/2021 a Maio/2022 e Junho/2022 a Abril/2023 (última rodada de auditorias internas antes da Visita de Avaliação para up Grade nível 3 – Excelência em Gestão, no final de maio/2023).

Uma medida necessária para amplificação dos resultados foi a criação de rotinas de ações internas que também auxiliaram nas auditorias. Esse movimento trouxe proximidade com a equipe, confiabilidade dos dados gerados e maior proximidade com pacientes e familiares.

As auditorias internas seguiram e seguem uma rotina de avaliações semestrais, e apoiadas em outros métodos de trabalho desenvolvidos no hospital ao longo da reestruturação organizacional, tais como:

- 1) **PIT STOP**: ocorre 3 vezes por semana, em formato de visitas beira leito, com o objetivo de entender junto ao paciente e familiares a integração dos mesmos nas propostas de cuidado e gerenciamento de seus riscos assistenciais. É repassado as equipes os principais pontos para ajustes de informações, e na presença de queixas ou problemas, o gestor assistencial é acionado;
- 2) **Blitz de segurança**: momentos mensais com o objetivo de disseminar e fortalecer a cultura de segurança instituída na organização. Toda equipe é

abordada com base nos protocolos de segurança institucional, e os resultados do mês norteiam a Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NUSP) a novas ações para fortalecimento da cultura. Foi com o movimento da Blitz de segurança que a instituição definiu pela participação de profissionais da operação que são convidados pelos seus gestores a participar e contribuir com a reunião do NUSP;

- 3) **Auditoria clínica:** é realizado semanalmente e tem como foco a avaliação do cumprimento dos processos de trabalho que impactam nos resultados assistenciais, administrativos e financeiros. A ferramenta de auditoria clínica (Anexo 4 – Auditoria Clínica) proporciona enxergar o resultado da efetividade no seguimento do padrão estabelecido, desde um protocolo a uma rotina, promovendo aos gestores entendimento de suas maiores fragilidades processuais, melhorando, inclusive, a composição da análise dos resultados setoriais.
- 4) **Ronda de Liderança:** formada por vários líderes, a ronda de liderança tem foco principal na disseminação da estratégia e desdobramento dos dados gerenciados pelos gestores, bem como trabalhar a escuta ativa buscando da operação sugestões de melhoria para a instituição. O time é dividido em 4 equipes de gestores diferentes e com a regra de realização das rondas 1 vez a cada 15 dias, gerando notificação de não conformidades ou quebra de contratos, direcionando os gestores à construção de ações de melhoria para os processos.
- 5) **Time de Alta Performance (protocolos gerenciados):** são formados por membros assistenciais e tem como principal foco as discussões de melhorias através dos dados encontrados no preenchimento do formulário de avaliação do paciente. São feitas ligações para rastreio de sintomas e direcionamento a instituição, caso necessário.
- 6) **Gestão por processos:** dentre as diversas equipes instituídas na organização, o time de processos auxilia na dinâmica de construção de fluxos de trabalho mais enxutos e com menos desperdício de recursos. Durante toda sua atuação foi possível enxergar vários pontos de melhoria, principalmente na gestão de suprimentos quando se fala em software seguro para um processo tão delicado. Todo viés que o sistema apresentava, era possível seguir com

ajustes no próprio sistema ou através de ferramentas paralelas sem aumentar volume de trabalho.

- 7) **Controle de Infecção:** todo processo de controle de infecção e disseminação de prevenção de infecções foi remodelado e ao longo dos 3 anos foi o setor que mais alcançou resultados positivos, pois atualmente a equipe do CIH está cada vez mais próxima da operação. Muitas ações foram modificadas e a educação se tornou mais lúdica, coletiva e com brincadeiras/jogos para estimular a fixação do conhecimento.
- 8) **Momentos da Qualidade:** são encontros mensais com foco em disseminar conceitos sobre qualidade e segurança, mas também o fortalecimento da estratégia junto aos gestores dos processos de trabalho. Os temas são variados e não se confundem com o programa de Desenvolvimento de Líderes, pelo contrário, os dois encontros são complementares. O momento com a qualidade proporciona a consolidação do uso adequado de ferramentas de gestão da qualidade, bem como fortalece a qualidade permeando o dia a dia das equipes. Foi possível assim desvincular da cabeça dos gestores que eles trabalhavam para a ONA, pelo contrário, os gestores são agentes de mudança e as evidências solicitadas durante um processo de certificação tem relação com o desenvolvimento contínuo da atuação permanente, consistente e educativa.

Todas essas ações permitiram que a equipe de gestão olhasse para os riscos de maneira prospectiva, promovendo ações e educação contínua para o fortalecimento da cultura de qualidade e segurança institucional, bem como incentiva a disseminação da estratégia definida pela direção.

Abaixo são demonstrados os resultados da primeira avaliação de maturidade realizada em abril de 2020, quando iniciou-se o diagnóstico (avaliação dos níveis 1, 2 e 3) da organização para assim ser estruturado uma proposta de reestruturação da gestão através da Gestão da Qualidade e Riscos, baseado no Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – ONA, e nas diversas expertises que existiam na instituição:

Figura 6 – Resultado: Seção 1_Liderança organizacional

EVOLUÇÃO DA MATURIDADE DE PROCESSOS		
SEÇÃO E SUBSEÇÕES	NÍVEL 1	NÍVEL 2
	2020 (abril)	2020 (abril)
GESTÃO ORGANIZACIONAL		
Liderança Organizacional	38%	30%
Gestão da Qualidade e Segurança	36%	29%
Gestão Administrativa e Financeira	35%	28%
Gestão de Pessoas	38%	20%
Gestão de Suprimentos e Logística	31%	28%
Gestão da Informação e Comunicação	28%	23%
Gestão do Acesso ao Cuidado	29%	32%
Gestão da Segurança Patrimonial	38%	27%
Gestão da Infraestrutura e Tecnologia	31%	34%

Figura 7 – Resultado: Seção 2_Atenção ao Paciente

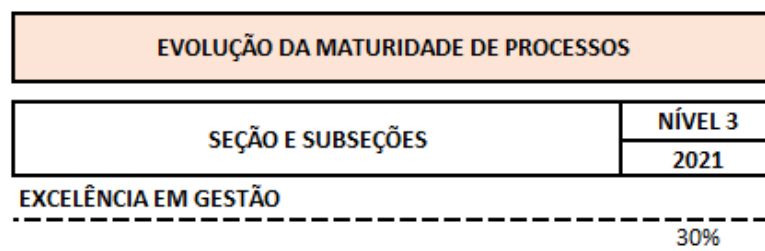
EVOLUÇÃO DA MATURIDADE DE PROCESSOS		
SEÇÃO E SUBSEÇÕES	NÍVEL 1	NÍVEL 2
	2020 (abril)	2020 (abril)
ATENÇÃO AO PACIENTE		
Internação	34%	22%
Atendimento Ambulatorial	21%	20%
Atendimento Emergencial	34%	33%
Atendimento Cirúrgico	41%	27%
Atendimento Obstétrico	36%	31%
Atendimento Neonatal	46%	47%
Cuidados Intensivos	37%	35%
Assistência Farmacêutica	37%	29%
Assistência Nutricional	40%	20%

Figura 8 – Resultado: Seção 3_Diagnóstico e Terapêutica

EVOLUÇÃO DA MATURIDADE DE PROCESSOS		
SEÇÃO E SUBSEÇÕES	NÍVEL 1	NÍVEL 2
	2020 (abril)	2020 (abril)
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA		
Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados	14%	13%
Diagnóstico por Imagem	36%	40%
Radiologia Intervencionista	38%	28%
Métodos Endoscópicos e Videoscópicos	35%	20%

Figura 9 – Resultado: Seção 4_Gestão de Apoio

EVOLUÇÃO DA MATURIDADE DE PROCESSOS		
SEÇÃO E SUBSEÇÕES	NÍVEL 1	NÍVEL 2
	2020 (abril)	2020 (abril)
GESTÃO DE APOIO		
Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	41%	33%
Prevenção e Controle de Infecção e Biossegurança	33%	31%
Higienização	34%	25%
Processamento de Materiais e Esterilização	35%	24%
Processamento de Roupas	32%	25%

Figura 10 – Resultado: Excelência em Gestão

Abaixo, segue a definição dos conceitos que permeiam as seções do Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – ONA:

Seção 1_Gestão Organizacional – definição do modelo de gestão da organização e de como o negócio é conduzido por sua liderança e como esta liderança é exercida. As subseções incluídas na seção “Gestão Organizacional” possuem atuação transversal na organização e, por isso, se aplica obrigatoriamente para acreditação de todos os tipos de serviços⁹.

Seção 2_Atenção ao Paciente – processos que envolvem a assistência prestada aos pacientes/clientes, estabelecendo as relações entre as etapas necessárias e fundamentais para a prática clínica transdisciplinar, realizados por meio de padrões de qualidade adequados à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde⁹.

Seção 3_Diagnóstico e Terapêutica – processos que envolvem atividades serviços que se relacionam aos processos de apoio ao diagnóstico e à terapêutica aos pacientes/clientes com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de qualidade adequados à redução, a u mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde⁹.

Seção 4_Gestão de Apoio – esta seção agrupa atividades transversais que auxiliam o bom funcionamento da organização⁹.

Observação: Laboratório de Análises Clínicas e Banco de Sangue (nível 3) e Engenharia Clínica (nível 2) – instituições terceirizadas na unidade hospitalar, sendo avaliados no programa de qualificação de fornecedores através de desempenho diário.

O diagnóstico possibilitou que todo time de gestão e diretoria entendesse como a instituição de fato se apresentava naquele momento. A partir destes

resultados, foi possível construir a estratégia de implementação da reestruturação organizacional, para que o direcionamento de prioridades fosse alinhado a um contexto mais sistêmico, integrado, colaborativo e, por fim, promovendo maior conexão entre direção, média liderança e operação.

Assim foi utilizado o PDCA como ferramenta para direcionamento das ações definidas, e o escritório de gestão da qualidade se tornou o principal responsável por envolver os gestores no desenvolvimento das ações evitando que os vários links de comunicação prejudicassem a evolução das reestruturações setoriais direcionadas pelo Planejamento Estratégico. Foi possível deixar mais claro a todos os gestores o rumo que a instituição tomaria a partir daquele momento. As ações seguiram a seguinte sequência de prioridades:

- 1) **Planejamento Estratégico** – estrutura necessária para direcionamento de qualquer organização, o planejamento estratégico do hospital foi construído com a participação de alguns gestores em momentos específicos. Pela primeira vez a instituição possuía uma estratégia melhor definida para direcionamento dos sonhos dos sócios. Para que o novo planejamento estratégico pudesse direcionar bem o futuro da instituição, optou-se por realização de pesquisa de mercado, para melhor compreensão de como a instituição era vista pela sociedade goiana da região em que o mesmo se situa. Assim, o primeiro Mapa Estratégico e BSC estruturado da instituição, foi definido com direcionamento através de indicadores, projetos e ações com validade para 5 anos.

Figura 11 – PE: Modelo de Negócio

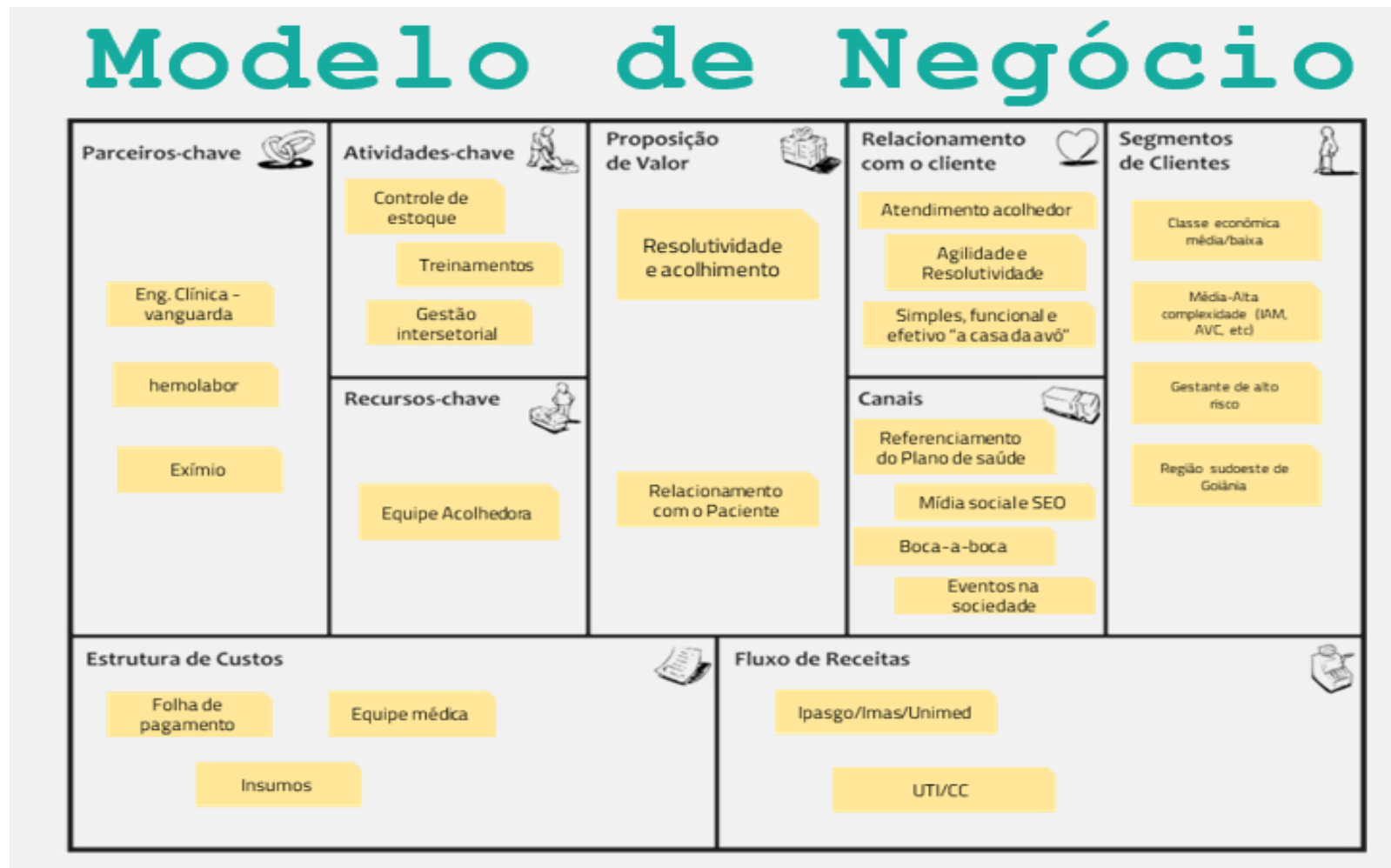


Figura 12 – PE: Linha de Visão



Figura 13 – PE: Identidade Organizacional

Cultura

Visão: Ser o hospital referência em resolutividade e segurança na cidade de Goiânia

Missão: Acolher, diagnosticar e tratar os pacientes em sua integralidade.

Valores:

Conhecimento

Compreensão das habilidades necessárias para obter bons resultados.

Eficácia

Capacidade de obter bons resultados.

Simplicidade

Capacidade de tornar algo de fácil compreensão, descomplicado.

Comprometimento

Realizar com dedicação o que se propôs a fazer.

Transparência

Ser honesto independente do resultado.

Segurança

Cautela na assistência ao paciente.

Cuidado

Atender cada paciente em sua individualidade.

Figura 14_ PE: Mapa Estratégico

MAPA ESTRATÉGICO

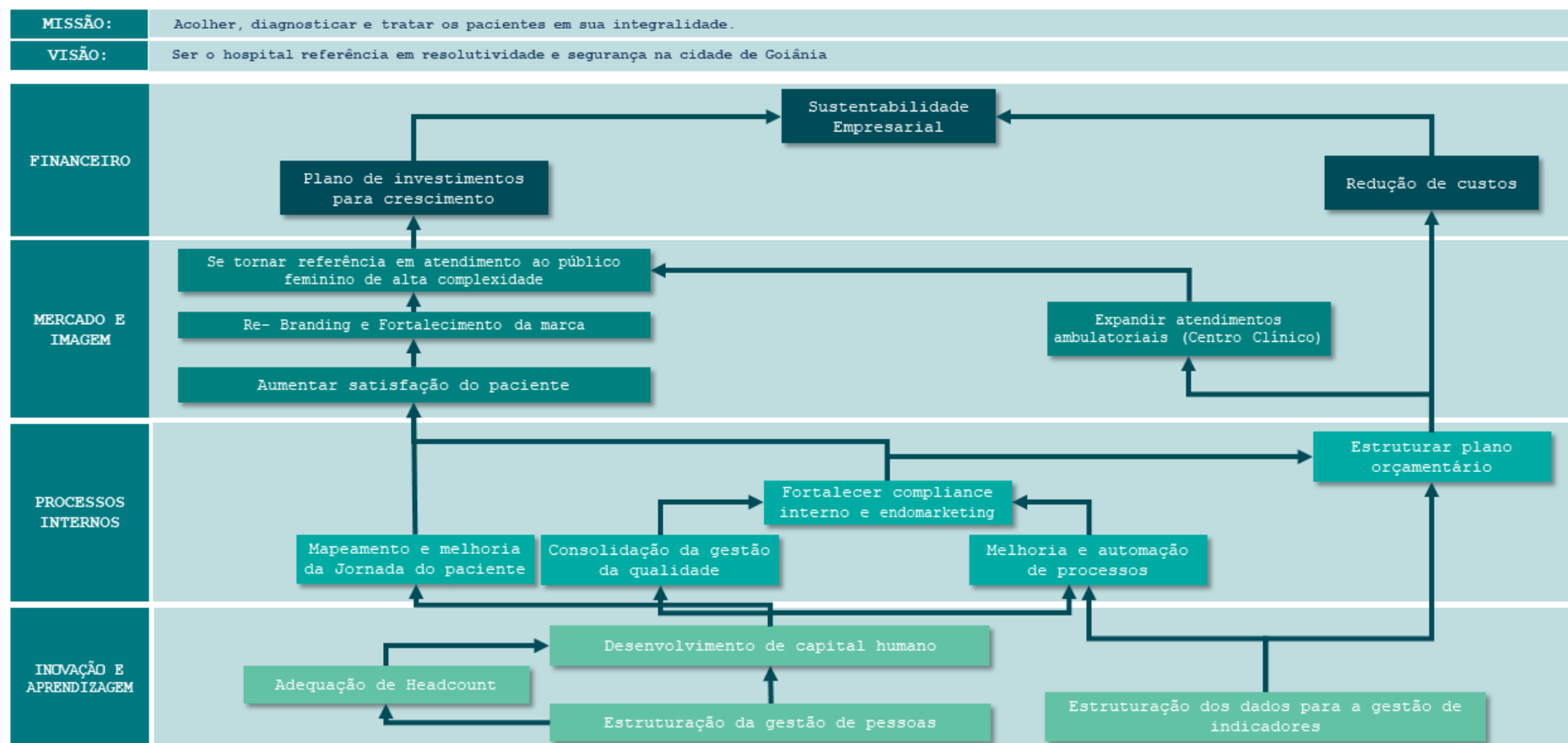


Figura 15 – PE: Balanced ScoreCard

BSC										
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Tipo	Descrição (Indicador/Projeto)	Explicação/ Fórmula	Responsável	Meta 2020	Meta 2021	Periodicidade	Status 2022	Comentários
Econômico/ Financeiro	Sustentabilidade empresarial	Indicador	Liquidez corrente	Ativos/passivos	Hugo	à definir	à definir	Mensal		
		Indicador	Alavancagem	Dívidas/EBITDA	Hugo	à definir	à definir	Mensal		
		Indicador	Lucro Líquido	Sobras mensais por competência	Hugo	à definir	à definir	Mensal		
		Indicador	Fluxo de caixa livre	Sobras mensais por caixa	Hugo	à definir	à definir	Mensal		
	Plano de investimentos para crescimento	Projeto	Estruturar plano de investimentos	de acordo com projeção de fluxo de caixa	Hugo	à definir	à definir	Anual		
		Indicador	% de cumprimento do plano de investimentos	realizado/orçado	Hugo	à definir	à definir	Mensal		
	Redução de Custos	Indicador	Orçado Vs Realizado		Hugo	95%	95%	Mensal		
		Indicador	Custos totais		Hugo	à definir	à definir	Mensal		
		Indicador	Despesas totais		Hugo	à definir	à definir	Mensal		
		Projeto	Projeto de redução de desperdícios	Foco em lean nos setores do hospital	à definir	à definir	à definir	Anual		
Mercado e Imagem	Se tornar referência em atendimento ao público feminino de alta complexidade	Projeto	Construção da UTI	Aumento no volume de leitos ofertados de UTI	à definir	à definir	à definir	Único		
		Indicador	Total de pacientes	Pacientes atendidos no hospital no mês	à definir	à definir	à definir	Mensal		
		Indicador	% de público feminino	Total de mulheres/total de pacientes	à definir	à definir	à definir	Mensal		
	Re-branding e fortalecimento de marca	Projeto	Realizar o rebranding	Para consolidar a comunicação ao mercado o novo posicionamento do sta Bárbara	à definir	à definir	à definir	Único		
		Indicador	Ações de marketing	Total de ações de comunicação externa realizadas	à definir	à definir	à definir	Mensal		
	Aumentar satisfação do paciente	Indicador	NPS	(Promotores - Detratores)/total	à definir	à definir	à definir	Mensal		

O BSC pode ser definido como um modelo de gestão estratégica que auxilia a mensuração dos progressos das empresas rumo às suas metas de longo prazo, a partir da tradução da estratégia em objetivos, indicadores, metas e iniciativas estratégicas, com prazos e responsáveis definidos para operacionalização do mesmo na prática.

2) Processos de trabalho estratégicos

Considerando que a Gestão de Pessoas, Controle de Infecção, Gestão de Suprimentos, Gestão Assistencial e Gestão de Acesso são processos estratégicos para a instituição, o foco foi olhar para os mesmos e entender cada passo que era necessário para melhorar ou constituir as estruturas, exigindo bastante dedicação para desenvolvimento de ações e execução diária das mesmas.

O controle de infecção era um setor completamente afastado das pessoas e pouco prático em suas responsabilidades diante do movimento de segurança do paciente que a instituição tanto buscava. Isso também se deve ao fato de que o profissional que ocupava a função era inexperiente na formação básica de enfermagem, e recente pós graduada em controle de infecção. Após várias tentativas de inserção da mesma junto a equipe, sem sucesso, a mesma solicitou o desligamento. Foi necessário rever cada mínimo detalhe, pois o setor tem uma responsabilidade enorme diante das legislações municipais, estaduais e federais, sendo o principal agente promotor do cumprimento das questões legais que envolvem uma organização de saúde. A contratação de um novo profissional exigiu que a direção avaliasse o mercado criteriosamente para o sucesso nessa reestruturação, visto a fragilidade de contratação do próprio mercado de trabalho goiano.

Na gestão de suprimentos o conceito prático não acontecia, porém havia uma equipe com potencial de desenvolvimento e muito interessada na evolução dos processos de trabalho. Foi o principal setor a ter impactos importantes na gestão de

dados, pois o software precisava de atenção para rever todos os pontos de comunicação para uma cadeia de suprimentos mais segura e confiável. A gestão anterior era desorganizada e pouco eficiente, visto que os controles básicos não eram executados de maneira segura. No que tange a gestão de fornecedores, o acesso era livre as pessoas e estoque da instituição, além de não existir um critério mínimo de organização do estoque (endereçamento, empilhamento, recebimento, armazenamento) que promovesse segurança. A instituição conseguiu identificar um profissional farmacêutico, com potencial, na instituição para assumir a gestão de suprimentos após a decisão de desligamento do gestor atual.

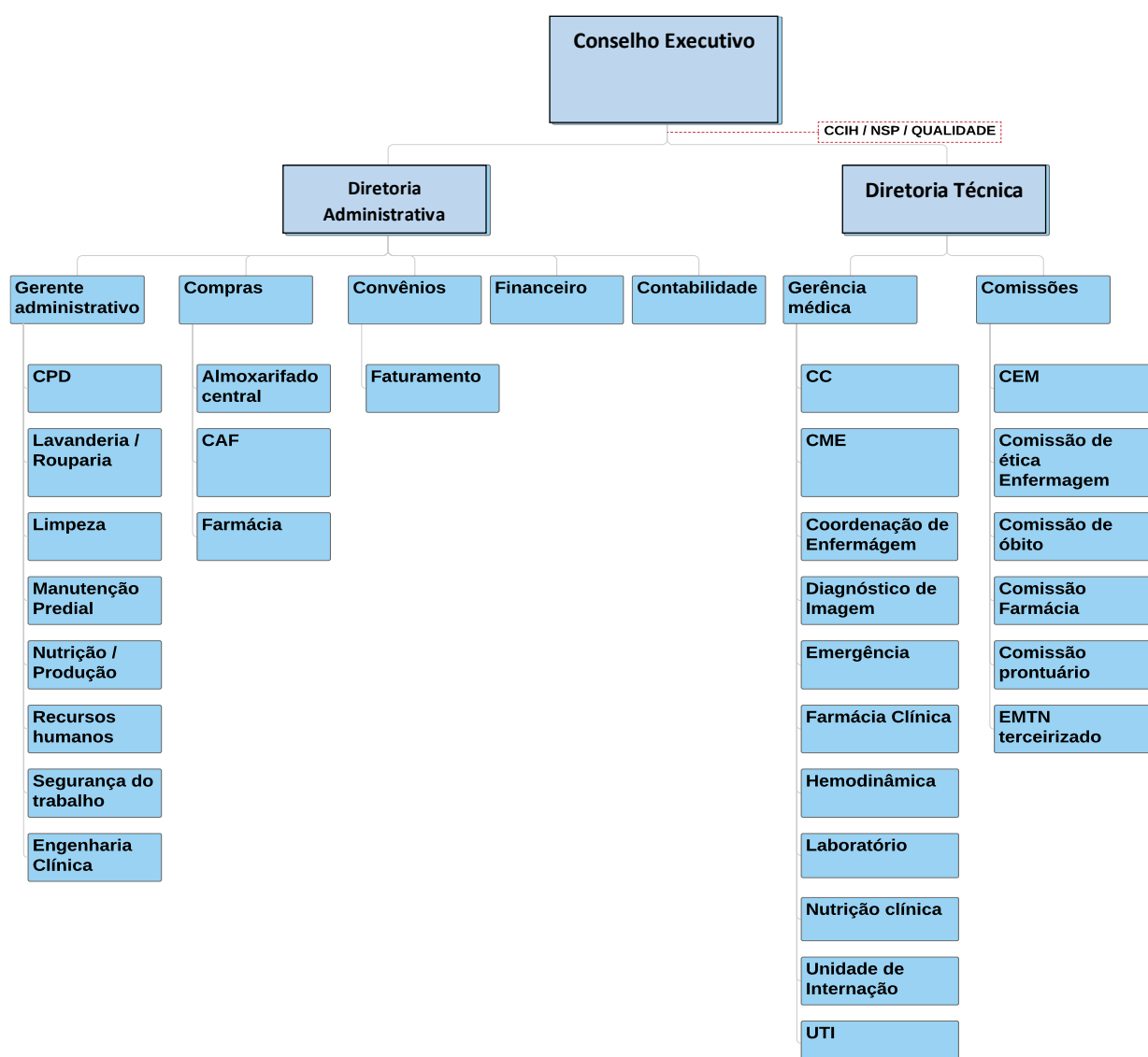
A gestão da assistência foi o setor mais difícil de abordagem naquele momento. Entraves culturais fortes, personalização da gestão e viés de preferência, assim como no controle de infecção o gestor de enfermagem a época era alguém distante da equipe, pouco envolvido com a mudança, com baixa maturidade para gestão e análise superficial dos dados para tomada de decisão. Há muitos anos na instituição, a gestão promovia distância do time para os conceitos mínimos de qualidade e segurança na assistência. Não existiam treinamentos eficazes e com propósito de consolidar cultura, pois o foco da gestora era voltado para uma equipe que temesse sua presença.

Já a gestão de pessoas funcionava com um colaborador, voltado apenas para rotinas de departamento pessoal. A seleção estratégica de pessoas, endomarketing, gestão de recursos humanos, segurança e medicina do trabalho, educação e desenvolvimento de pessoas não existiam, pois, o setor funcionava apenas com preenchimento de vagas abertas, sendo cada gestor responsável por suas substituições; cumprimento da folha de pagamento; entrega de crachás e uniformes, o que não permitia avanços na estruturação dos processos de pessoas. Foi necessário definir a estruturação do setor partindo do começo e realizando o desligamento do profissional que estava na instituição há 20 anos, mas que para aquele momento não possuía os requisitos para o gerenciamento da estruturação da Gestão com Pessoas.

O clima organizacional nunca foi considerado como algo que pudesse nortear ações para melhoria da instituição através dos gestores que atuavam na organização, sendo a primeira pesquisa aplicada em 2021.

Foi necessário revisitar o organograma, e entender o perfil dos gestores para que todos fossem alocados de acordo com a suas capacidades de entrega de resultados. O organograma refletia uma fragmentação da comunicação, com pessoas pouco apropriadas das responsabilidades que envolviam o cargo ocupado. Existiam muitos links de comunicação para operação, o que dificultava muito o permear de informações entre direção e operação. Abaixo segue organograma:

Figura 16 – Organograma (2020)



Foi em maio de 2021 que a direção tomou a decisão por uma nova estrutura de organograma, institucionalizando:

1. Escritório de Excelência Operacional – formatação de setor e e novo time;
2. Gestão Assistencial – a substituição da gestão de enfermagem e adoção de novo formato gerencial para assistência;
3. Gestão de Operações – unificação de todos os processos operacionais;
4. Gestão de Pessoas – estrutura com time terceirizado. Os desafios para 2021 foram complexos, porque foram 3 contratações e 2 desligamentos para que esta estrutura estivesse mais segura e fortalecida como é atualmente. Até aquele momento, foi necessário muita dedicação e empenho por parte de toda diretoria e média liderança para que o formato estabelecido em setembro de 2021 prosperasse;
5. Gestão do Diagnóstico por Imagem – a substituição da empresa que gerenciava o setor de Imagem foi essencial para manejo mais adequado dos dados e gestão da assistência;
6. Gestão de Equipamentos – empresa terceirizada que foi substituída após avaliações de qualificação de fornecedor de serviços, que evidenciou descompromisso com a instituição;
7. Investimentos em marketing – começando pela troca da empresa de Marketing terceira, e contratação de novo time para profissionalizar a comunicação com clientes através das redes e equipe através dos canais de comunicação internos.

Abaixo é possível visualizar o organograma novo, com estrutura que demonstra a redução dos variados links de comunicação:

Figura 17 – Organograma Atual (desde setembro/2021)



3) Confiabilidade dos dados: Estruturação da análise crítica

Ao final do ano de 2020, foi possível verificar dados mais consistentes, porém com pontos de fragilidade importantes na análise das informações, pois o software hospitalar ainda necessitava de apoio para atender as necessidades da instituição, e para o ano foi decidido focar na melhoria da base de dados para na sequência trabalhar a melhoria na análise dos dados. Assim o time de processos da OPEX se empenhou em rever cada detalhe das informações geradas pelo software e refinar a base de dados considerando todos os possíveis desvios padrões. Foram momentos complexos pois o software foi criado para clínicas e pela primeira vez estava em uma organização de saúde hospitalar, o que necessitou de muitos ajustes e construção de linhas de raciocínios para logística, suprimentos, assistência e financeiro. Para os dados não gerenciados através de sistema eletrônico, optou-se pela criação de ferramentas, através de planilhas em excel, para geração de dados e construção de análises e ações mais consistentes, com ficha técnica e painel gerencial – Farol de Indicadores. Também foi possível utilizar a plataforma do Google - Forms como meio de captura de informações para gerenciamento de informações relacionadas a riscos, pesquisa de satisfação do cliente, controles para auditoria clínica. Abaixo o Painel Gerencial construído para os setores:

Figura 18 – Painel Gerencial

Farol dos itens de acompanhamento
Terapia Intensiva Neonatal

Itens de controle	Direção	Unidade	Classificação	Acumulado	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Taxa de Ocupação	Maior melhor	%	Estratégico													
Média de Permanência no Leito	Menor melhor	Nº	Tático													
Readmissão < que 24 horas	Menor melhor	Nº	Operacional													
Taxa de Mortalidade	Menor melhor	%	Operacional													
Volume de Internações	Maior melhor	Nº	Estratégico													
Densidade de PAV	Menor melhor		Tático													
Densidade de IPCS	Menor melhor		Tático													
Densidade de ITU	Menor melhor		Tático													
Prontuários Corretos	Maior melhor	Nº	Estratégico													
Desfechos Clínicos.....		Nº	Estratégico													
Sucesso no Desmame da Ventilação Mecânica	Maior melhor	%	Tático													
Efetividade na Prevenção da Flebite	Maior melhor	%	Operacional													
Efetividade na Prevenção da Lesão de Pele	Maior melhor	%	Operacional													
Efetividade na Prevenção da Queda	Maior melhor	%	Operacional													

Com o refinamento dos dados a serem gerenciados e base de levantamento de dados ajustada, a instituição iniciou a caminhada na evolução das reuniões

gerenciais, ficando assim definido: Reunião de Análise de Dados (mensal), Reunião de Gestores (quinzenal), Reunião de Protocolos Gerenciados (mensal), Comissões Obrigatórias (mensal), Momentos com a Qualidade (mensal).

Abaixo é possível visualizar o quanto a instituição foi crescendo ao longo dos 3 anos de reestruturação, mesmo em meio a Pandemia da COVID 19. Em 2021 houve aumento nos números, porém os mesmos ainda estavam ligados a fase de pandemia e demandas mais altas por instituições de saúde para internação, necessitando de exames mais complexos e melhorias para disseminação de exames que são realizados na instituição e que era de pouco conhecimento da população. Ainda em 2021 o hospital foi chamado pela maior operadora de Goiás para ser referência em atendimento a gestantes de alto risco e esse resultado só foi possível porque durante a pandemia da COVID 19 o hospital era o único a tratar gestantes com COVID tendo sucesso na maioria das internações.

Em 2022 a queda não é tão importante em alguns dados globais, e o que foi identificado é que apesar dessas quedas nos dados, a complexidade da instituição aumentou se tornando referência de procura na região em que estão localizados para absorção de casos mais críticos.

Figura 19 – Desempenho Organizacional

DESEMPENHO OPERACIONAL			
Itens de Controle	Média 2020	Média 2021	Média 2022
Volume de internações	337	394	391
Taxa de Ocupação Global	69%	76%	70%
Atendimentos de Pronto Socorro	2.706	3.180	3.993
Volume de cirurgias	171	190	198
Endoscopia e Colonoscopia	93	88	107
Tomografia	900	951	709
Raio-X	549	414	508
Ultrassonografia	394	437	426

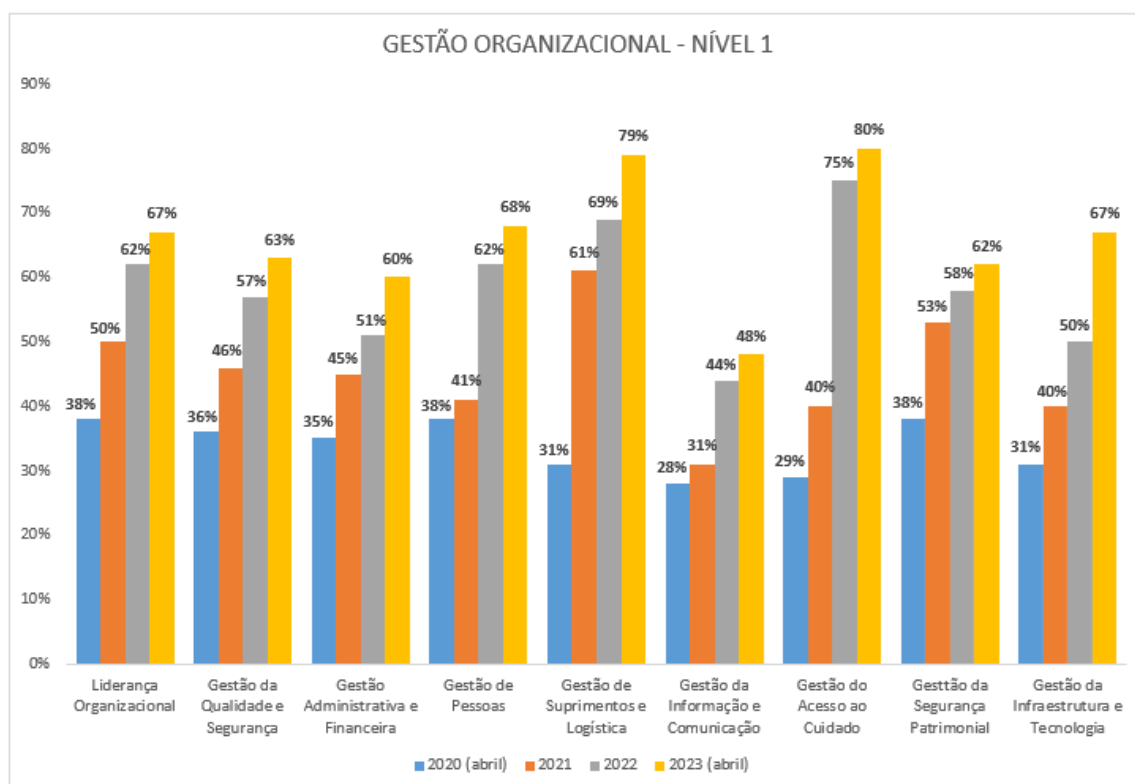
Para os dados de 2019, optou-se por não se utilizar na pesquisa, visto que os mesmos eram incompletos não favorecendo a confiabilidade das informações.

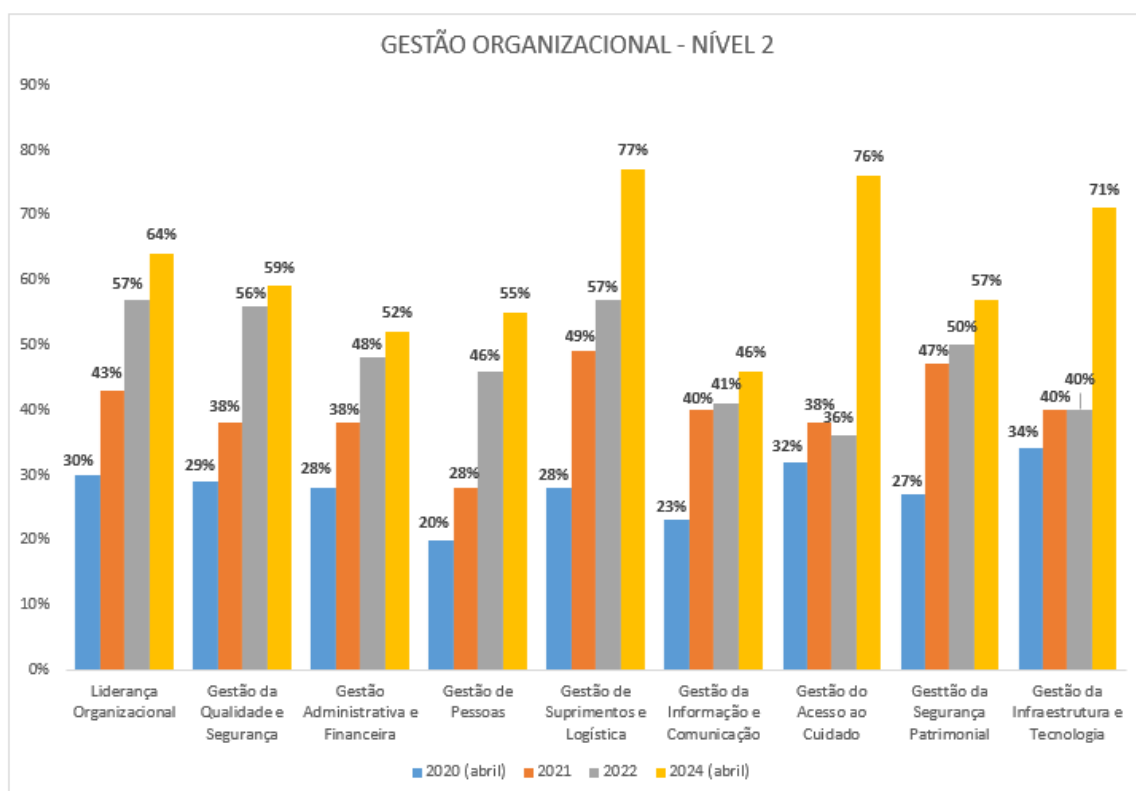
5.3 - Evolução Institucional

É do conhecimento de todos que são mais próximos a gestão, que a reestruturação de uma organização não é fácil, porém tão pouco impossível. Durante toda a jornada de dedicação por parte da equipe de gestores e diretoria, os altos e baixos foram a principal força para geração de aprendizado e tomadas de decisão que direcionaram melhor a todos.

A evolução da organização seguiu, com o foco dos gestores em melhorar dia após dia e considerar o conceito de existência da ONA como meio para auxiliá-los na transformação de seus processos de trabalho. Ao longo de 3 anos é possível verificar esta evolução através dos gráficos abaixo, que mostram o quanto os passos sincronizados, coletivos e constantes, puderam permitir o crescimento da organização.

Seção 1_Gestão Organizacional





Baseado na primeira seção_Liderança Organizacional, a instituição apresentou dificuldades no processo de reestruturação da gestão de: pessoas, informação, cuidado e tecnologia.

Gestão de pessoas: em 3 anos de reestruturação foi necessário a troca de gestores e apenas na terceira tentativa o setor iniciou sua caminhada com conceitos, políticas e equipe com estrutura melhor. Ainda é possível verificar situações complexas como com o time de Medicina e Segurança do Trabalho, pois a mão de obra é escassa e de difícil acesso em Goiás. Optou-se pela terceirização do serviço, mas a instituição ainda encontra dificuldades em encontrar uma empresa que tenha melhores condições de oferecer serviços de qualidade. O programa de Desenvolvimento de Líderes foi um ponto complexo de trabalho, pois com a reestruturação do organograma institucional o programa teve um atraso no início de sua execução. Isso se deve ao fato de que com a alocação mais adequada de pessoas, foi necessário olhar para as necessidades individuais primeiro para depois trabalhar o coletivo.

Os dados foram definidos e ajustados, melhorando muito as relações de aprendizado gerencial na instituição. Até aquele momento, não se tinha conhecimento de resultados relacionados as pessoas.

Algumas dificuldades ainda são latentes para os gestores: avaliação de desempenho – dificuldades em dar feedback formal e na sequência construir um PDI para tratar as necessidades individuais que cada membro da equipe; identificação de potenciais talentos para cargos de liderança – levar o gestor a entender que a sua volta podem existir talento é complexo, pois ainda possuem uma visão enviesada – apego ao “poder”; relacionamentos ainda pouco profissionais com a equipe liderada – eles ainda demonstram suas preferências entre os membros da equipe; dificuldades em analisar dados – as análises são superficiais e descritivas, impedindo de identificar os problemas e assim promover melhorias, entre outros.

A pesquisa de clima organizacional foi muito necessária para que a gestão de pessoas pudesse apresentar a diretoria as percepções das pessoas. Assim foi possível definir várias estratégias de cuidado e desenvolvimento de pessoas, a partir da visão dos colaboradores.

Gestão da Informação: gestor ainda inexperiente na gestão, apresentou muita resistência durante todo o processo de reestruturação da organização, gerando atrasos relevantes para questões que envolviam o software escolhido pela instituição. Ao longo dos 3 anos ele foi se adaptando e entendendo a necessidade de construção de única linha de pensamento para os fluxos e rotinas de trabalho que otimizassem todos os recursos da instituição. A diretoria ainda investe neste profissional com a expectativa de desenvolvimento do mesmo e continuidade na instituição.

Gestão do Cuidado: o maior de todos os desafios, naturalmente. Foram realizadas 3 trocas de gerente assistencial, o que causou mais fragilidades no processo de reestruturação da gestão do cuidado. Apenas em 2023 fixou-se as

coordenações da UTI Adulto e Centro Cirúrgico, promovendo a reestruturação planejada. Com as trocas os gestores experimentaram o impacto que pode causar a ausência de um gestor. O clima de empenho de todos foi o que mais movimentou a instituição para que todo o planejamento da reestruturação continuasse.

Um time com hábitos pouco sincronizados, com baixo entendimento sobre o cuidado centrada na pessoa, com muitas dificuldades de adaptação ao “novo” modelo assistencial, e totalmente desvalorizada pela gerência antiga, esse era o cenário. Foram necessários vários momentos educacionais e de inserção das equipes no processo do cuidar, gerando ao longo do tempo bons resultados para os avanços no processo de acreditação nível 2 e consequentemente para nível 3.

Além da escassez de mão de obra especializada, a instituição ainda passou pelas dificuldades de adaptação com relação a PL da Enfermagem (que estabelece piso salarial para profissionais da enfermagem), que movimentou a discussão sobre o aumento dos custos com mão de obra e reavaliação do efetivo de profissionais de enfermagem, avaliando cada setor de trabalho, gerando fechamento de 1 unidade de internação de 20 leitos, por exemplo. Vários ajustes foram necessários para que as contas fossem equilibradas até aquele momento, uma vez que a data de realização do ajuste ainda era incerta.

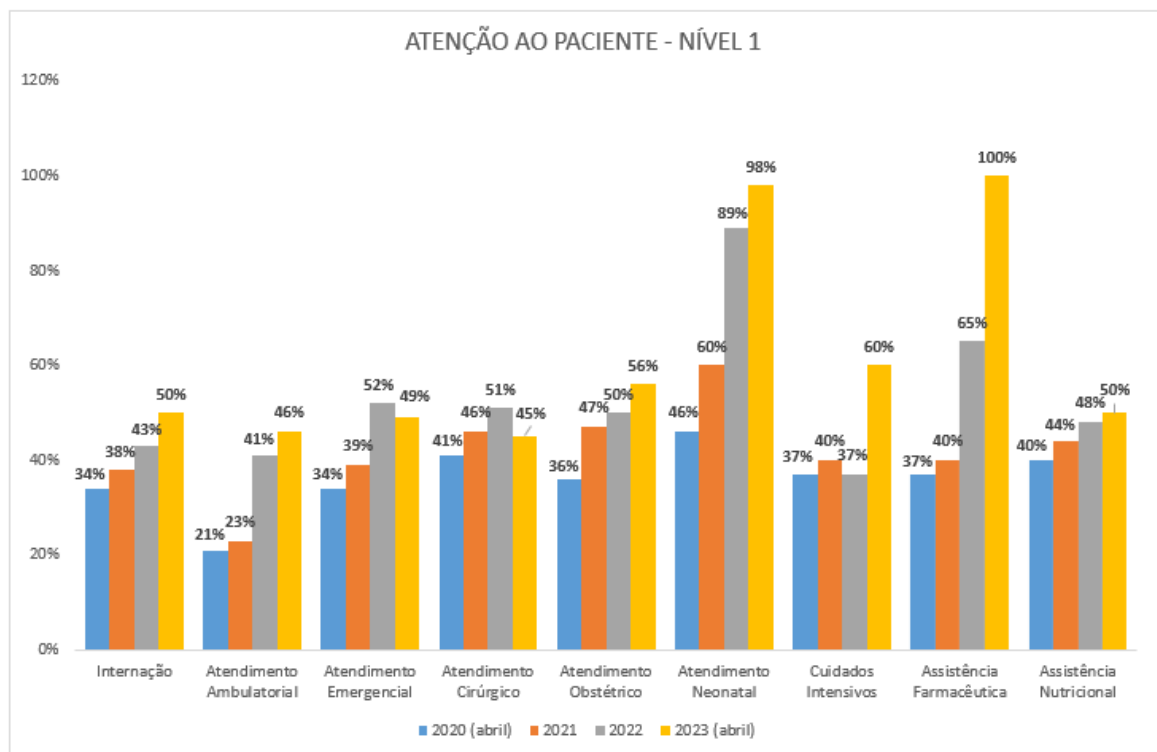
Hábitos que antes não existiam começaram a fazer parte da rotina da equipe, como: round multidisciplinar nas unidades abertas, round de segurança em todas as unidades assistenciais (foco na discussão de pendências e riscos), institucionalização da coordenação médica nas unidades abertas, tripla checagem de medicamentos de alta vigilância (farmácia, enfermagem, paciente e/ou acompanhante), participação do paciente e/ou acompanhante na checagem dos medicamentos administrados, entre outros.

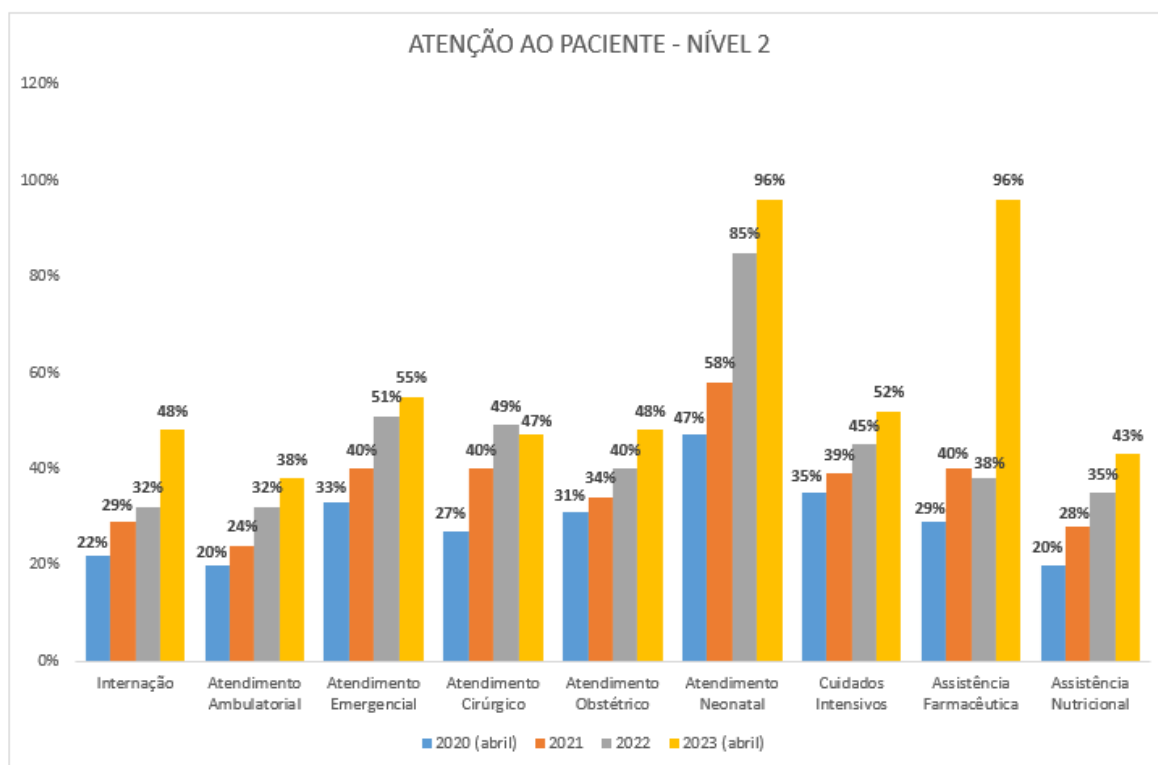
O fato é que o tempo promoveu uma melhor e maior integração da equipe de enfermagem junto aos outros especialistas e equipe médica após as mudanças na gestão dos setores assistenciais.

Gestão da Tecnologia Médico Hospitalar: foi necessário a troca da empresa terceira que atuava na instituição, o que gerou para o hospital vários ganhos, pois a atual empresa de engenharia clínica atua mais próximo a operação e time de gestão. Foram certificados nível 1 ONA, incentivados pelo movimento que o próprio hospital passava para a busca da certificação em nível 3.

Utilizam software de gestão que apoia na construção dos dados de monitoramento das entregas definidas em contrato. Também conseguiram melhorar a relação de conscientização da equipe no que tange o cuidado com os equipamentos e a redução de desperdícios com equipamentos danificados por mal uso, através de treinamentos constantes e educação in locu nas unidades de trabalho com influenciando a equipe no cuidado diário para com os equipamentos da instituição.

Seção 2_ Atenção ao Paciente





Quando a discussão é assistência, muitas são as percepções de todo time sobre a realidade do que se pratica e a expectativa com relação a jornada de amadurecimento. O fato é que o processo de mudança na assistência exige, de todo time, muito foco e persistência para que cada detalhe seja identificado e transformado para o melhor ao paciente.

Para esta reestruturação da assistência, foi necessário muito foco nos setores de internação, unidade de terapia intensiva adulto e emergência, visto que ambos ainda caminhavam sem integração real entre os processos, e houve rotatividade alta tanto de gestores quanto de equipe.

Os protocolos clínicos eram gerenciados por uma equipe médica terceirizada e sem propriedade alguma do hospital, que apenas visualizava os números através de gráficos estruturados. Foi necessário resgatar todos esses protocolos para que a instituição tivesse propriedade de seus dados, passando assim a constituir times de alta performance para gerenciamento de protocolos com reuniões mensais para discussão dos dados e melhorias. Atualmente os protocolos gerenciados já possuem

dados que vão até investigação ativa de sinais e sintomas na residência dos pacientes inseridos em alguns destes.

Unidade de Internação Adulto: formação da equipe foi revisitada; todos os formulários existentes foram enquadrados no sistema (exceto equipe técnica de enfermagem); instituiu-se o round multiprofissional e round de segurança; contratou-se enfermeiras obstetrizas para atendimento a parturiente; hospital foi referência no atendimento de gestantes que apresentavam sinais e sintomas da COVID-19 durante a pandemia no estado; instituiu-se a atuação de um médico coordenador das unidades; estruturaram capacitações relacionadas as necessidades de treinamento evidenciadas durante as abordagens junto a equipe (blitz da segurança e pit stop); implementaram tripla checagem de medicamentos, sendo o paciente e/ou familiar o terceiro a checar a medicação; paciente e/ou familiar acompanha processo de administração do medicamento tendo em mãos o formulário para checagem específico, entre tantas outras rotinas que foram instituídas.

UTI Adulto: a unidade passou por 5 mudanças de gestão de enfermagem em 3 anos, sendo esta última a que mais vem engajando e desenvolvendo a equipe para melhorias na assistência ao paciente. A unidade ganhou novo espaço, saiu de 11 leitos para 20 leitos individualizados e humanizados. A equipe multiprofissional foi mudando o padrão de comportamento com perfil mais individualizado para o movimento coletivo de pensamentos clínicos ajustados as necessidades individuais de cada paciente. Foi criado um painel de gestão do cuidado beira leito, que facilita o registro das necessidades e controles de cada paciente, bem como a inserção de informações como: plano terapêutico, metas diárias, e a frase: O que importa para você hoje? Muitas adaptações foram necessárias para que a estrutura pudesse amadurecer, como é o cenário de hoje. Mas todas essas adaptações colocaram a equipe cada vez mais lado a lado nessa corrida por uma assistência mais segura.

Nas UTI's é possível perceber o quanto a atuação da equipe do CIH tem modificado o comportamento, principalmente, dos técnicos. São mais solícitos, se empenham

em participar das capacitações e reuniões do CIH, além de terem instituído os Vigilantes da Infecção (time que monitora os passos de prevenção de infecções).

Unidade de Emergência: com volume de 3.000 atendimentos média/ano, a unidade passou por momentos difíceis durante a pandemia, pois a estrutura era pequena e foi necessário priorizar obras na estrutura da unidade para que a mesma pudesse atender a demanda. Mudanças foram necessárias, mas a mais impactante para melhoria dos resultados foi a troca de toda equipe médica. Com a nova equipe foi possível construir relação de parceria entre os setores fornecedores de serviço a unidade de emergência, com contratualizações ajustadas, protocolos melhor guiados, fluxos mais claros e objetivos, bem como identificações de reais gargalos que impediam a melhoria dos processos na unidade. A atual gestão médica é muito dedicada a melhoria, e foi buscando meios para ajustar a qualidade dos atendimentos na emergência.

O time médico contribui mais para que os fluxos de trabalho estejam engajados para resultados mais sólidos. São participativos nos eventos educacionais e na integração de novos colaboradores. É possível ver o quanto os protocolos gerenciados estão mais maduros, tanto no cumprimento do fluxo de atendimento estabelecido, quanto no monitoramento e gerenciamento através das reuniões mensais dos times de alta performance.

Centro Cirúrgico: a demanda cirúrgica é de procedimentos de baixa e média complexidade, e a instituição tem buscado parceiros médicos para atuar em procedimentos de alta complexidade. As estratégias foram definidas e aos poucos a complexidade foi aumentando, visto que a nova UTI adulto colaborou muito para essa conquista. Assim como na UTI adulto, o CC passou por 6 coordenações de enfermagem diferentes – a mão de obra especializada mais difícil de se encontrar no estado, e talvez no país. A unidade foi totalmente reestruturada, pois a gestão que atuava em 2020 era inexperiente e pouco colaborativa no processo de mudança, o que gerou muito atraso no amadurecimento do CC. Porém, mesmo com todas essas dificuldades de mão de obra, a unidade seguiu com muita colaboração por parte de

todos os gestores do hospital, principalmente daqueles que tinham maior link de conexão. Por esta evolução nos processos assistenciais, a unidade foi escolhida por uma equipe de anestesia (atuante no hospital) para compor as unidades de saúde que participarão da certificação QMentum Diamante da Anestesia.

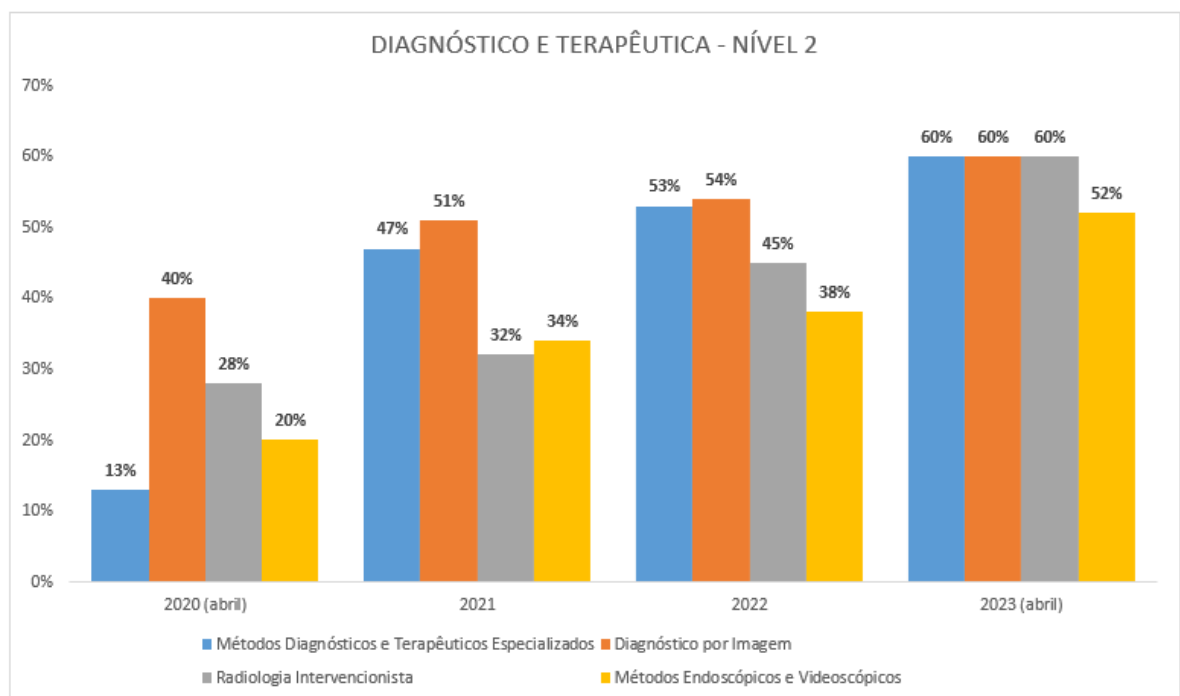
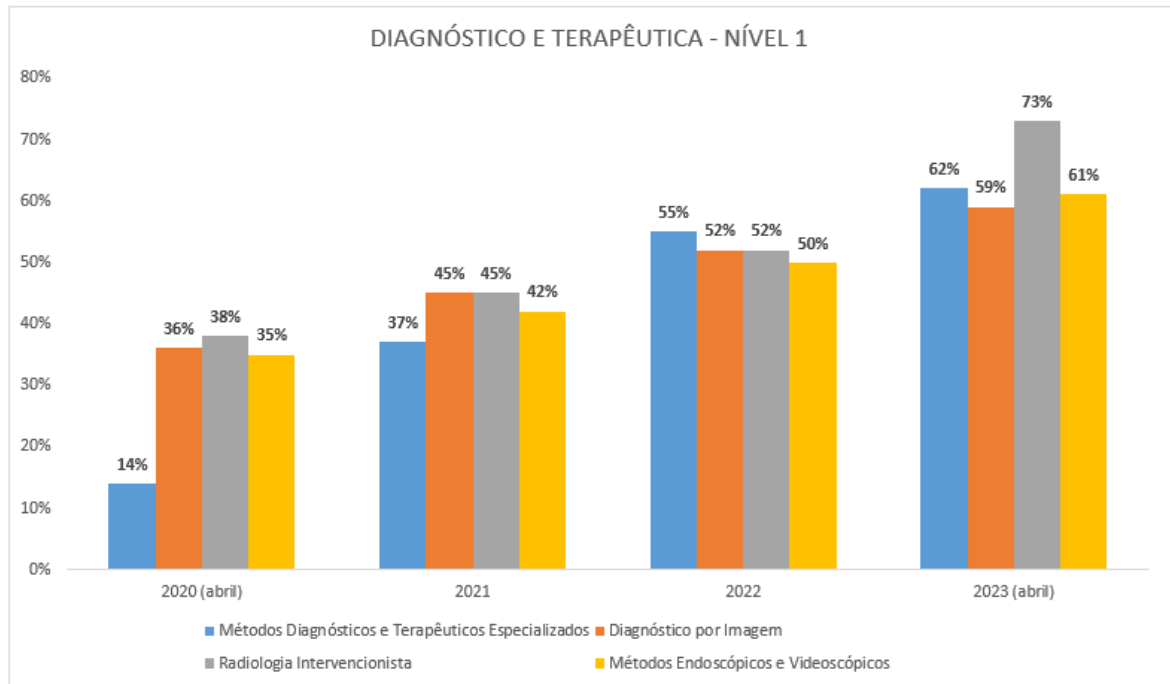
Mesma problemática aconteceu na CME, que além de ser coordenada pelo gestor do CC, ainda teve rotatividade de 5 enfermeiros. A unidade é pequena, pois a estrutura física do hospital é antiga, e os fluxos de trabalho precisaram ser revistos para a melhor adequação, tanto do ponto de vista das legislações vigentes como com relação as exigências da ONA.

Foram muitos os relatos da equipe de enfermagem sobre a não participação deles nos treinamentos institucionais anteriores, e no processo de reestruturação um dos pedidos dos donos era a inserção deles no dia a dia da instituição, para que todos se sentissem parte do hospital e das conquistas. Atualmente, a equipe participa dos relatos de eventos e apresentação de dados com opiniões e contribuições que viraram rotina na instituição, beneficiando a integração de todos e a relação com a estratégia do hospital.

A mudança do modelo de gestão assistencial pôde levar a instituição a uma série de benefícios significativos, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, impactando na melhoria da qualidade do atendimento, no aumento da eficiência operacional, na maior ênfase na prevenção de infecções e eventos, na promoção do cuidado junto a familiares e pacientes, na integração dos diversos serviços e setores da instituição, na relação de clareza para entrega de resultados e no empoderamento do paciente e seus familiares.

Isso pôde contribuir para uma gestão em saúde mais sustentável e centrada nas necessidades paciente.

Seção 3_Diagnóstico e Terapêutica



Tudo que envolve o Diagnóstico e Terapêutica seguiu-se em uma rota de avaliação da capacidade de produção versus produção real. Diagnóstico por imagem era gerenciado por uma empresa terceira; a radiologia intervencionista com

baixíssima produtividade (ainda sem cadastro nos principais convênios) e o setor de endoscopia não tinha nenhum alinhamento de processos e nem com o hospital.

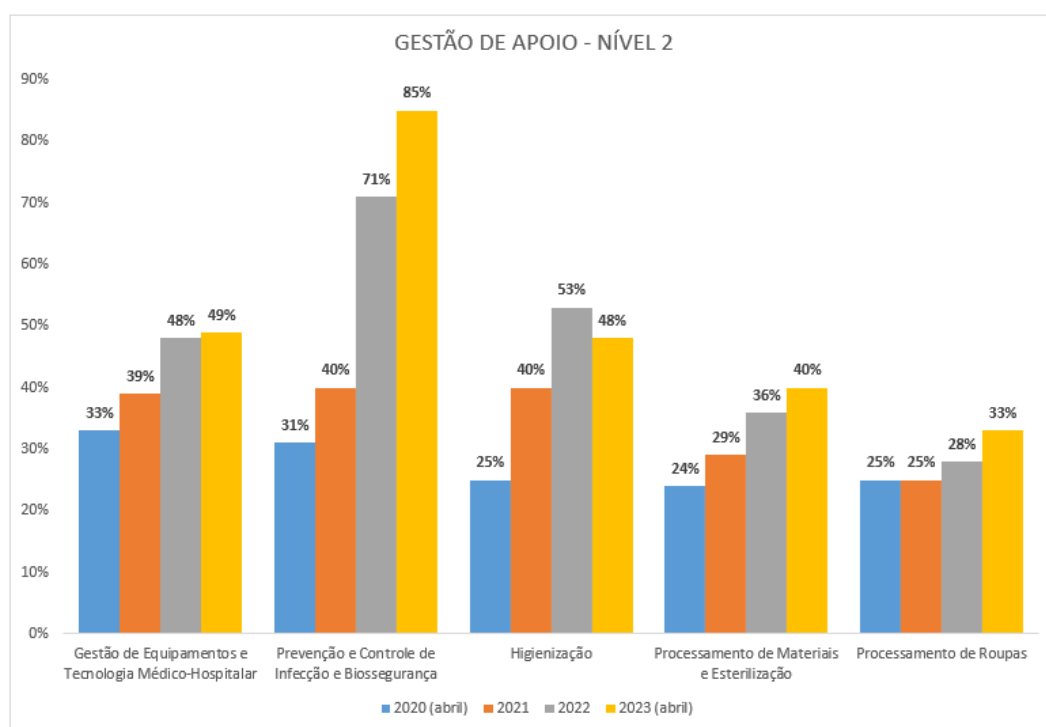
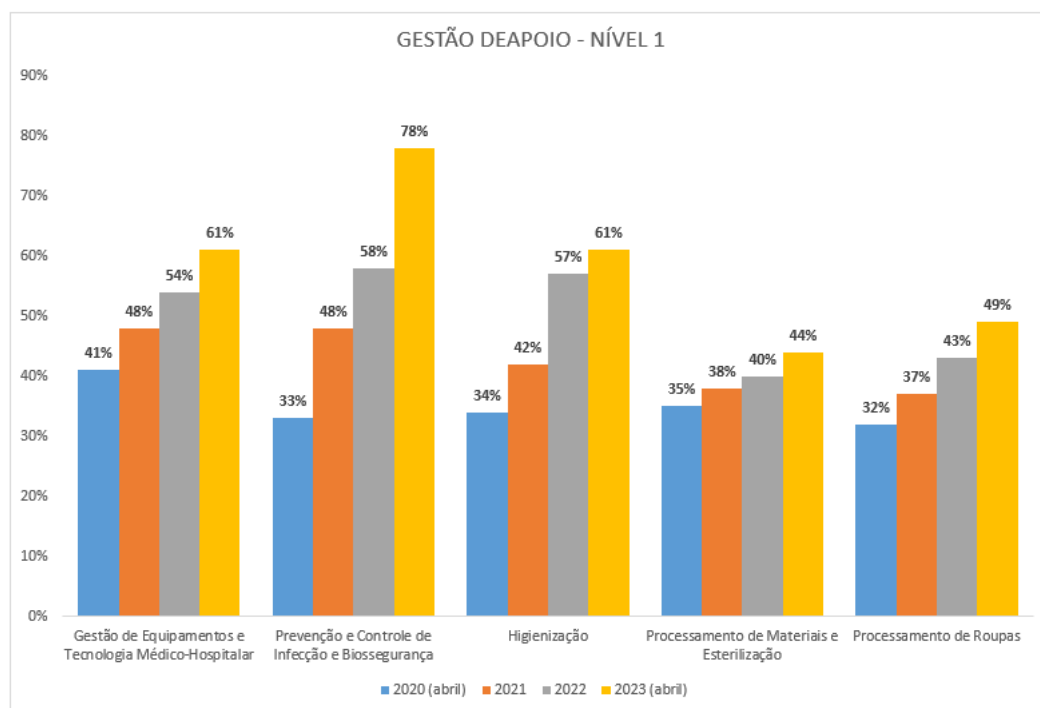
No Diagnóstico por Imagem foi necessário a troca da empresa uma vez que a atual não possuía critérios de qualificação que garantiam a instituição segurança no processo assistencial, administrativo e financeiro; sendo evidenciado geração de dados completamente equivocados quando estes foram auditados. A troca foi muito positiva, pois a gestão atual focou em ajustar os processos de coleta de dados; reajustou equipe; buscou aumento na produção de exames; alinhou acordos para protocolos gerenciados e entre os setores de interconexão.

O setor de endoscopia e colonoscopia foi o mais impactante, pois toda sua estrutura seguia padrões completamente distintos do hospital. Mas a dedicação e empenho da equipe de gestores e qualidade fez com que o setor fosse totalmente redesenhado com: mapeamento dos processos, mapeamento de riscos, definição de acordos entre os processos, estruturação de dados para entrega de resultados, descrição de POP's, definição de papéis e responsabilidades, redefinição de fluxos de atendimento.

Já na Radiologia Intervencionista os trâmites para credenciamento seguiram por meses até que fosse possível o aceite por parte de algumas operadoras, o que melhorou, significativamente, o volume de procedimentos. Apesar do baixo volume, a gestão seguiu alinhando os processos de trabalho, ajustando controles internos, desenvolvendo a equipe, corrigindo a gestão de riscos, alinhando protocolos.

Quanto aos métodos diagnósticos e terapêuticos pode-se observar que os médicos que atendiam em ambulatório encaminhavam todos os pacientes para realização dos exames em suas unidades particulares. Foi realizado estudo que evidenciou a quantidade de exames produzidos dentro do ambulatório da instituição através de receituário, que subsidiou a direção técnica nos ajustes junto aos médicos terceiros que utilizavam os consultórios com custo zero a eles. Muitos ajustes foram feitos para que se conseguissem reter na instituição todos os exames que poderiam ser realizados internamente, incluindo um supervisor ambulatorial para o gerenciamento da entrada e saída de pacientes.

Seção 4_Gestão de Apoio



A gestão de apoio foi o segundo maior desafio, pois estavam atreladas a gestores imaturos no gerenciamento de pessoas e processos. Assim como no CC, a CME tinha todos os subsídios e materiais disponíveis para atuação, mas a

enfermeira não tinha o setor como sua prioridade, tanto para ajustes processuais quanto para proximidade com a equipe.

Engenharia clínica foi trocada, gestores do CIH, Hotelaria foram substituídos e assim estes setores evoluíram muito na busca pela qualidade das entregas, alinhamento entre os processos e o mais importante a valorização do time operacional. A equipe de higienização passa a se perceber como controladores de infecção e gerenciadores de riscos, e não mais como apenas o time de higieniza a instituição limpando chão, parede e teto. Movimentam programas anuais, como Dia Mundial da Gentileza, no qual a equipe de higienização se dedica a fomentar a gentileza em todos os setores do hospital, entregando mensagens de carinho e atenção aos colegas de todas as áreas.

Uma longa jornada que ainda não se findou, mas que vai ao longo do tempo evoluindo, entre altos e baixos com tantas variações e acontecimentos no mercado de saúde. A evolução de alguns setores foi mais rápida devido ao perfil do gestor, mas estes mesmos gestores buscam auxiliar uns aos outros levando um pouco de seus aprendizados àqueles que ainda apresentam dificuldades.

O fato é que ao longo dos 3 anos do processo de reestruturação o time foi percebendo o quanto a certificação os levava cada vez mais longe, e como ela é um recurso para auxílio na transformação de todos. O empenho diário é de mostrar que qualidade se vive diariamente, sem que as dores da mudança sejam limitantes. A gestão é mais empenhada a entregar resultados, bem como em olhar para o “caos” e construir soluções a partir dele. É muito mais coletivo que individual, participativo que destrutivo. Eles aprenderam a se movimentar uns pelos outros, e todos eles juntos pelos pacientes.

Assim o nível 3 – Excelência em Gestão foi construído, baseado na relação de confiança entre todos os membros da organização, e a consciência de que qualidade deve permear as rotinas deles de maneira natural e com a fluidez que beneficia os pacientes.

Excelência Em Gestão



A avaliação da ONA conta com o cenário no qual a instituição está envolvida, como dito anteriormente, e é este cenário complexo do estado de Goiás que tem feito com que os gestores e diretoria entendam a necessidade e se integrem cada vez mais.

O nível 3 foi celebrado e junto a ele uma série de ações/tarefas para continuação da melhoria contínua, como:

1. Bioética
2. Custos
3. Ciclos de melhoria (comissões, gestão de riscos, desenvolvimento dos líderes)
4. Resultados dos protocolos clínicos gerenciados pós alta
5. Resultados da estruturação das linhas de cuidado.

A maior contribuição do meu trabalho foi conseguir validar um método sistematizado de gestão que seja pautado na essência da qualidade. As

certificações hospitalares talvez sejam a melhor maneira de implantação de serviços complexos, como é a área da saúde. Mas estabelecer um modelo de crescimento de maturidade por meio de métricas foi fundamental para solidificação da cultura de mudança, e sobretudo para estabelecer padrões que podem ser continuamente melhorados.

6 CONCLUSÃO

O processo de certificação hospitalar desencadeia por meio do seu manual uma série de ações sinérgicas e complementares que tem alto impacto nos resultados institucionais. A maneira de implementação gera a necessidade de melhoria contínua e, por fim, um movimento constante de reestruturação. Pode-se inferir que o movimento de acreditação, para esta instituição, foi uma maneira de guiar o movimento de reestruturação, tornando a instituição mais competitiva e com maior valor de mercado.

A utilização dos requisitos do manual em uma ferramenta de avaliação de maturidade possibilitou a construção estruturada de ações que solidificaram a maturidade de gestão, por meio de sistematização da construção de ações para melhoria contínua.

O instrumento mostrou-se em condições de caracterizar o status inicial desta instituição e direcionar mais energia de mudança aos setores mais críticos, para que o processo de amadurecimento ocorresse de maneira homogênea e estruturada.

Foi possível integrar os gestores ao processo de certificação e não mais encontrá-los distantes dessa construção de transformação, possibilitando que evoluíssem nesta jornada de reestruturação elevando a instituição nos padrões de qualidade e segurança, bem como na melhoria das relações entre todo o time do hospital.

O instrumento apresentado mostrou-se direcionador de 4 pontos importantes para a maturidade:

1. **Reconhecimento de tendência:** Quando aplicado sequencialmente, é possível criar tendência de crescimento, bem como identificação dos setores que estão mais frágeis.
2. **Crescimento homogêneo** com planos de ação específicos: Permite assim criação de planos de ação mais específicos, impulsionando o desenvolvimento homogêneo da instituição.

3. **Diminuição da variabilidade:** De maneira análoga, a criação e validação de requisitos nos mais diversos setores hospitalares, faz com que haja diminuição de variabilidade artificial. Dessa maneira é possível a execução de processo de reestruturação genuíno e controlado.
4. **Criação de valor:** instituições que estão inseridas nos processos de certificação e utilizam-se de requisitos validados para reestruturação, são instituições mais confiáveis e com maior reconhecimento de mercado.

7 REFERÊNCIAS

1. Disponível em: www.isqua.org
2. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/instituicoes-saude-acreditadas/>
3. English LP. Improving data warehouse and business information quality. New York: John Wiley & Sons; 1999.
4. Feldman, Liliane B; Gatto, Maria Alice F.; Cunha, Isabel Cristina K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação, Acta Paulista. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MbZtTx43DzGsMFyz4RyMGC/?lang=pt>
5. Roberts, JC; Coale, JG; Redman, MA. A history of joint commission on accreditation of hospitals. Jama. 1987; 258 (7): 936-40.
6. English LP. Improving data warehouse and business information quality. New York: John Wiley & Sons; 1999.
7. Pipino LL, Lee YW, Wang RY. Data quality assessment. Commun ACM 2002.
8. ONA. A história da acreditação no Brasil. Disponível em: Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/216/A-ONA-e-a-historia-da-acreditacao-no-Brasil>
9. Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo, SP, 2018 – 2020, pág. 11.
10. Modelo de Excelência em Gestão. Fundação Nacional de Qualidade. Disponível em: https://fnq.org.br/comunidade/wp-content/uploads/2018/12/n_2_modelo_de_excelencia_da_gestao_meg_fnq.pdf
11. O que é ciclo PDCA e como ele pode melhorar seus processos. Disponível em: <https://www.siteware.com.br/blog/metodologias/ciclo-pdca/>
12. Pipino LL, Lee YW, Wang RY. Data quality assessment. Commun ACM 2002.
13. Donabedian, Avedis. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Volume 1. Ache Management Series. 1980.
14. Lukosevicius, A. P.; Marchisotii, G. G.; Soares, A. A. P. Panorama da complexidade: principais correntes, definições e constructos. Disponível em: <https://www.revistasg.uff.br/sq/article/view/1157/552>
15. Lean Six Sigma. www.lean.org.br
16. Paula, R. Descongelamento, mudança e recongelamento: conchela a 3ª teoria de Gestão da Mudança (kurt Lewin). Disponível em: <https://vbmc.com.br/descongelamento-mudanca-e-recongelamento-de-lewin/>
17. Viana, G.; Lima, J. F. de. Capital Humano e Crescimento econômico. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-70122010000200003>
- Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/srrRFK6rcbj7gwW6GMyVNHK/?lang=pt#>
18. Porter. M. E.; Teisberg, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Bookman Editora, 2007.
19. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJJxJbsVhrrrCQwQr/?lang=pt&format=pdf>

20. Anderson, J. *The Trouble with Doctors: Fraud and Deceit in Medicine*; Xilibris Corporation. 2022.
21. Balestrin, F.; Quinam, C. *Gestão em Saúde: Guia prático para reconstruir o futuro*. Guanabara. 2022.
22. Neto, G. V.; Malik, A. M. *Gestão em Saúde*. Guanabara Koogan. 2016.
23. Milanese, S. *Reestruturação de empresas: Como recuperar e reerguer negócios*. Matrix. 2016.
24. Tzu, Sun. *A Arte da Guerra*. Novo Século. 2015.
25. Takeuchi, H. Nonaka, I. *Gestão do Conhecimento*. Editora Bookman. 2008.
26. Piola, S. F. O.; Vianna, S. M. O. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 1995.
27. Deming, W. E. *Saia da Crise: as 14 lições definitivas para controle de qualidade de W. Edwards Deming*. Futura. 2003.
28. Wang R, Storey VC, Firth CP. A framework for analysis of data quality research. *IEEE Transactions on Knowledge and Data Engineering* 1995.
29. Porter, M. E. *Estratégia Competitiva: Técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. Atlas. 2005.
30. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br
31. English LP. *Improving data warehouse and business information quality*. New York: John Wiley & Sons; 1999.
32. Kahn BK, Strong DM, Wang RY. Information quality benchmarks: product and service performance. *Commun ACM* 2002.
33. Wang R, Storey VC, Firth CP. A framework for analysis of data quality research. *IEEE Transactions on Knowledge and Data Engineering* 1995.
34. Wittes J, Colton T, Sidel VW. Capture-recapture methods for assessing the completeness of case ascertainment when using multiple information sources. *J Chronic Dis* 1974.
35. Arts DG, De Keizer NF, Scheffer GJ. Defining and improving data quality in medical registries: a literature review, case study and generic framework. *J Am Med Inform Assoc* 2002.
36. Hogan WR, Wagner MM. Accuracy of data in computer-based patient records. *J Am Med Inform Assoc* 1997.
- Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality patient record data in primary care. *BMJ* 2003.
38. Grassi PR, Orlandini FF, Schmidt AM, Sehn L. A qualidade da informação. In: *Anais da 1ª EXPOEPI - Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
39. Veras CMT, Martins MS. *A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)*, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1994.
40. Gouvêa CSD, Travassos C, Fernandes C. *Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995*. *Rev Saúde Pública* 1997.

41. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad Saúde Pública 2006.
42. Almeida MF, Alencar GP. Informações em Saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. Inf Epidemiol SUS 2000.
- Azevedo AC. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. Rev Ind Qual Produt Ipea 1993.
44. Carvalho LF. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp 1973.
45. Azevedo AC. Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1989.
47. Ministério da Saúde. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Brasília (DF); 2001.
48. Baptista BSF. El desarrollo del proceso de acreditación de hospitales en Brasil. Rev Itaes 2000.
49. Associação Paulista de Medicina (APM). Controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo: manual de orientação aos hospitais participantes. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
50. Quinto Neto A, Gastal FL. Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 1997.
51. Organização Nacional de Acreditação. Fundadoras Associadas Acreditadoras. [monografia online]. Disponível em: <http://ona.terra.com.br/conteudoona/historico.html>
52. Organização Nacional de Acreditação. A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade. Brasília (DF); 2000. [Folder].
53. Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantia de calidad. Rev Panam Salud Publica. 1997.
54. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/ Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública/ Banco Itaú; 1998. (Saúde Cidadania, 3).
55. Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa; 2004.
56. Feldman LB. Análise dos critérios de avaliação dos serviços de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional. [dissertação mestrado]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos; 2002.
57. Feldman LB, Bordin TA, Mariona FG. Responsabilidade civil profissional - instituições de saúde: perfil do enfermeiro avaliador institucional. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001; Curitiba (PR). Curitiba: ABEn - Seção PR; 2001.
58. Souza, A. Liderança e Espiritualidade – Humanizando as Relações Profissionais. Simonsen. 2017.
59. Rother, M. Toyota Kata: Gerenciando pessoas para melhoria, adaptabilidade e resultados excepcionais. Bookman. 2009.
60. História da Anahp. <https://www.anahp.com.br/sobre/>

61. Ser membro Anahp: <https://www.anahp.com.br/seja-associado/>
62. Seis principais custos do processo de Acreditação. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/gesto/6-principais-custos-do-processo-de-acreditao>
63. Hospital do Marajó mantém acreditação ONA pela sua excelência de gestão. Disponível em: <https://www.agenciapara.com.br/noticia/15898/hospital-do-marajo-mantem-acreditacao-ona-pela-sua-excelencia-de-gestao>
64. HRPM mantém Acreditação ONA pela terceira vez consecutiva. Disponível em: <https://www.indsh.org.br/hrpm-mantem-acreditacao-da-ona-pela-terceira-vez-consecutiva/>
65. Oxford Languages: https://www.google.com/search?q=defini%C3%A7%C3%A3o+de+qualidade+dicion%C3%A1rio&sca_esv=a68d2f8b7b299017&sxsrf=ADLYWIKd35ejTUjUSMWICVPgXaV90Olq4g%3A1728424701305&ei=aoFZ7yoEovQ1sQP59jf6Qc&ved=0ahUKEwj8mt7i4-IAXULqJUCHWfsN30Q4dUDCA8&uact=5&oq=defini%C3%A7%C3%A3o+de+qualidade+dicion%C3%A1rio&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcjAaAhgClicRkZWZpbmnDp8OjbyBkZSBxdWFsaWRhZGUgZGJlaW9uw6FyaW8yBhAAGBYHjIIEAAYFhgeGA8yCBAAGIAEGKIEMggQABiABBiiBDIIEAAYgAQYogQyCBAAGIAEGKIEMggQABiABBiiBEiEO1AAWO04cAB4AZABAjgB_AGgAdctqgEGMC4zMC4zuAEDyAEA-AEBmAlhoAK7L8ICChAjGIAEGCcYigXCAqsQABiABBiiRAhiKBclCBRAAGIAEwgIIEC4YgAQY1ALCAg0QLhiABBhDGNQCGloFwglKEC4YgAQYQxiKBclCCxAuGIAEGNEDGMcBwglPECMYgAQYJxiKBRhGGPkBwglFEC4YgATCAicQABiABBiiKBRhGGPkBGJcFglwFGN0EGEYY-QEY9AMY9QMY9gPYAQHCAggQABiABBjLAcICEhAjGIAEGCcYigUYiwMYRhj5AcI CCxAAGIAEGMsBGIsDwglqEAAYgAQYigUYiwMYRhj5ARiXBRiMBrjdBBhGGPkBG PQDGPUDGPYD2AEBmAMAugYGCAEQARgTkqcGMC4yOS40oAfC0gl&sclint=gws-wiz-serp
66. Enciclopédia Significados: <https://www.significados.com.br/qualidade/#:~:text=Qualidade%20%C3%A9%20um%20conceito%20subjeto,cultura%2C%20produto%20ou%20servi%C3%A7o%20prestado.>
67. Cruz, Andréia C., Pedreira, Mavilde da L. G. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente, 2020, <https://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?lang=pt>
68. <https://medicinaemalerta.com.br/desenvolvimento-sustentavel/avaliacao-de-impacto-na-saude/#:~:text=A%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Impacto%20%C3%A0,desenvolvimento%20em%20uma%20popula%C3%A7%C3%A3o%20definida.>

8 ANEXOS

ANEXO 1 – PLANILHA DE AVALIAÇÃO DE MATURIDADE DE PROCESSOS



Avaliação de Maturidade de processos |HealthCare|

ONA Nível 1

Ferramenta 2021/2022

Seção	Nível	Subseção	Requisitos	Sem Evidência / Não Implantado	Evidências insuficientes ou Parcialmente Implantado	Algumas Evidências ou Implantado	Evidências Suficientes ou Processo Maduro	Referência	%	Ações de Melhoria	Atendido	Atendido Parcial	Não Atendido
				1	2	3	4	5					
Gestão Organizacional	1	Gestão da Qualidade e Riscos	Estabelece sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.		x				36%	Revisar formulário utilizado para notificação de eventos e incidentes.		x	
										Rever toda estrutura do Núcleo de Segurança do Paciente (regimento, nomeação, cronograma de reuniões, divulgação de resultados).	x		
										Realizar reunião para divulgação da comissão do NUSP.	x		
										Estruturar estratégias para apoiar os setores no fortalecimento diário da segurança do paciente.			
										Avaliar nível de conhecimento das equipes para utilização do sistema FORMS.		x	
										Disseminar o fluxo de notificação de eventos e incidentes, bem como os meios para realização dos mesmos.	x		
Gestão Organizacional	1	Gestão da Qualidade e Riscos	Estabelece um fluxo prioritário para notificação e controle de incidentes com dano grave e catastrófico.		x					Revisar fluxo de notificações.	x		
										Realizar "Semana de Segurança do Paciente" com foco nas metas internacionais, fluxo de notificação, formulário de notificação e nível de conhecimento das equipes.	x		
Gestão Organizacional	1	Gestão da Qualidade e Riscos	Estabelece os protocolos institucionais de segurança do paciente e atendimento das doenças de maior prevalência e gravidade, com base em diretrizes e evidências científicas.			x				Avaliar a construção dos protocolos frente ao real perfil de atendimento de cada unidade.			
Gestão	1	Gestão da Qualidade e Riscos	Estabelece sistemática para identificação dos riscos da assistência ao paciente/cliente e análise e desenvolvimento de ações para a mitigação ou eliminação, baseadas nos protocolos.		x					Rever formato de identificação dos riscos assistenciais beira leito.			
										Definir ferramenta para mapeamento dos riscos assistenciais nas unidades.			

ANEXO 2 – PAINEL GERENCIAL – FERRAMENTAS DA QUALIDADE

FERRAMENTAS DA QUALIDADE

Ferramenta 2023/2024

Hospital Santa Bárbara



MAPEAMENTO DE PROCESSOS



SIPOC
Macroprocesso de trabalho

MAPEAMENTO DE RISCOS



HFMEA
Análise do modo de falha

INDICADORES



FICHA TÉCNICA DE INDICADORES
Descrição dos indicadores gerenciados



FAROL
Gestão dos indicadores

ANÁLISE CRÍTICA



ANÁLISE CRÍTICA
Feedback dos resultados dos processos



PLANO DE AÇÃO
Planejamento das ações corretivas para impacto nos resultados

PROJETO DE MELHORIA



RELATÓRIO A3
Roteiro de projeto de melhoria

ACORDOS INTERSETORIAIS



ACORDOS ENTRE PROCESSOS
Gestão de contratos

ANEXO 3 – FERRAMENTA A3

RELATÓRIO A3			
	Nome do projeto: Reestruturação da assistência farmacêutica: Farmácia de Produção	Lider: V.R.C	Equipo do Projeto:
	Patrocinador: Gerente de Operações	Área: Suprimentos/ Farmácia de Produção e Farmácia Clínica	V.R.C L.S. G. H.F.
		DATA INICIO: 01/07/2020	
		DATA FIM: 04/04/2023	

1. ESCLARECER O PROBLEMA

Objetivo:

A farmácia de produção tem como objetivo receber, armazenar (estocar), controlar o estoque e distribuir os medicamentos e materiais para as demais farmácias do hospital e atender prescrições de uma forma individualizada. Foi evidenciado fragilidade no processo de Assistência Farmacêutica, desta forma este projeto tem como finalidade criar processos e fluxos que garantam a qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos mapeando o ciclo da assistência farmacêutica estruturando ações técnico-assistenciais e ações técnico-gerenciais.

Indicador/Histórico:

- Baixa adesão da padronização, o ideal é a divulgação da mesma para toda equipe Multi;
- Alto índice de devoluções, o ideal é que seja reduzido o índice de devolução principalmente nas altas;
- A comissão de Farmácia terapêutica não era atuante, o ideal é envolvimento da equipe multi na comissão;
- Ausência de Farmácia Satélite, o ideal é a descentralização dos estoques;
- Não existia fluxos de padronização, despadronização e parecer negativos, o ideal é manter fluxos definidos que garantam utilização de insumos de qualidades;
- Ausência de sistemática de cadastro de insumos junto ao farmacêutico, o ideal é que o farmacêutico seja responsável pela validação dos cadastros;
- Ausência da ação do farmacêutico para redução das perdas por vencimento, o ideal é ter fluxo de verificação de validade para reduzir as perdas para garantir a sustentabilidade;
- Falta de integração entre os processos do faturamento com a farmácia, o ideal é que para todos os medicamentos que possuam a inclusão de Kits de diluições amarrados;
- Não existia evidência de barreiras dos MAVs em prescrições, o ideal que todos os MAVs tem suas barreiras descritas nas prescrições;



2. COMPREENDER A SITUAÇÃO

Estratificação do Problema:

- O farmacêutico não desempenhava ações junto a equipe médica para divulgar e revisão da padronização de insumos;
- Não existia ações com a equipe médica para otimização dos medicamentos próximo ao vencimento;
- A farmácia não era envolvida no processo de alta e os kits eram dispensados a cada 24hs aumentando as devoluções;
- Não existia protocolos instituídos pela comissão de farmácia terapêutica como fluxo de padronização e despadronização;
- Os cadastros de medicamentos eram realizados pelo setor de compras sem a validação do farmacêutico;
- Existia muitos medicamentos cadastrados sem seus diluentes causando prejuízo financeiro e a segurança do paciente;
- Não existia uma integração junto ao faturamento para verificação de itens passíveis de serem faturados;
- Os MAVs não tinha destaque nas prescrições e não existia os riscos e barreiras para serem verificados pela enfermagem;
- Baixo envolvimento da família e do paciente como barreira na administração segura de medicamentos;
- Não eram realizados acordos entre os setores formalizados;
- Ausência do protocolo de administração segura, POP devolução de medicamentos, POP controle de validade, POP controle de temperatura, POP de dispensação de medicamentos;
- O espaço físico era desorganizado com baixa iluminação;
- Não existia as rondas farmacêuticas;
- Não era verificado as validades dos subestoques (carrinhos);



5. DESENVOLVER CONTRAMEDIDAS

1. Atualização de PQPS

2. Mapeamento do processo e riscos: SIPOC e HFMEA, criação de barreiras em todas as etapas de Dispensação, e prescrição



3. Orientação sobre os Riscos e barreiras dos MAVs, nas prescrições e postos

4. Participação do Farmacêutico gestor nas reuniões como equipe multi e realizar ações de Divulgação dos insumos próximo ao vencimento:

5. Criação de ferramenta para controle de validade na Farmácia central e das Farmácia Satélites:

6. Criação da Farmácia Satélites PSD e Centro Cirurgico



3. DEFINIÇÃO DE METAS

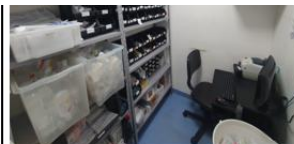
1. Envolver o farmacêutico como equipe multidisciplinar;
2. Aumentar análise técnica das prescrições;
3. Tornar a comissão de Farmácia terapêutica mais atuante;
4. Realizar integração entre o faturamento e farmácia;
5. Revisão de dos dos kits de diluição e serviços de prescrição;
6. Organizar Espaço físico
7. Reestruturar indicadores.
8. Criar Pops e Fluxos para apoiarem as rotinas da farmácia de Produção
9. Criar Farmácia satélite do Pronto Socorro e do Centro Cirúrgico
10. Realizar acordos entre os processos
11. Realizar Mapeamento dos processos e Riscos
12. Rondas Farmacêuticas

Ganhos esperados:

1. Redução de custos;
2. Redução de perdas;
3. Redução do tempo de atendimentos;
4. Automatização dos fluxos;
5. Criação das farmácias satélites.

Objetivos Específicos:

- Redução das 30% Devoluções;
- Mapear processos e criar barreiras;
- Estruturar Acordos entre setores;
- Decentralização de estoque para dispensação.



7. Treinamentos sobre 13 certos da administração segura e Rondas farmacêuticas:



6. DESENVOLVER AÇÕES E EXECUTAR

What? (O que?)	Why? (Por que?)	Where? (Onde?)	When? (Quando?)	Who? (Quem?)	How? (Como?)	How Much? (Quanto?)
Envolver o farmacêutico gestor com a equipe Multi	Para criar uma comunicação assertiva entre membros da equipe	Farmácia	Maio, 2020	Vanessa R. Lomba	Farmácia realizar ações de disseminação da padronização e comunicação da lista de insumos utilizados no atendimento.	-
Tornar a comissão de farmácia terapêutica atuante	Para que o processo de seleção e aquisição sejam avaliados de uma forma	Farmácia	Janeiro, 2021	Vanessa R. Lomba	Criando cronograma de reuniões e estruturando documentos para avaliar o processo.	-
Realizar a revisão de kits e serviço de prescrição	Para garantir que todos os itens passíveis de serem faturados	Farmácia	Maio, 2020	Vanessa R. Lomba	Revisando todos os cadastros e realizando amostragens de	-
Criar POP das atividades das farmácias de produção	Para garantir que todos os processos sejam realizados de	Farmácia	Dezembro, 2020	Vanessa R. Lomba	Descrevendo todos os processos baseados no manual de Boas	-
Realizar a Redução das devoluções	Para reduzir o excesso de medicamentos disponíveis nos setores desnecessários	Farmácia	Janeiro, 2021	Vanessa R. Lomba	Criando rotina de dispensação verificando sempre a programação de alta e criando indicadores dos	-
Criar a farmácia satélite do Pronto socorro	Para descentralizar os estoques e diminuir o tempo de atendimento das prescrições do PSO	Ponto Socorro	Junho, 2020	Vanessa R. Lomba	Estruturando local no PSO para dispensação para atender prescrição com maior agilidade	-

Envolver o farmacêutico gestor com a equipe Multi	Para criar uma comunicação assertiva entre membros da equipe	Farmácia	Maio, 2020	Vanessa R. Lomba	Farmácia realizar ações de disseminação da padronização e comunicação da lista de insumos utilizados no atendimento.	-
Tornar a comissão de farmácia terapêutica atuante	Para que o processo de seleção e aquisição sejam avaliados de uma forma	Farmácia	Janeiro, 2021	Vanessa R. Lomba	Criando cronograma de reuniões e estruturando documentos para avaliar o processo.	-
Realizar a revisão de kits e serviço de prescrição	Para garantir que todos os itens passíveis de serem faturados	Farmácia	Maio, 2020	Vanessa R. Lomba	Revisando todos os cadastros e realizando amostragens de	-
Criar POP das atividades das farmácias de produção	Para garantir que todos os processos sejam realizados de	Farmácia	Dezembro, 2020	Vanessa R. Lomba	Descrevendo todos os processos baseados no manual de Boas	-
Realizar a Redução das devoluções	Para reduzir o excesso de medicamentos disponíveis nos setores desnecessários	Farmácia	Janeiro, 2021	Vanessa R. Lomba	Criando rotina de dispensação verificando sempre a programação de alta e criando indicadores dos	-
Criar a farmácia satélite do Pronto socorro	Para descentralizar os estoques e diminuir o tempo de atendimento das prescrições do PSO	Ponto Socorro	Junho, 2020	Vanessa R. Lomba	Estruturando local no PSO para dispensação para atender prescrição com maior agilidade	-
Criar a farmácia satélite do centro cirúrgico	Para descentralizar os estoques e diminuir o tempo de atendimento dos kits do centro cirúrgico	Centro Cirúrgico	Dezembro, 2021	Vanessa R. Lomba	Estruturando local no centro cirúrgico para dispensação para atender demandas do centro cirúrgico	-
SIPOC e HFMEA	Para realizar mapeamento dos processos e identificação dos riscos, de forma a criar	Farmácia	junho, 2022	Vanessa R. Lomba	Realizar mapeamento dos processos (SIPOC) identificação dos riscos (HFMEA), de forma a	-
Revisão das validades de subestoques	Para minimizar os itens vencidos no centro de emergência	Hospital santa Bárbara	Junho, 2020	Vanessa R. Lomba	Criar rotina de verificação mensal de validade e retirar insumos 60 dias antes para colocar em uso na	-

7. MONITORAR RESULTADOS

Ações	Status	Acompanhamento
1. Envolver o farmacêutico gestor com a equipe Multi	Concluído	Não iniciado 0 0%
2. Tornar a comissão de farmácia terapêutica atuante	Concluído	Em andamento 0 0%
3. Realizar a revisão de kits e serviço de prescrição	Concluído	Atrasado 0 0%
4. Criar POP das atividades das farmácias de produção	Concluído	Concluído 9 100%
5. Redução das devoluções	Concluído	
6. Criar a farmácia satélite no Pronto socorro	Concluído	
7. Criar a farmácia satélite no centro cirúrgico	Concluído	
8. SIPOC e HFMEA	Concluído	
9. Revisão de validades dos subestoques	Concluído	

4. ANALISAR AS CAUSAS

Problemas	(Por quê?)	(Por quê?)	(Por quê?)	(Por quê?)	(Por quê?)
Falta de ações para otimizar uso estoques	Itens padronizados vencem	A equipe médica não conhece a padronização	Não existe ações para disseminar a padronização	Não existe ações para informar a equipe médica itens próximos ao	Baixa interação da farmácia com a equipe multi
Marcas que apresentam não conformidades	Não tem documentado quais	Não existia formulário de	A comissão de farmácia	Não tinha envolvimento da	Não existia reuniões periódicas da

4. ANALISAR AS CAUSAS

Problemas	(Por quê?)	(Por quê?)	(Por quê?)	(Por quê?)	(Por quê?)
Falta de ações para otimizar uso estoques	Itens padronizados vencem	A equipe médica não conhece a padronização	Não existe ações para disseminar a padronização	Não existe ações para informar a equipe médica itens próximos ao	Baixa interação da farmácia com a equipe multi
Marcas que apresentam não conformidades continuam sendo adquiridas	Não tem documentado quais marcas apresentaram não conformidades	Não existia formulário de parecer negativo	A comissão de farmácia terapêutica não era atuante	Não tinha envolvimento da equipe multi	Não existia reuniões periódicas da comissão e desdobramento
Pacientes esperando muito tempo para serem medicados no PSO	Dispensação para o hospital todo centralizada em único local	Técnico de enfermagem ficava aguardando muito tempo na fila na	Farmácia central atendia urgências da UTI e de todos hospitais	Falta de estoque descentralizados	Falta da farmácia satélite do PSO
Atraso para início de drogas	Atraso da dispensação de kits cirúrgico	Kits eram preparados na farmácia central	Farmácia central com grandes demandas de	Centralização de local de dispensação	Ausência de farmácia satélite do centro cirúrgico

Priorização:

1. Reorganização do espaço físico do estoque;
2. Atualizar Pops;
3. Criação da Farmácia Satélites PSO e Centro Cirúrgico;
4. Metrificação dos indicadores
5. SIPOC e HFMEA
6. Treinamento para equipes

8. PADRONIZAR

O acompanhamento do projeto está sendo feito mensalmente através de indicadores e reuniões gerenciais com várias áreas da instituição.

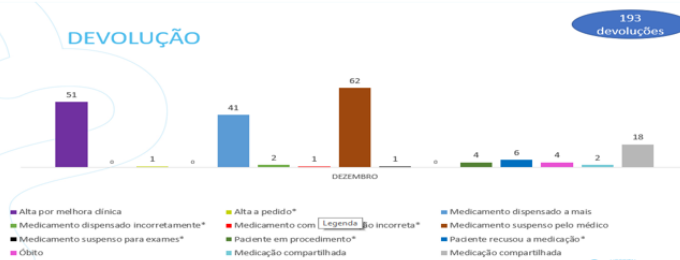
ERROS DE DISPENSAÇÃO



DEVOLUÇÃO



DEVOLUÇÃO



ANEXO 4 – FERRAMENTA PDCA

Ferramenta 5W2H							
Registro da denúncia ONA nº 24.08		"Hospital Santa Bárbara em Goiânia, GO. Reduziu consideravelmente o número de profissionais de saúde, mesmo mantendo o fluxo de pacientes em grande escala, o que tem gerado grandes reclamações e até mesmo situações de cuidados desumanos com os pacientes devido a ineficácia das equipes em suprir as necessidades do público. Pacientes estão ficando evacuados por muito tempo, broncoaspirando constantemente, com maior surgimento de Lesões por Pressão devido a falta de mudanças de decúbito; enfermagem com sobrecarga de trabalho tem tido índices de medicações administradas erradas, com dificuldades em atender as ocorrências devido o grande público, quando surge uma RCP o hospital praticamente para, pois todo o quadro de funcionários para pra prestar o atendimento, sendo somente nas enfermarias 5 técnicos e 1 enfermeira para mais de 45 pacientes sem contar com admissões, partos e cirúrgicos. Hospital foi recentemente consagrado Ona 3 e por ordem da diretoria retiraram todos os banners e anúncios para evitar denúncias. Qualidade do hospital não atende um nível ONA."					
Oportunidades de melhorias		Melhorar comunicação entre equipes Repassar a equipe de Marketing o domínio do site para atualização					
Análise causa	Causa raiz	Falha de comunicação					
	1º Porque:	Falha na comunicação entre equipe multidisciplinar					
	2º Porque:	A escala e a atuação do serviço de enfermagem não está claro para equipe.					
	3º Porque:						
	4º Porque:						
	5º Porque:						
PLANO AÇÃO							
	WHAT O QUE FAZER ?	WHO QUEM FAZER?	WHERE ONDE FAZER?	WHEN QUANDO FAZER?	WHY POR QUE FAZER?	HOW COMO FAZER?	HOW MUCH QUANTO?
	Reforçar a divulgação dos dados assistenciais a todas as equipes	Gerente Enfermagem	IN LOCO	Imediatamente após apresentação dos dados a Diretoria	Para reforçar com toda a equipe os dados assistenciais, efetividade dos protocolos assistenciais e aplicação de escalas .	Apresentar os dados assistenciais a toda equipe multi de forma clara e objetiva, após a apresentação dos dados para a Diretoria	Sem custo.