

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE TECNOLOGIA**

**CRISTIANE BUDZIAK**

**PROPOSTA DE MELHORIA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM UM PRONTO  
SOCORRO POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

**CURITIBA  
2013**

**CRISTIANE BUDZIAK**

**PROPOSTA DE MELHORIA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM UM PRONTO  
SOCORRO POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção - Mestrado, Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Robson Seleme  
Área de concentração: Tecnologia e Inovação  
Linha de pesquisa: Inovação em Projeto, Produto e Processo.

**CURITIBA**

**2013**

B927p Budziak, Cristiane

Proposta de melhoria no processo de atendimento em um pronto socorro por meio da utilização de um sistema de gestão da qualidade / Cristiane Budziak – Curitiba, 2013.

162 f. : il [algumas color.] ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná).

Orientador: Robson Seleme

Bibliografia: p. 152-160.

1.Qualidade. 2. Gestão da Qualidade (Processos hospitalares). I.Universidade Federal do Paraná.

II.Seleme, Robson. III.Título

CDD: 658.562

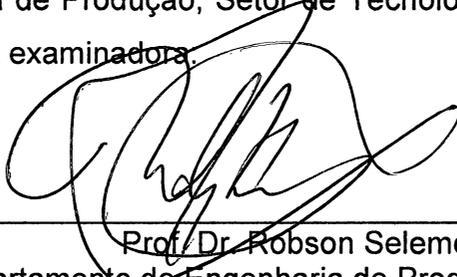
## TERMO DE APROVAÇÃO

CRISTIANE BUDZIAK

PROPOSTA DE MELHORIA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM UM PRONTO  
SOCORRO POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Setor de Tecnologia da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora.

Orientador:



---

Prof. Dr. Robson Seleme  
Departamento de Engenharia de Produção, UFPR



---

Prof. Dr. Arinei Carlos Lindbeck da Silva  
Departamento de Engenharia de Produção, UFPR



---

Prof. Dr. Izabel Cristina Zattar  
Departamento de Engenharia de Produção, UFPR



---

Prof. Dr. Roberto Zanetti Freire  
Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, PUCPR

Curitiba, 29 de Maio de 2013.

## **DEDICATÓRIA**

Aqueles que dão sentido a minha vida: meus Pais e meu irmão.

## **AGRADECIMENTOS**

Deus, por me dar força, saúde e perseverança em todos os momentos.

Ao Professor Dr. Robson Seleme pela paciência, compreensão e motivação.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação/Mestrado em Engenharia de Produção da UFPR por todos os conhecimentos repassados.

Aos Professores que fizeram parte da banca examinadora, pelas contribuições e críticas construtivas.

A instituição onde foi realizada a pesquisa e a todos os profissionais que contribuíram para os resultados.

Aos colegas de mestrado pela solidariedade e momentos compartilhados.

Ao Ewerton pela paciente compreensão.

A minha família e amigos pela paciência e compreensão dos meus momentos de ausência.

## RESUMO

**Título:** Proposta de melhoria no processo de atendimento em um Pronto Socorro por meio da utilização de um sistema de gestão da qualidade

A gestão da qualidade é uma questão fundamental para ser tratada por instituições hospitalares. Além de ser estratégica é essencial para o seu funcionamento, dada a sua missão, que é cuidar de vidas. Adicionalmente a gestão dos processos também têm sido cada vez mais discutida e presente nessas instituições, que estão percebendo os ganhos que podem ter quando são devidamente controlados e melhorados. Nesta perspectiva a questão desta pesquisa foi identificar de que forma a Gestão da Qualidade pode contribuir para melhoria do atendimento de um Pronto Socorro em um Hospital Geral no município de Curitiba, Estado do Paraná. A pesquisa é de natureza qualitativa, com propósito exploratório e descritivo, conduzida sob o delineamento de um estudo de caso. Utilizou-se para coleta de dados a observação sistemática, análise documental e grupos focais. De acordo com os objetivos específicos foram definidas as etapas da pesquisa, que constituem o desenvolvimento da metodologia. O desenvolvimento das etapas tiveram como resultado o processo de atendimento do PS mapeado, permitindo compreender seu funcionamento. A identificação das atividades críticas e gargalos do processo e a sugestão de um novo processo, onde os gargalos e as atividades críticas foram eliminadas ou minimizadas com ações corretivas. Além disso, foram identificadas as ações de qualidade já existentes na unidade e em seguida foram sugeridos métodos e ferramentas da qualidade que podem ser adotados na unidade, a fim de garantir o controle e melhorias do novo processo que foi construído. Destaca-se a contribuição desta pesquisa, que pode servir de orientação para outras unidades de pronto socorro que atendem casos de urgência e emergência e buscam controlar e melhorar seu processo de atendimento por meio de métodos e ferramentas da qualidade.

**Palavras-chave:** Gestão da qualidade. Qualidade na área de saúde. Métodos e ferramentas da qualidade. Gestão de processos. Processos hospitalares.

## ABSTRACT

**Title:** Proposal for improving the care process in the emergency department by using a quality management system

Quality management is a key issue to be addressed by hospitals. Besides being strategic it is essential for hospitals operations, given its mission, which is to take care of lives. Additionally the management processes have also been discussed and in those institutions that are realizing the gains that can be when they are properly controlled and improved. In this perspective, the question of this research was to identify how Quality Management can contribute improvement of care in an emergency department in a general hospital in the city of Curitiba, State of Parana. The research is qualitative, exploratory and descriptive with purpose, conducted under the design of a case study. It used for data collection systematic observation, document analysis and focus groups. According to the specific objectives were defined stages for this research those constitute the development of the methodology. The development stages of the process resulted in the ED attendance mapped, allowing us to understand its operation, identification, critical activities and process checkpoints. The suggestion of a new process where the chokepoints and critical activities were eliminated or minimized with corrective actions. Furthermore, the quality management actions were identified in the unit and then suggestions were made for methods and quality tools that can be adopted in the unit in order to ensure control and improvements of the new process that was built. Note was the contribution of this research, which can serve as guidelines for other units that meet first aid and emergency cases and seek to control and improve the process of care by means of methods and tools of quality.

**Keywords:** Quality management. Quality in health. Methods and tools of quality. Process management. Hospital process.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1</b> – DIAGRAMA DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
<b>QUADRO 1</b> – UNIDADES HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. ....	21
<b>QUADRO 2</b> – ESCALA UTILIZADA PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	27
<b>QUADRO 3</b> – LINHA HISTÓRICA DA QUALIDADE. ....	28
<b>FIGURA 2</b> – LINHA HISTÓRICA DA QUALIDADE. ....	29
<b>QUADRO 4</b> – PERSPECTIVAS, DEFINIÇÕES E AUTORES DA QUALIDADE. ....	29
<b>QUADRO 5</b> – PRINCÍPIOS E PADRÕES PARA CADA NÍVEL. ....	39
<b>QUADRO 6</b> – SEÇÕES E SUBSEÇÕES DO MBA. ....	40
<b>FIGURA 3</b> – CICLO PDCA. ....	45
<b>FIGURA 4</b> – CICLO PDCA E MASP. ....	46
<b>FIGURA 5</b> – REPRESENTAÇÃO IDEF0. ....	55
<b>QUADRO 7</b> – ESTRUTURA QUE COMPÕE O HOSPITAL. ....	57
<b>QUADRO 8</b> – ÁREAS E SUBÁREAS DO HOSPITAL.....	58
<b>FIGURA 6</b> – ÁREAS E SUB-ÁREAS DO HOSPITAL.....	60
<b>QUADRO 9</b> – OBJETIVOS X METODOLOGIA X TEORIA.....	68
<b>FIGURA 7</b> – ETAPAS DE ATENDIMENTO EM UM PS. ....	71
<b>FIGURA 8</b> – PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS. ....	85
<b>QUADRO 10</b> – TEMPO DE ATENDIMENTO PACIENTES – PROCURA DIRETA.....	91
<b>QUADRO 11</b> – TEMPO DE ATENDIMENTO PACIENTES – SIATE E SAMU.....	93
<b>GRÁFICO 1</b> – TEMPOS DE ATENDIMENTO – PROCURA DIRETA. ....	94
<b>GRÁFICO 2</b> – TEMPOS DE ATENDIMENTO - SIATE E SAMU. ....	94
<b>GRÁFICO 3</b> – VARIAÇÃO DOS TEMPOS DE ATENDIMENTO – PROCURA DIRETA. ....	95
<b>GRÁFICO 4</b> – VARIAÇÃO DOS TEMPOS DE ATENDIMENTO - SIATE E SAMU. ....	95
<b>GRÁFICO 5</b> – TEMPOS DE CADA ATIVIDADE. ....	97
<b>FIGURA 9</b> – ETAPA ACOLHIMENTO. ....	98
<b>FIGURA 10</b> – TEMPO E ATIVIDADE CRITICA DA ETAPA ACOLHIMENTO.....	100
<b>FIGURA 11</b> – ETAPA TRIAGEM.....	101
<b>FIGURA 12</b> – TEMPO E ATIVIDADE CRITICA DA ETAPA TRIAGEM. ....	103
<b>QUADRO 12</b> – ESCALA UTILIZADA PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	105

<b>FIGURA 13</b> – TEMPO E ATIVIDADE CRITICA DA ETAPA ESPERA.....	105
<b>FIGURA 14</b> – ETAPA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	108
<b>FIGURA 15</b> – TEMPO E ATIVIDADE CRITICA DA ETAPA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. ....	110
<b>FIGURA 16</b> – ATIVIDADES CRITICAS E GARGALOS DO PROCESSO DE ATEND. DO PS.....	113
<b>FIGURA 17</b> – PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS REVISADO. ....	117
<b>FIGURA 18</b> – FASE PLANEJAR DO PDCA. ....	132
<b>FIGURA 19</b> – FOLHA DE VERIFICAÇÃO. ....	133
<b>FIGURA 20</b> – ESTRATIFICAÇÃO.....	134
<b>FIGURA 21</b> – 5W2H. ....	137
<b>FIGURA 22</b> – FASE EXECUTAR DO PDCA. ....	138
<b>FIGURA 23</b> – FASE VERIFICAR DO PDCA. ....	139
<b>FIGURA 24</b> – FASE ATUAR DO PDCA.....	140
<b>FIGURA 25</b> – ESCALA DE NOTAS PARA MATRIZ DE GUT.....	141
<b>FIGURA 26</b> – MATRIZ DE GUT.....	142
<b>FIGURA 27</b> – DIAGRAMA DE ISHIKAWA.....	143
<b>GRÁFICO 6</b> – GRÁFICO DE PARETO – TIPOS DE ATENDIMENTO.....	144
<b>GRÁFICO 7</b> – GRÁFICO DE PARETO – ESPECIALIDADES MEDICAS. ....	145

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPRO – Associação Brasileira de Engenharia da Produção

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATS - *Australian Triage Scale*

BAM – Boletim de Atendimento Médico

BPM – *Business Process Modeling*

BPMN – *Business Process Modeling Notation*

CMUNS – Centros Municipais de Emergências

CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente

CTAS - *Canadian Triage Acuity Scale*

EPC – *Event-driving Process Chain*

ESI - *Emergency Severity Index*

EUA – Estados Unidos da América

GBACR – Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco

GP – Gestão de Processos

GQ – Gestão da Qualidade

GUT – Gravidade, Urgência e Tendência

IDEF0 – *Integration Definition for Function Modeling*

IAC – Instituições Acreditoras

ICOM - *Input Control Output Mechanism*

MAS – Método de Análise e Solução de Problemas

MBA – Manual Brasileiro de Acreditação

MTS – Protocolo de Manchester

NIST – *National Institute os Standards and Technology*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PDCA – *Plan, Do, Check e Action*

PNH – Programa Nacional de Humanização

PS – Pronto Socorro

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de urgência

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

5S's – *Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu e Shitsuke*

5W2H – *What, Who, Were, When, Why, How e How Much*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1 OBJETIVOS .....	11
1.1.1 Objetivo Geral .....	11
1.1.2 Objetivos Específicos .....	11
1.2 JUSTIFICATIVA .....	12
1.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO .....	14
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
2.1 GESTÃO HOSPITALAR .....	16
2.1.1 Unidades de Pronto Socorro .....	19
2.1.2 Acolhimento e classificação de risco .....	24
2.2 GESTÃO DA QUALIDADE - GQ .....	27
2.2.1 Qualidade na área de saúde .....	31
2.2.2 Acreditação hospitalar .....	36
2.2.3 Sistemas, métodos e ferramentas da qualidade .....	43
2.2.4 Qualidade sob o ponto de vista do cliente .....	49
2.3 GESTÃO DE PROCESSOS (GP) .....	51
2.3.1 Gestão e mapeamento de processos .....	53
2.3.2 Processos hospitalares .....	56
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	<b>62</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	62
3.2 AMBIENTE DE PESQUISA .....	63

3.2.1 Coleta e análise de dados .....	65
3.2.2 População e Amostra .....	68
<b>4 RESULTADOS PRELIMINARES: DESCRIÇÃO E ANÁLISE .....</b>	<b>70</b>
4.1 MAPEAMENTO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS .....	70
4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES CRÍTICAS E GARGALOS DO PROCESSO .....	87
4.2.1 Análise do processo de atendimento do PS.....	114
4.3 IDENTIFICAR E DESCREVER AÇÕES REFERENTES A QUALIDADE NO PS .....	118
4.3.1 Análise dos resultados dos grupos .....	126
4.4 MÉTODOS E FERRAMENTAS DE GQ PARA MELHORIA E CONTROLE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS .....	131
4.4.1 Outras ferramentas da qualidade .....	140
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>162</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A necessidade do homem em cuidar da saúde é uma questão milenar. Um dos livros mais antigos e respeitados da história, a Bíblia, tem registros de doenças e epidemias que afetaram a vida de muitas pessoas, e demonstra a preocupação que a civilização antiga já tinha em manter os doentes isolados das pessoas saudáveis.

Durante a Idade Média, período em que a Igreja exerceu grande poder sobre a sociedade, a doença era encarada como um castigo divino. Nos anos 1300, ao tempo da peste negra, um médico árabe relatava que a doença podia ser contraída pelo contato com os doentes ou através de peças de vestuário, louças ou brincos (SOURNIA e RUFFIE, 1986). Por essa razão haviam locais destinados a manter os doentes isolados do restante da população. Ainda quando a medicina não era uma prática hospitalar, bem como hospital não era uma instituição médica, foi instalada no Brasil a Santa Casa de Santos, em 1543, por Brás Cubas (CAMPOS, 1944). Sendo até o século XVIII visto como um local essencialmente de assistência aos pobres, viajantes e peregrinos (FOUCAULT, 1979).

No decorrer da história, os hospitais deixaram de ser vistos apenas como locais de caridade, e passaram por um processo em que começam a ser reconhecidos como empresas. Essa é uma fase de mudanças, tanto conceitual, como organizacional, com o passado do hospital cristão medieval para o hospital assistencial do século XIX (GRAÇA, 2005). O mesmo autor afirma que essa mudança se intensificou após a Segunda Guerra Mundial, em função do desenvolvimento tecnológico, onde o hospital passa a ser dirigido como uma empresa, e modifica todo o sistema de trabalho, podendo ser expressado na criação de áreas antes inexistentes, como a Engenharia Hospitalar e a Gestão da Qualidade (GQ). Os hospitais passaram a assumir os cuidados da saúde como uma prestação de serviços.

Em função das mudanças ocorridas no cenário político e econômico do país,

a saúde sofreu alterações. Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, o novo sistema de saúde, SUS (Sistema Único de Saúde), tem como finalidade garantir o direito de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, de forma gratuita para toda a população, sendo este, financiado por recursos provenientes dos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios, e de contribuições sociais.

Devido a algumas inconsistências, o SUS não consegue garantir uma assistência integral, o que faz a demanda pela saúde suplementar (convênios e planos de saúde particulares) aumentar cada dia mais. Não se pretende aqui discutir a ineficiência dos serviços da saúde pública ou da suplementar, mas sim, as consequências que podem ser causadas para aqueles que buscam atendimento hospitalar, pois o que se vê na mídia são notícias sobre as grandes filas de espera nos hospitais, falta de leitos para internamentos, superlotação, cancelamento de cirurgias, escassez de recursos, desde profissionais até financeiros. Enfim, nota-se que a capacidade dos serviços de saúde não atendem a demanda real da sociedade.

No que se refere aos serviços hospitalares especificamente, sabe-se que o mesmo é composto por processos complexos, de alto risco, elevados custos materiais e operacionais. Em particular, dentro da estrutura hospitalar, a unidade de atendimento as Urgências e Emergências, Pronto Atendimento, ou também conhecida como Pronto-Socorro - PS (expressão que será adotada para o presente trabalho), pode ser considerada como uma das mais críticas. A urgência pode ser compreendida como uma ocorrência que cause agravo à saúde ou risco potencial de vida, e a emergência é a constatação da condição de agravo à saúde com risco iminente de vida ou sofrimento intenso (SABADINI e GONÇALVES, 2008).

Segundo Sabbadini e Gonçalves (2008) o PS é um setor multidisciplinar, com especialistas em tratar pacientes em estado grave, lembrando que é uma das áreas mais congestionadas dentro do hospital, onde situações inesperadas ocorrem a todo o

momento.

Os principais objetivos do atendimento em um PS estão entre acolher, avaliar e estabilizar o paciente rapidamente, e mantê-lo estável até o momento em que outros procedimentos mais especializados sejam realizados, ou que o paciente seja transferido para outras unidades dentro do hospital. Conforme Souza, Silva e Nori (2007), o PS é destinado a promover serviços médicos requeridos com caráter de emergência e urgência, para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas da saúde, devendo estes ser proporcionados imediatamente. Sendo assim, eficiência e agilidade são premissas para uma unidade hospitalar com estas características.

Além da complexidade e das características já citadas, o PS também se destaca pelo elevado volume de atendimento, quando comparado com as demais unidades de um hospital. De acordo com Thompson e Hayhurst (2010) Em todo o mundo o volume de pacientes atendidos por serviços de emergência aumentou dramaticamente ao longo dos últimos 20 anos. Essa demanda se deve ao fato das dificuldades que os cidadãos encontram para conseguir atendimento nas unidades de atendimento primário a saúde (unidades de saúde).

Essas unidades são responsáveis por prestar o atendimento básico ao paciente, isto é, oferecer um atendimento médico que não requer equipamentos ou procedimentos mais complexos. Como reflexo, da já citada ineficiência do sistema público de saúde, essas unidades tem baixa capacidade de atendimento para disponibilizar à sociedade. Logo, essas pessoas buscam as portas hospitalares que oferecem atendimentos de urgência e emergência, e estas passam a ser a principal forma de acesso aos serviços e tecnologias médicas, para aqueles que não encontram outra forma de atendimento.

Toda essa situação acaba transformando esse setor em um depósito de problemas não resolvidos (O'DWYER, PACHECO e SETA, 2006). Este cenário sobrecarrega os profissionais e atrapalha os processos de trabalho, prejudicando a

assistência aos casos que realmente são graves e que dependem de rapidez para garantir um atendimento efetivo e com a qualidade esperada pelo paciente.

Gonçalves (2000) afirma que a consequência das unidades de emergências lotadas é o desgaste dos profissionais, morosidade no atendimento, descontentamento de pacientes e de toda a equipe de trabalho, o que gera um ambiente estressante e com falhas no atendimento.

No Brasil, os serviços de urgência e emergência têm funcionado acima de sua capacidade, com demandas e taxas de ocupação de leitos em praticamente 100%, número insuficiente de profissionais (sem treinamento ou reciclagem), com excesso de atendimentos e demanda inadequada, verba insuficiente, gerenciamento precário de recursos e sem planejamento efetivo (O'DWYER, PACHECO e SETA, 2006). Czapski (1999) propõe que a qualidade deve evoluir de acordo com as expectativas dos pacientes, funcionários, entre outras partes interessadas. Para isso a organização deve manter-se atenta às demandas de mercado, atualização profissional, aplicação de tecnologias e adoção de métodos voltados para uma gestão mais eficaz.

As iniciativas que reforçam a cultura da qualidade devem ser uma constante nesse tipo ambiente. Kershaw (2000) aponta que enquanto no ambiente de manufatura se busca uma maior produtividade, na área hospitalar a meta é atender com qualidade o maior número de pacientes. Uma diferença óbvia entre o ambiente industrial e o de saúde é que, diferentemente da manufatura, o que é tratado em um hospital é o ser humano. Contudo, a qualidade desse tipo de atendimento apresenta um elevado grau de dificuldade, pois depende da atitude, competência e comprometimento dos profissionais envolvidos, de uma infraestrutura com instalações físicas e equipamentos médico hospitalares adequados, e principalmente, de uma gestão que integre tudo isso aos processos desempenhados.

Frente ao cenário descrito, torna-se evidente a importância sobre o assunto qualidade. Logo, o tema a ser discorrido neste estudo é sobre a Gestão da Qualidade

(GQ) na área hospitalar, especificamente em unidades de Pronto Socorro, e diante do tema exposto, essa dissertação se insere no contexto do seguinte problema: **De que forma a Gestão da Qualidade pode contribuir para melhoria do atendimento em um Pronto Socorro?**

## 1.1 OBJETIVOS

Os objetivos se dividem em objetivo geral e quatro objetivos específicos.

### 1.1.1 Objetivo Geral

Para elucidar o problema apresentado, o objetivo geral do estudo será:

Identificar os gargalos e definir oportunidades de melhoria no processo de atendimento de um Pronto Socorro em um Hospital Geral, no município de Curitiba, por meio da adoção de métodos e ferramentas da GQ.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos, por sua vez, foram propostos de forma a garantir o resultado do objetivo geral:

- a) Mapear o Processo de atendimento do PS;
- b) Identificar atividades críticas e gargalos do processo mapeado;
- c) Identificar e descrever ações referentes a qualidade já existentes no PS;
- d) Indicar métodos e ferramentas de GQ que podem ser utilizados para controlar e melhorar o processo de atendimento do PS.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O aumento da expectativa e do grau de exigência dos clientes passou a ser fator determinante para que as organizações hospitalares atentem-se a qualidade do atendimento que prestam (MEZOMO, 2001). Nota-se que a qualidade não é mais um diferencial, e sim um requisito indispensável no momento em que o cliente escolhe um hospital. A GQ esta diretamente ligada a gestão das organizações hospitalares, pois a prática de ambas é orientada no sentido de melhoria (restauração ou melhora das condições de saúde, técnicas resolutivas e procedimentos mais eficazes, entre outros).

Além de ser um fator exigido pelo cliente, o hospital também deve estar comprometido com a qualidade, como meio de contribuir na garantia dos resultados (FELDMAN, 2004). Sendo assim, essa necessidade faz com que as iniciativas de GQ, por parte dos hospitais, seja uma premissa na prestação de seus serviços, e nestas condições, uma organização hospitalar é local propício para aplicação desse trabalho.

Para a sociedade, este estudo é justificado pelo fato de que o serviço hospitalar tem papel proeminente no atendimento à saúde da população, ainda mais, quando tratam-se das unidades de PS, que são destinadas a prestar atendimento imediato a pacientes com risco de vida. No momento que o cidadão procura por esse atendimento, ele deposita ali a confiança de que seu caso seja resolvido, de forma rápida e com resultados efetivos. Essa necessidade exige que, cada vez mais, os hospitais e em especial unidades de PS, adotem ou mantenham iniciativas de GQ, como meio de garantir atendimentos mais rápidos e acima de tudo com resultados positivos.

Em relação a contribuição para as pesquisas da área de Engenharia de Produção, de acordo com a classificação da ABEPRO - Associação Brasileira de Engenharia da Produção - 2008, este trabalho se enquadra nos itens:

- 4. Engenharia da Qualidade:
  - 4.1. Gestão de Sistemas da Qualidade,
  - 4.2. Planejamento e Controle da Qualidade, e
  - 4.5. Confiabilidade de Processos e Produtos.

Também se enquadra no item 6 da mesma classificação

- 6. Engenharia Organizacional:
  - 6.3 - Gestão do Desempenho Organizacional.

Deste modo, como justificativa acadêmica, a pesquisa contribuirá para o aprimoramento dos conhecimentos em GQ aplicados na área hospitalar, especificamente em unidades de PS, que ainda são pouco exploradas. Contribui também pelo fato de que os estudos referentes as práticas de gestão da qualidade relacionadas a processos e serviços, especificamente no atendimento de PS, estão ainda carentes.

E por fim, esta pesquisa justifica-se para empresa pelo fato de que a mesma esta em fase de implantação de um sistema de GQ, e principalmente por reconhecer que estratégias de qualidade aplicadas nos processos e serviços prestados nos PS tendem a melhorar o atendimento para o cliente e os resultados de gestão para empresa.

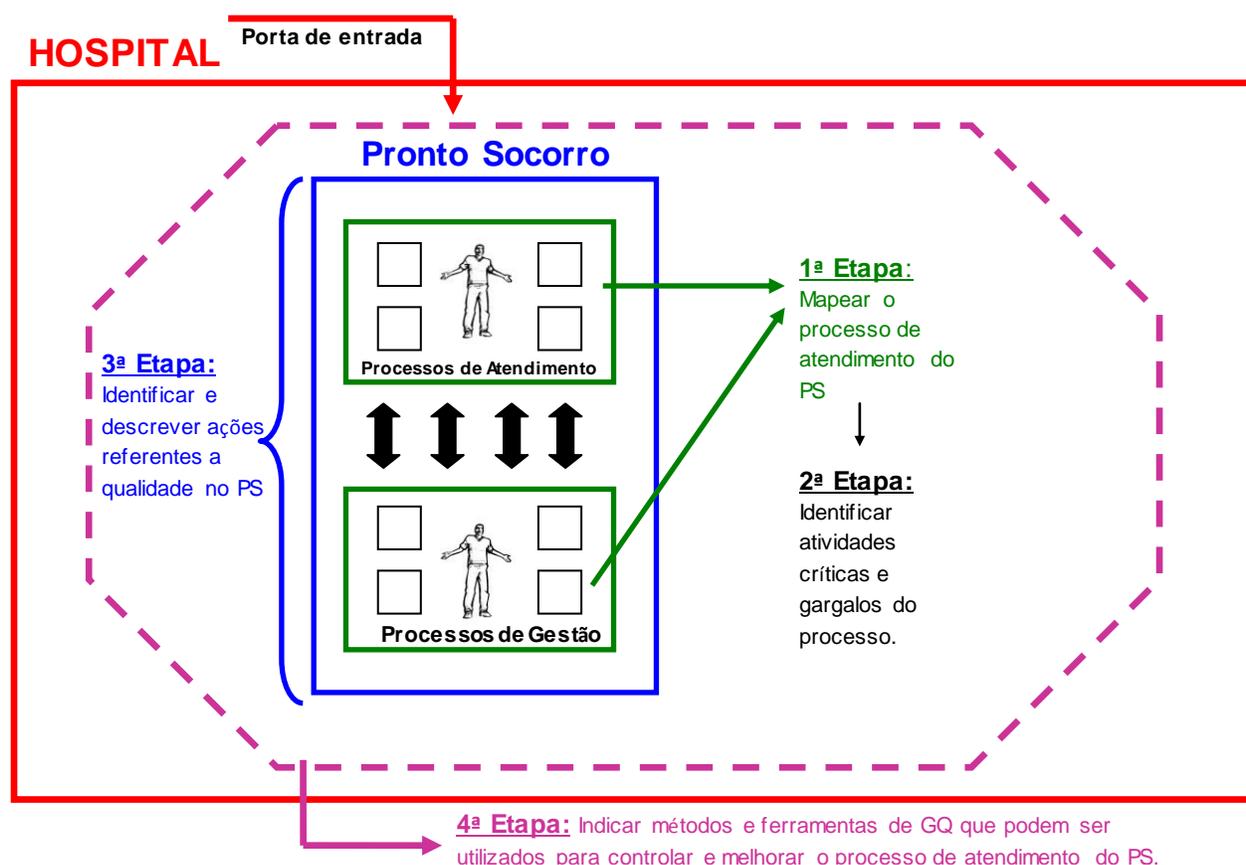
A contribuição para a pesquisadora também é de grande relevância, visto que a mesma atuou diretamente com a questão tratada, espera poder contribuir para melhoria do processo tendo em vista o benefício para sociedade como um todo. De forma complementar, a análise realizada por esse estudo, poderá ser utilizada em qualquer unidade semelhante de outros hospitais de mesmo porte.

### 1.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A seguir, é apresentada a Fundamentação Teórica, que contempla os seguintes assuntos: Gestão Hospitalar, Unidades de Urgência e Emergência, Gestão da Qualidade, Qualidade na área de Saúde, Acreditação Hospitalar, Métodos e Ferramentas da Qualidade, Qualidade sob o ponto de vista do cliente, Gestão de Processos e Processos Hospitalares.

O terceiro capítulo trata dos procedimentos metodológicos utilizados para atingir os objetivos do trabalho, e está representado por um diagrama, conforme Figura1:

FIGURA 1 – DIAGRAMA DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.



FONTE: A Autora, 2012.

O quarto capítulo apresenta os resultados preliminares, que estão distribuídos em quatro etapas, que são elas: mapeamento do processo de atendimento do PS, identificação das atividades críticas e gargalos do processo, identificação das atividades críticas, gargalos, métodos e ferramentas de gestão da qualidade para melhoria e controle do processo de atendimento do PS. Finalmente, o quinto capítulo traz as considerações finais sobre a pesquisa e os possíveis desdobramentos futuros.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 GESTÃO HOSPITALAR

A visão de que os hospitais são empresas que prestam serviços de saúde é relativamente atual. No princípio eles surgiram como locais para hospedar peregrinos, pobres e dar assistência a enfermos (CAMPOS, 1944). São instituições que nasceram baseadas na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo, o que tornou as decisões tipicamente empresariais, uma dificuldade nesse tipo de estrutura (BITTAR, 2004).

As guerras foram uma das principais motivações para adaptação dos hospitais como são vistos atualmente. Elas influenciaram a organização, criação de controles, como fichas dos pacientes, identificação de leitos, segmentação por patologias, entre outros meios de conduzir a assistência ao paciente de maneira segura em ambientes caóticos.

Mesmo que os hospitais tenham passado por mudanças significativas em sua estrutura e que suas características de gestão estejam cada vez mais semelhantes as demais áreas de negócios, algumas diferenças devem ser consideradas para analisar esse ambiente. Pedrosa (2004) lista algumas dessas diferenças:

- Prestação de serviços personalizados e individuais;
- Ausência de previsibilidade de demandas e dependência das necessidades de seus clientes;
- Definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;

- Trabalho diversificado e com pouca padronização, em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção;
- Pouco controle sobre seus trabalhadores e sobre os pacientes;
- Organização não baseada em uma linha única de autoridade. O administrador hospitalar detém menos autoridade e poder em relação a outras organizações;
- Organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. É, porém, uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

Por essas diferenças em relação a uma empresa, a gestão hospitalar deixou de ser caracterizada apenas como administração médica ou religiosa, e passou a ser tratada como gestão empresarial. Principalmente pelo fato de que as organizações hospitalares necessitam de um planejamento, para que atinjam seus objetivos, redirecionem suas ações e continuem sobrevivendo no mercado (PEDROSA, 2004). O mesmo autor ainda afirma que o planejamento é um dos instrumentos da gestão hospitalar, que possibilita agir pró-ativamente e redirecionar as suas ações.

Do ponto de vista administrativo, o hospital pode ser considerado uma das organizações mais complexas. Segundo Drucker (1975), poucos processos industriais são tão complicados quanto o hospitalar. Bittar (1997) confirma essa teoria quando diz que os hospitais são sistemas complexos constituídos de diferentes sistemas. A Organização Panamericana de Saúde – OPAS (2004) aponta que o hospital é um sistema formado por pessoas e entidades, cuja função é a de melhorar as condições de saúde da população. Para isso realiza atendimentos de casos complexos, que exigem procedimentos especializados, tecnologia de ponta e profissionais qualificados.

Além da função citada pela OPAS, Bonato (2003) ainda complementa que um hospital tem as seguintes funções:

- Função restaurativa: compreende o diagnóstico e o tratamento através de procedimentos médicos, cirúrgicos ou especiais, reabilitação física, mental e social e atendimento de urgência;
- Função preventiva: refere-se às atividades de prevenção, como acompanhamento da gravidez e do nascimento, desenvolvimento da criança e do adolescente, controle de doenças contagiosas, prevenção de doenças prolongadas, invalidez, educação sanitária, saúde ocupacional e higiene no trabalho;
- Função educativa: envolve aspectos do ensino médico, vinculado à ideia de hospital de ensino. Representa também a participação em programas de natureza comunitária; e
- Função de pesquisa e integração: refere-se à participação no desenvolvimento de pesquisas para o progresso da sociedade.

Além de suas diversas funções e processos complexos, o hospital deve estar atento as suas responsabilidades éticas e legais, na prestação de contas aos órgãos que normatizam os sistemas de saúde. Embora seja um conceito já antigo, Nogueira (1994), retrata perfeitamente as partes interessadas, que são os órgãos normativos (legislações e normas) usuários (demandam assistência), trabalhadores (buscam sustento e boas condições de trabalho), acionistas (quando hospitais privados), fornecedores, seguradoras e planos de saúde (relação comercial) e finalmente a administração hospitalar, quem tem como objetivo alcançar suas metas.

Por se tratar de um ambiente preparado para atender dos casos mais simples até os mais complexos, os hospitais tem sido alvo da crescente procura por consultas básicas. Isto é, pacientes com casos menos complexos, que poderiam ser atendidos em unidades de saúde, e que não demandam cuidado de profissionais altamente

especializados e tecnologia de ponta, lotam as portas de entrada dos hospitais. Mesmo que as políticas na área de saúde estejam bem fundamentadas, as mesmas não tem sido eficientes a ponto de alterar esse cenário, que descaracteriza as unidades de urgência e emergência hospitalares, que ao invés de dedicar sua força de trabalho no atendimento dos casos agudos, acaba prestando atendimentos de consulta básica.

Essa é uma realidade que tem preocupado os gestores de saúde, principalmente no que diz respeito às unidades de Pronto Socorro. Por essa razão, buscam-se estratégias, com o propósito de organizar e garantir assistência de saúde a todos os níveis de necessidade, desde a atenção primária até os casos urgentes e emergentes.

### 2.1.1 Unidades de Pronto Socorro

Nota-se que as unidades de Pronto Socorro (PS) têm representado um espelho da situação de miséria da sociedade brasileira: baleados, suicidas, violentados, politraumatizados, caracterizam grande parcela dos usuários, vítimas da imprudência e da desinformação, entre outros males (DAL PAI; LAUTERT, 2005). Os principais agentes que caracterizam esse tipo de unidade, apontadas pelo Ministério da Saúde, são a falta de investimentos em estratégias de promoção a qualidade de vida e saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2004). Até mesmo os profissionais de saúde referem que as condições de trabalho são inadequadas, os salários são baixos, há um déficit nos recursos materiais e humanos e grande desvalorização dos profissionais (PINHO e ARAÚJO, 2007).

A falta de leitos qualificados e leitos de retaguarda (comumente chamado de vaga hospitalar) para atender casos urgentes, é outra característica que comprova a

excessiva demanda por esse tipo de atendimento e o quanto o sistema esta defasado. Essa situação gera cenários de pacientes em estado grave, que passam longos períodos internados em macas pelos corredores ou em salas que seriam de atendimento exclusivo às urgências e emergências.

A atenção as unidades de PS ainda é uma questão pouco valorizada pelo poder público. Os investimentos em educação continuada são baixos, o que passa a formar uma barreira técnica assistencial e administrativa, isto é, profissionais menos qualificados atuando em situações que exigem preparo e conhecimento. Os mecanismos de orientação e encaminhamento de pacientes ainda não estão alinhados, o que faz o paciente ser atendido em determinado hospital e logo após não tem um local para dar continuidade no seu tratamento. Além disso, ações de controle e avaliação, que poderiam garantir mais qualidade no funcionamento das unidades, são insuficientes e em alguns casos, inexistentes.

Observando toda essa dificuldade e na tentativa de implantar melhorias na Política Nacional de Atenção as Urgências, em 2002 o Ministério da Saúde promulga a Portaria 2.048/02, que estabelece princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, tais como a formulação de normas e critérios do funcionamento das unidades, classificação e cadastramento de serviços, regulação médica de urgências e emergências, planos de atendimento pré-hospitalar, hospitalar, pré-hospitalar móvel, núcleos de educação em urgências e o estabelecimento de grades regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, que devem referenciar, de forma adequada, os atendimentos para a rede hospitalar disponível.

Os hospitais que prestam atendimento de urgência e emergência são classificados de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada de fevereiro de 2002 (RDC 50), que dispõe sobre o regulamento técnico para Planejamento, Programação, Elaboração de Projetos Físicos de estabelecimentos de assistência a saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A classificação pode ser vista

conforme o Quadro 1:

QUADRO 1 – UNIDADES HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

<b>Unidades Gerais</b>	Tipo 1	Localizadas em hospitais gerais de pequeno porte que atendem primeiro nível de assistência da média complexidade.
	Tipo 2	Localizadas em hospitais gerais de médio porte que prestam atendimento para o segundo nível de assistência da média complexidade, deve ter centro cirúrgico e obstétrico.
<b>Unidades de Referência</b>	Tipo 1	Instaladas em hospitais especializados com atendimento cirúrgico e clínico em pediatria, traumato-ortopedia ou cardiologia.
	Tipo 2	Pertencem a hospitais gerais e atendem urgências e emergências
	Tipo 3	Fazem parte de hospitais gerais com atendimento clínico, cirúrgico e traumatológico, devendo ainda, promover capacitação, aprimoramento e atualização da sua equipe.

FONTE: RDC N. 50 DE 2002, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Atendimento de urgência e emergência são situações que exigem atendimento imediato em uma estrutura física que favoreça a visão de quem está aguardando, consultório de enfermagem com materiais e medicamentos específicos, consultório médico, serviço social, consultório para administração de medicamentos e consultórios de especialidade (BRASIL, 2008). De maneira simplificada, o processo de atendimento em um PS consiste no: acolhimento, triagem, espera, diagnóstico e tratamento (BITTENCOURT e HORTALE, 2009).

Conforme RDC 50, um PS deve contar com uma equipe profissional constituída por um responsável técnico (geralmente um médico), que terá como atribuição manter e atualizar as rotinas e protocolos de atendimento, além de médicos e enfermeiros (com no mínimo um enfermeiro coordenador, técnicos e auxiliares de enfermagem) suficientes para realizar atendimento durante 24 horas.

Referente às rotinas e protocolos, as mesmas devem abordar temas referentes a avaliação da saúde do paciente e condutas que deverão ser tomadas, como indicação de cirurgias, suporte nutricional, controle de infecção hospitalar, ficha de descrição da conduta e acompanhamento. Além disso, cada paciente deverá ter um prontuário com informações sobre o seu estado de saúde e evolução do quadro clínico, escritos de forma clara com a data e assinatura do responsável. Além da rotina realizada junto ao paciente, é necessária a elaboração de rotinas de manutenção preventiva de materiais e equipamentos, além da revisão dos medicamentos utilizados em atendimentos de emergência (BRASIL, 2008).

Em relação à área física, o PS deve atender a critérios definidos pela RDC 50 e também a Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente. A unidade deve estar estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial (SABADINNI e GONÇALVES, 2008). Segundo Lima e Erdman (2006) esse tipo de unidade deve ter uma planta física interna adequada, com um amplo espaço, de fácil acesso, com salas individuais, materiais e equipamentos adequados. As principais áreas que compõe a unidade são:

- Triage: responsável por hierarquizar os atendimentos de acordo com a necessidade de cada caso;
- Especialidades: compreende as especialidades médicas de cirurgia, pediatria, traumatologia e clínica médica;
- Serviços auxiliares: laboratório, radiologia e serviço social;

Ter espaço físico adequado ajuda. No entanto, apenas aumentar os espaços não reduz o congestionamento se os processos dentro da unidade e no hospital também não são melhoradas (HWANG, RICHARDSON E SONUYI, 2006).

Além de uma estrutura física adequada, o PS deve manter disponível alguns materiais e equipamentos básicos (médico-hospitalares e de infraestrutura) e necessários para garantir um atendimento rápido e eficaz. Segundo a RDC 50, os materiais e equipamentos que devem estar disponíveis vão de acordo com a demanda e o perfil da unidade. Oliveira (2005) afirma que deve ser realizada uma avaliação adequada e periódica dos materiais disponíveis, como:

- Verificação do estado de conservação e manutenção preventiva de materiais e equipamentos;
- Quantidade e qualidade adequadas;
- Existência e condições de uso dos equipamentos para urgências cardiorrespiratórias;
- Instalação de ar comprimido e vácuo, e a existência de filtro e troca periódica.

Alguns dos materiais e equipamentos necessários para realizar atendimentos urgentes e emergentes são: monitores cardíacos, cardioversores, eletrocardiógrafos, cilindros e redes de oxigênio, oxímetro, aspirador, bomba de infusão, ventilador mecânico, materiais de sondagem nasogástrica ou vesical, material de acesso venoso, entre outros de igual importância.

Devido a importância da disponibilidade dos materiais e equipamentos, os mesmos são armazenados em carros de emergência, que são armários móveis, lacrados, com itens padronizados e controlados. Seu principal objetivo é garantir que os itens necessários em atendimentos de urgência, estejam disponíveis e em tempo adequado. A organização e a revisão periódica desses móveis são cruciais para que o desempenho do atendimento seja positivo. Segundo Guimarães (2003) o seu conteúdo é dividido em níveis de prioridade:

- Nível I: itens essenciais, que devem estar disponíveis imediatamente;
- Nível II: itens altamente recomendados, que devem estar disponíveis em no máximo 15 minutos;
- Nível III: itens recomendados, mas opcionais.

As finalidades destes itens são: avaliação e diagnóstico, medicamentos, controle das vias aéreas, acesso vascular e controle circulatório. A padronização dos carros de emergência objetiva homogeneizar o conteúdo e quantidade de material dos carrinhos nas diferentes unidades, retirando o desnecessário e acrescentando o indispensável, de forma a agilizar o atendimento de emergência e reduzir o desperdício (GUIMARÃES, 2003).

O volume de atendimento, a complexidade e a dinâmica de todo o processo que ocorre dentro de uma unidade que atende pacientes com risco de agravo a saúde ou risco de morte, exige uma equipe competente e capaz de tomar decisões rapidamente, com base em questões éticas, técnicas e científicas. Uma vez que o tempo é fator determinante para efetividade dos resultados, o processo de atendimento deve ser diferenciado. Além de eficiente, o mesmo deve ser humanizado e para isso, uma das medidas tomadas é iniciar o atendimento com a classificação da gravidade de cada paciente, de forma a atender imediatamente aos que tem risco de morte e postergar em alguns minutos aqueles em que os agravos não comprometem a vida.

### 2.1.2 Acolhimento e classificação de risco

Em um PS, vários pacientes com diversos problemas de saúde podem apresentar-se simultaneamente, alguns com risco de vida, outros não. (SMELTZER e BARE 2005). Em um ambiente como esse, é grande a possibilidade de haver conflitos no atendimento. A necessidade de eliminar esse obstáculo é uma busca constante da

Política Nacional de Urgência e do SUS, que além da agilidade do atendimento, busca a qualidade e a humanização do mesmo, afim de não tratar o paciente como um objeto.

Devido a grande demanda pela procura dos serviços de urgência emergência, a insatisfação do cliente pela demora do atendimento, é uma constante nessas unidades. Bittencourt e Hortale (2009) afirmam que não é possível oferecer qualidade e quantidade se não adequar o ambiente, o serviço e a capacitação dos profissionais, como um conjunto de medidas para evitar superlotações e insatisfações. Para haver qualidade no acolhimento aos pacientes dessa unidade, é necessário haver classificação de risco, isto é, uma triagem dos pacientes de acordo com os sinais e sintomas apresentados, priorizando os mais graves como traumas, hemorragias, acidentes, hipertensão arterial, diabetes mielites, idosos e crianças (ULBRICH et al., 2010).

Conforme define a Portaria 2.048/02, o acolhimento com classificação de risco no PS é uma necessidade para ordenar o atendimento, garantindo a atenção qualificada e resolutive. O acolhimento com classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004). O acolhimento é uma possibilidade de universalizar as portas das unidades de saúde, garantindo qualidade, tendo como recurso importante o saber olhar e escutar na busca de novos horizontes para os paradigmas dos modelos assistenciais (NERY et al., 2009). A mesma Portaria afirma que a classificação de risco deve ser feita por profissional da saúde, com nível superior, mediante treinamento e protocolos pré-estabelecidos, com objetivo de ordenar e priorizar o atendimento.

Como o aumento da demanda dos serviços de urgência e emergência não é uma exclusividade do cenário nacional, outros países já desenvolveram protocolos para classificação de risco. Com base nas informações disponíveis no site do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco – GBACR, o primeiro protocolo

desenvolvido foi na Austrália em 1993, conhecido como *Australian Triage Scale – ATS*. Em 1999, com base no *ATS*, o Canadá também desenvolveu seu protocolo, o *Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*. Nos EUA, no final da década de 90, foi implantado o *Emergency Severity Index – ESI*. Em 1994, criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, desenvolveu-se o Protocolo de Manchester – *MTS*.

Um dos motivadores para adoção de um protocolo de classificação de risco no Brasil, foi a criação do HumanizaSUS, dentro do Programa Nacional de Humanização (PNH) que, entre suas diretrizes e dispositivos, definiu uma estratégia de modificação do processo de trabalho, que deverá utilizar ferramentas de acolhimento e de avaliação com classificação de risco (BRASIL, 2008).

Dessa forma, em 2007, na cidade Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, realizou-se o primeiro curso sobre o *MTS*, ministrado pelo Grupo Português de Triagem, para implantação do protocolo no ano seguinte (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Desde então o *MTS* é o protocolo mais difundido internacionalmente e vem sendo adotado também em muitos hospitais no Brasil. Cronin (2003) aponta os seguintes pontos positivos em relação ao *MTS*: reconhecimento internacional, sucesso na utilização em diferentes sistemas de saúde, possibilidade de realização de auditorias, fluxogramas lógicos para tomada de decisão e manejo adequado dos pacientes em risco.

O *MTS* é dividido em cinco categorias de gravidade (Quadro 2), onde para cada uma existe um número, cor, nome e tempo alvo para o atendimento médico. Cada nível de prioridade é definido por sinais e sintomas, que são chamados de discriminadores, que são organizados em forma de fluxogramas e servem para guiar a classificação (MACKWAY-JONES et al., 2006).

QUADRO 2 – ESCALA UTILIZADA PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER.

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo (min.)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

FONTE: GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002.

Oferecer atendimento com qualidade a todos os clientes que procuram pelo serviço de saúde, requer estratégias, e a adoção de um protocolo de acolhimento e classificação de risco, demonstra um passo importante para melhorar, a realidade caótica das unidades de PS.

## 2.2 GESTÃO DA QUALIDADE - GQ

A Qualidade e a Gestão da Qualidade (GQ) possuem diversos conceitos e pontos de vista, desenvolvidos ao longo do tempo por muitos autores e pensadores. Os conceitos aqui tratados não são únicos e nem se esgotam nesse trabalho, são antes de tudo referências para tratar o tema em questão. De qualquer forma, definir o que é qualidade é essencial, pelo fato de que sua compreensão influencia o estabelecimento da cultura da qualidade na instituição, a qual representa um dos principais esforços da GQ.

A qualidade já podia ser percebida durante o feudalismo, segundo Longo (1996), no processo de troca de mercadorias havia a preocupação com a qualidade do produto que estava sendo trocado. O mesmo autor traça uma linha histórica dos

acontecimentos que influenciaram a forma de pensar sobre a qualidade, como pode ser visto no Quadro 3:

QUADRO 3 – LINHA HISTÓRICA DA QUALIDADE.

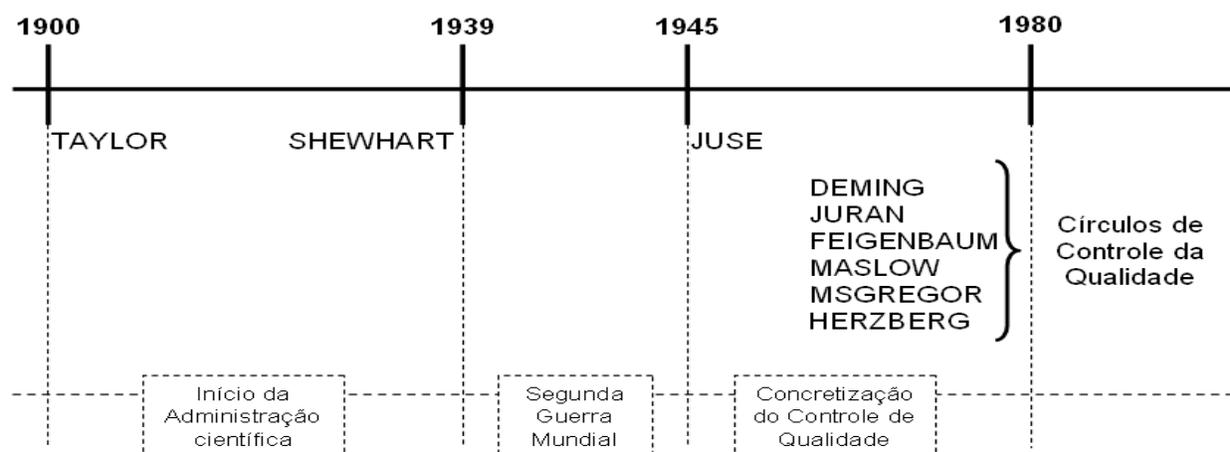
<b>Período</b>	<b>Forma de pensamento</b>	<b>Conceito</b>
<b>Feudalismo</b>	Volta-se apenas para encontrar os produtos defeituosos que possuíam menor poder de troca	<b>Inspeção</b>
<b>Década 30 e 40</b>	Introdução de técnicas de amostragem. Elaboração de sistemas de qualidade.	<b>Controle estatístico</b>
<b>Década 50 e 60</b>	Nova filosofia gerencial. Qualidade deixa de ser um problema do produto e passa a ser da empresa.	<b>Qualidade Total</b>
<b>Década 70</b>	Variáveis informacionais e políticas socioculturais influenciam e determinam mudanças no estilo de gerenciar.	<b>Sistemas Informacionais</b>
<b>Década 80</b>	Interesse dos impactos estratégicos da qualidade nos consumidores e no mercado.	<b>Planejamento Estratégico</b>
<b>Década 90 até hoje</b>	Competitividade acirrada entre as organizações. A qualidade é o diferencial estratégico necessário a sobrevivência	<b>Globalização</b>

FONTE: LONGO (1996).

O último período citado comenta que a qualidade é um diferencial estratégico, mas atualmente já não é encarada dessa forma, pois passou a ser uma premissa, tanto do ponto de vista dos clientes, quanto das empresas, que reconhecem tal exigência do cliente. Atualmente a excelência em qualidade é o que se busca em serviços e produtos.

Outra maneira de perceber a evolução da qualidade é observando sua trajetória como sistema administrativo. Na Figura 2 pode-se observar essa trajetória:

FIGURA 2 – LINHA HISTÓRICA DA QUALIDADE.



FONTE: SELEME e STADLER (2008).

Nota-se que a qualidade vem se modificando ao longo dos tempos, e pode ser percebida sob diversos aspectos e perspectivas. Seus conceitos também foram sendo alterados e adaptados de acordo com o sistema que se insere. O Quadro 4 demonstra essas adaptações sob as diferentes perspectivas e autores da área.

QUADRO 4 – PERSPECTIVAS, DEFINIÇÕES E AUTORES DA QUALIDADE.

Perspectiva	Definição	Autor
Qualidade baseada no VALOR	O produto possui maior relação custo-benefício, ou seja, qualidade consiste em desenvolver mercadorias mais econômicas, úteis e satisfatórias.	ISHIKAWA, 1986
Qualidade na visão GERENCIAL	É a composição total das características de marketing, engenharia, fabricação e manutenção de um produto ou serviço, através dos quais o mesmo, em uso, atenderá às expectativas do cliente.	FEINGENBAU M, 1994
Qualidade baseada no	O produto possui algo que lhe acrescenta valor, que os produtos similares não possuem.	JURAN, 1995 (continua)

PRODUTO		
Qualidade baseada na	A qualidade só pode ser definida em termos de quem avalia.	DEMING, 1990
MANUFATURA	É a conformidade às especificações, aos requisitos, não há nenhum defeito.	GOLDRATT, 1991
	É a conformidade às especificações.	CROSBY, 1992
	É a adequação ao uso.	JURAN, 1995

FONTE: ADAPTADO DE OLIVEIRA (2006).

Devido a variedade de conceitos e perspectivas, ainda existem conflitos no momento de entender o que a qualidade realmente representa. Juran (1995), afirma que ao se utilizar o conceito, nem sempre se consegue transmitir ao interlocutor a ideia de forma clara e com o significado que se deseja. Essa dificuldade existe pelo fato de que a Qualidade depende fundamentalmente da percepção de cada indivíduo (OAKLAN, 1994). Paladini (2007) afirma que diante das múltiplas perspectivas, o conceito correto de Qualidade envolve dois aspectos: a multiplicidade de itens e o processo evolutivo, daí as mais diversas perspectivas pelas quais o termo pode ser entendido.

Visto que o Quadro 4 não aborda o conceito de qualidade baseada em SERVIÇOS, é importante reunir algumas definições, pois esta pesquisa esta baseada na prestação de serviços de saúde em organizações hospitalares. Antes de entender o que é a qualidade baseada em serviços, é necessário compreender o conceito de serviço. Parasuraman et al. (1985) afirmam que intangibilidade e a heterogeneidade são características importantes dos serviços. Gianesi e Corrêa (1994) e Bachmann (2002), afirmam que intangibilidade e simultaneidade são as principais características das operações em serviços. E para Kotler (2000) serviço é qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra, essencialmente intangível. O

serviço não resulta na propriedade de nada e sua produção pode estar, ou não, vinculada a um produto físico. Isto é, pode-se concluir que serviço é algo intangível, que tem por finalidade atender as necessidades do cliente.

Levando em consideração que serviço é algo intangível, mensurar sua qualidade torna-se mais difícil. Para Vasconcellos (2002), a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Parasuraman et al. (1985) consideram que a qualidade percebida do serviço resulta da comparação das percepções com as expectativas do cliente. Considerando que qualidade é adequação ao uso, a qualidade em serviço desdobra-se com a capacidade que o mesmo tem de corresponder a necessidade do cliente. Portanto, um serviço com qualidade é aquele que atingiu as expectativas do cliente. Dessa forma, conhecer suas expectativas é objetivo central para mensurar a qualidade do serviço prestado.

Á partir de agora, é necessário compreender qual a abrangência da Qualidade na área da saúde.

### 2.2.1 Qualidade na área de saúde

As discussões sobre qualidade na área da saúde surgiram muito tempo depois das discussões na área industrial, e sempre foram questionadas se os mesmos conceitos poderiam ser aplicados também na área da saúde. Apesar das diferenças com a indústria, unidades que prestam serviços de saúde podem ser de alguma forma, comparadas e equiparadas com as empresas, pois passam pelas mesmas situações administrativas e financeiras, como em qualquer outro ramo de atuação.

Uma definição que auxilia no entendimento de qualidade na saúde, foi

proposta pela OMS - Organização Mundial da Saúde, em 1993, que define a qualidade como forma de prestar cuidados acessíveis e equitativos, com nível profissional ótimo, que tenha recursos disponíveis e atinja a satisfação do cliente.

Berwick (1995) afirma que existem lições fundamentais sobre a qualidade em saúde, são elas:

- As ferramentas de melhoria da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde;
- As equipes multifuncionais são valiosas na melhoria dos processos do serviço de saúde;
- Dados úteis para melhoria da qualidade abundam nos serviços de saúde;
- Custos com a má qualidade são elevados e economias estão ao alcance;
- Envolver os médicos é difícil;
- Necessidades de treinamento surgem logo;
- Os processos não-clínicos (nesse caso seriam os processos administrativos) chamam a atenção inicial;
- Organizações de saúde podem necessitar de uma definição mais ampla de qualidade;
- Nos serviços de saúde, como na indústria, o destino da melhoria da qualidade está, acima de tudo, nas mãos dos líderes.

Um dos estudiosos que iniciou as discussões, e as tornou conhecidas, sobre a qualidade na área de saúde foi o médico pediatra Avedis Donabedian, que defende um modelo de qualidade baseado na teoria dos sistemas, com indicadores de estrutura, processos e resultados, adaptados ao atendimento hospitalar. Donabedian (1990) aponta que as estruturas se referem aos recursos que estão à disposição para oferecer o serviço (área física, instalações, recursos humanos, entre outros). Os processos significam o próprio atendimento (medicamentos, procedimentos,

diagnósticos). E os resultados são as consequências decorrentes do atendimento, como o alívio a dor, prolongamento da vida, ou qualquer outro resultado para o paciente.

Donabedian (1990) também aponta que os atributos mais importantes da qualidade em saúde são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Além disso, o mesmo autor afirma que a qualidade em saúde exige um modelo que possa suprir as dificuldades da relação entre a utilização de recursos, a complexidade dos processos e dos profissionais de saúde e a administração. Para que essa relação seja facilitada, Donabedian (1993) sugere um modelo estratégico que atenda os seguintes aspectos:

- Uma estratégia que combine eficiência clínica, onde os serviços são programados e controlados utilizando-se uma quantidade prevista de recursos, com eficiência produtiva, garantindo sua melhor utilização em todos os processos envolvidos na atenção. Isto é, organizar a ocupação dos serviços de diagnóstico, adequada utilização de materiais, medicamentos, equipamentos e recursos humanos, as ferramentas de melhoria da qualidade podem funcionar nos serviços;
- Uma estratégia que inclua os custos e benefícios, tanto para organização de saúde quanto para o paciente;
- Planejamento de um sistema de monitoração interna e externa da atenção em saúde, através da definição de critérios e padrões que permitam a organização de saúde prevenir, identificar e corrigir os seus erros. Ainda, pode atuar adequadamente na política pública, na definição de programas de saúde e na prática administrativa;

Existem fatores (econômicos e de gestão) que influenciam a adoção da gestão da qualidade em hospitais, tratam-se dos interesses de diferentes segmentos profissionais (saúde e administrativo). Donabedian (1993), afirma que uma resposta

para essas incertezas, é a combinação de métodos que se encaixem em cada situação. A busca pela qualidade é um processo dinâmico, que requer ações amplas e ininterruptas. A OMS, afirma que para haver qualidade na assistência a saúde, é preciso envolver um conjunto de elementos, que são o alto grau de competência profissional, eficiência, mínimo de riscos e alto grau de satisfação dos pacientes (OMS, 1993 apud D'INNOZENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Neste contexto, resultados positivos exigem envolvimento da instituição e dos profissionais. Paladini (2007) aponta que é necessário, antes de tudo, mostrar a todos os envolvidos que vale a pena buscar a qualidade do serviço.

Com base nos conceitos e citações apresentados, nota-se que para haver qualidade em saúde é necessário envolver diversos aspectos, entre eles: clientes, profissionais, custos, processos, suprimentos (materiais e equipamentos), resultados, planejamento e controle. Tratando-se da questão dos profissionais, especificamente no que diz respeito à adesão e participação de todos, a GQ deverá ser uma iniciativa estimulada e apoiada pela alta direção.

O primeiro passo consiste na definição de uma política da qualidade, que segundo Oliveira (2009), constitui-se de em um documento que explicita de forma concisa o compromisso da Direção com a qualidade, servindo como um guia para as ações gerenciais, técnicas e operacionais. Paladini (2007) ainda reforça a ideia afirmando que não é possível estruturar o processo de gestão da qualidade sem haver uma política bem definida, conhecida e bem entendida. Oliveira (2009) ainda comenta que com a política definida, há possibilidade de divulgá-la para os clientes externos, reforçando o comprometimento da mesma para com a qualidade.

Referente aos custos é necessário reconhecer que a qualidade requer investimentos, e por essa razão, muitas organizações deixam de fazê-la. Em relação a este tema, Rodrigues (2004) analisa que os custos podem aumentar, entretanto, desperdícios e ineficiência nos serviços aumentam igualmente os custos sem, no

entanto, acrescentar qualidade. Dessa forma, os investimentos em qualidade poderão ser percebidos em longo prazo, no momento em que os mesmos desperdícios e ineficiências não existam mais, devido as suas correções.

Tratando de processos, deles fazem parte os profissionais, suprimentos e resultados. Além do cliente, como já foi citado. Para que um processo de saúde possa acontecer de forma otimizada é necessário que o profissional envolvido tenha recursos para executar o seu trabalho, e principalmente, que ele saiba perfeitamente como fazê-lo. O profissional é o ponto chave de um processo, sendo assim, treinamentos e capacitações devem ser práticas constantes. Alguns autores, como Kurcgant (2005) e Oliveira (2009) destacam que para o bom desempenho da GQ o treinamento é imprescindível, especialmente para gerência e área operacional. Um profissional bem capacitado, além de realizar suas atividades de forma correta, auxilia na redução dos custos e desperdícios, e coopera para satisfação do cliente.

Finalmente, o aspecto resultado, esta intimamente ligado ao aspecto de planejamento e controle. O planejamento é fundamental para eliminar ações baseadas no subjetivismo ou na intuição. Além do planejamento, o controle também se faz necessário, e acontece geralmente por meio de avaliações e auditorias. Para Rodrigues (2004) a avaliação interna proporciona aos profissionais uma oportunidade para identificar melhorias e aperfeiçoar seu trabalho. Aferir os resultados daquilo que foi planejado é a única forma de saber se o caminho escolhido para qualidade é realmente o correto. Mañas (2009) sugere que deve ser criado um ambiente voltado à qualidade, com o apoio da gestão, fornecimento de informação e educação sobre os conceitos da qualidade a todos os níveis de trabalho.

A GQ é um trabalho contínuo e crescente que, aplicado no dia a dia, permite a organização um alto nível de eficiência. Além disso, requer mudanças comportamentais e ações integradas por parte de todos os envolvidos. Essa mudança é um processo de construção baseada na objetividade do que se quer alcançar e

principalmente na persistência pela qualidade e pela melhoria contínua.

### 2.2.2 Acreditação Hospitalar

Diante de um mercado competitivo, os hospitais devem procurar melhorar cada vez mais sua posição diante dos seus clientes. Aqueles que ainda não percebem a qualidade como um objetivo a ser atingido, estão em desvantagem daqueles que já a possuem implantada, ou que estão em busca da sua melhoria contínua.

Sob a perspectiva dos serviços de saúde, a qualidade tem aspectos particulares, que contam com diversos critérios utilizados para estabelecer padrões mínimos de qualidade nos processos assistenciais e de gestão. Isto é, além de garantir uma assistência com qualidade, deve também assumir um papel estratégico para melhorar a competitividade da instituição.

No Brasil, a partir da década de 90, começam a surgir iniciativas voltadas para melhoria da qualidade de gestão, assistência e atenção à saúde. Em 1995 é criado no Ministério da Saúde o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade nos Serviços de Saúde, onde são iniciadas as discussões para criação de um programa de qualidade e <sup>1</sup>acreditação de abrangência nacional (RODRIGUES, 2004). Neste mesmo período, nos Estados do Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, surgiram entidades de pesquisa e implementação de medidas sobre o

---

<sup>1</sup> A palavra acreditação inexistente na língua portuguesa. São encontrados os termos *acreditado* (particípio de acreditar; que tem crédito; que merece ou inspira confiança; autorizado ou reconhecido por uma potência junto a outra) e *acreditar* (dar crédito a; crer; ter como verdadeiro; dar ou estabelecer crédito a; afiançar; conceder reputação a; tornar digno de crédito; confiança; abonar; conferir poderes a alguém para representar uma nação perante um país estrangeiro). (FERREIRA, 1999). A acreditação hospitalar pode ser comparada com um sistema de certificação de qualidade, como por exemplo, a ISO.

processo de acreditação. Em 1997, contando com a parceria e experiência desses grupos, o Ministério da Saúde propôs a criação do Manual Brasileiro de Acreditação (MBA), que teve como parâmetro o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe, editado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (RODRIGUES, 2004). Em 1999, como projeto piloto, a primeira versão do manual foi aplicada em 17 hospitais, de diferentes portes e espalhados em várias regiões do país, logo, a versão foi aprovada (KLUCK e PROMPT, 2004).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde notou a necessidade da criação de uma organização não governamental, cuja responsabilidade seria de implantar no país uma metodologia única, com objetivo de iniciar um programa de Acreditação Hospitalar. Foi criada então a ONA - Organização Nacional de Acreditação, caracterizada como pessoa jurídica, de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo. De acordo com a ONA – Organização Nacional de Acreditação (2010) define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado.

Em 2001, a primeira organização prestadora de serviços hospitalares foi acreditada, e no mesmo ano a ONA foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, pela Portaria 539, como instituição competente e autorizada para operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

Conforme o Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, a acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010). A aderência ao processo de acreditação, revela que a instituição prestadora de serviços de saúde, esta comprometida com a segurança, ética e qualidade do atendimento que presta. O processo evidencia para os clientes internos e externos, que a instituição alcançou um padrão de gestão e assistência reconhecido e respeitado. Além disso, permite

avaliações frequentes e se mostra como uma importante ferramenta de gestão, que tem como base requisitos, critérios e padrões conformes com a qualidade, capazes de identificar, medir, entender e promover ações de melhoria contínua.

O MBA é a base referencial utilizada no processo de implementação da acreditação nas instituições de saúde. O mesmo está distribuído dentro de três níveis, que abordam três conceitos: estrutura, processos e resultados. De acordo com o MBA (2010), cada nível busca fundamentos reconhecidos internacionalmente e que podem se traduzir em melhores práticas e resultados. São eles:

- Visão sistêmica;
- Liderança e estratégias;
- Orientação por processos;
- Desenvolvimento das pessoas;
- Foco no cliente;
- Foco na prevenção;
- Foco na segurança;
- Responsabilidade socioambiental;
- Cultura da inovação;
- Melhoria contínua;
- Orientação para resultados.

Para cada nível, existe um princípio e requisitos padrões, que devem ser atendidos plenamente dentro das seções e subseções. O Quadro 5 apresenta os princípios e padrões de cada nível:

QUADRO 5 – PRINCÍPIOS E PADRÕES PARA CADA NÍVEL.

Nível	Princípio	Padrão
<b><u>Nível 1</u></b> <b>Acreditado</b>	Segurança do Paciente	Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura; executa as atividades proporcionando a segurança do paciente, conforme o perfil e porte da organização.
<b><u>Nível 2</u></b> <b>Acreditado Pleno</b>	Gestão Integrada	Gerência as interações entre os fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhora e aprendizado.
<b><u>Nível 3</u></b> <b>Acreditado com Excelência</b>	Excelência em Gestão	Desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável; evidências de melhorias e inovações, decorrentes do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência.

FONTE: Adaptado do MBA, 2010.

Para cada nível de acreditação escolhido, a avaliação é feita de maneira lógica, composta de seções e subseções, que são agrupadas de acordo com características semelhantes. As seções agrupam serviços com características semelhantes e as subseções tratam do escopo de cada serviço ou processo. No

Quadro 6 estão listadas as seções e subseções do manual.

QUADRO 6 – SEÇÕES E SUBSEÇÕES DO MBA.

Seção	Subseções
<b>Gestão e Liderança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liderança;</li> <li>- Gestão de Pessoas;</li> <li>- Gestão Administrativa;</li> <li>- Gestão de Suprimentos;</li> <li>- Gestão da Qualidade.</li> </ul>
<b>Atenção ao Paciente/Cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento;</li> <li>- Internação;</li> <li>- Atendimento Ambulatorial;</li> <li>- Atendimento em Emergência;</li> <li>- Atendimento Cirúrgico;</li> <li>- Atendimento Obstétrico;</li> <li>- Atendimento Neonatal;</li> <li>- Tratamento intensivo;</li> <li>- Mobilização de Doadores;</li> <li>- Triagem de Doadores e Coleta;</li> <li>- Assistência Hemoterápica;</li> <li>- Terapia Dialítica;</li> <li>- Medicina Nuclear;</li> <li>- Radioterapia;</li> <li>- Terapia Antineoplásica;</li> <li>- Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica;</li> <li>- Métodos Endoscópicos e Videoscópicos;</li> <li>- Assistência Farmacêutica;</li> </ul>

(continua)

	- Assistência Nutricional.
<b>Diagnóstico</b>	- Processos Pré-Analíticos; - Processos Analíticos; - Processos Pós-Analíticos; - Métodos Diagnósticos; - Diagnóstico por imagem.
<b>Apoio Técnico</b>	- Sistema de Informação do Cliente/Paciente; - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar; - Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos; - Processamento e Liberação.
<b>Abastecimento e Apoio Logístico</b>	- Processamento de Roupas; - Processamento de Materiais e Esterelização; - Armazenamento e Transporte; - Higienização; - Gestão da Segurança.
<b>Infraestrutura</b>	- Gestão da Estrutura Físico-Funcional.

FONTE: Adaptado do MBA, 2010.

Para que um hospital possa receber um certificado de acreditação, o mesmo deve atender plenamente os padrões estabelecidos de acordo com o nível desejado. O processo é realizado por Instituições Acreditoras – IAC, credenciadas pela ONA. Elas são responsáveis por verificar a conformidade dos requisitos estabelecidos pelo manual.

Segundo Rooney e Osterber (1999), os principais objetivos da acreditação são:

- Melhorar a qualidade dos cuidados da saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações de saúde;
- Estimular e melhorar a integração e o gerenciamento dos serviços de saúde;
- Estabelecer um banco de dados comparativos de instituições de saúde destinadas a atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;
- Reduzir os custos dos cuidados da saúde enfocando ou aumentando a eficiência e efetividade dos serviços;
- Oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gerentes e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria de qualidade e “melhores práticas” na área da saúde;
- Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados à saúde;
- Reduzir os riscos associados a lesões e infecções em pacientes e membros do quadro de pessoal.

A adoção por uma acreditação ou por qualquer outro programa e sistema de qualidade, é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético. Devido a nobre missão de um hospital, o mesmo deve estar preocupado com a melhoria continua de tal forma que consiga integrar a área médica, administrativa, econômica e tecnológica. Dessa forma, o processo de Acreditação Hospitalar vem para auxiliar a promoção efetiva da melhoria do desempenho, da qualidade e principalmente da responsabilidade perante seus pacientes e clientes.

Como apoio ao processo de acreditação, encontram-se disponíveis para sua facilitação, o uso de métodos e ferramentas da qualidade, que serão abordados no próximo capítulo, a fim de definir seus conceitos e aplicações.

### 2.2.3 Sistemas, métodos e ferramentas da qualidade

Uma das maneiras existentes para gerenciar a qualidade dentro de uma empresa, é por meio da adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Conforme PALADINI (2007), sistemas são entidades físicas ou conceituais constituídas por elementos independentes que se interagem, a fim de atingir um objetivo específico. Visto que a qualidade pode ser considerada uma função sistêmica, pois influencia em toda organização, a mesma necessita de um sistema para ser bem gerenciada.

MARANHÃO (1994) define que um SGQ é um conjunto de recursos e regras, implementado de forma adequada e funcionando com objetivo de orientar cada parte da empresa, para executar suas tarefas corretamente, em tempo e de acordo com o objetivo comum.

Um SGQ é a combinação da estrutura operacional de trabalho, documentada em procedimentos, para o direcionamento de ações coordenadas da mão de obra, máquinas e informações, de acordo com os melhores e mais práticos meios de assegurar a satisfação quanto a qualidade (Feigenbaum, 1994). Visto que um SGQ abrange toda empresa e exige que as atividades funcionem de maneira sistêmica, a adoção de métodos e ferramentas para auxiliar na gestão é fundamental.

Para compreender métodos e ferramentas da qualidade, é necessário antes saber da diferença entre os dois, pois é muito comum haver uma confusão sobre as suas utilizações. A palavra Método tem origem grega, e é composta pela palavra *meta*, que significa “além de”, e pela palavra *hodos*, que significa “caminho”. Dessa forma, método significa o “caminho para se chegar a um ponto além do caminho” (CAMPOS, 1992).

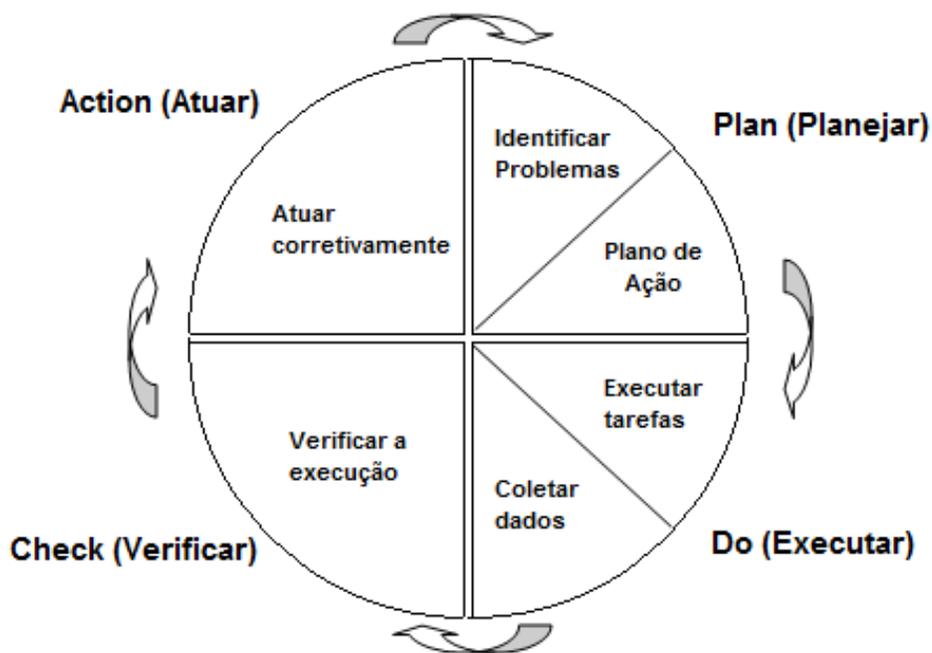
Segundo Seleme e Stadler (2008) método é uma sequência lógica empregada para atingir o objetivo, enquanto ferramenta é o recurso utilizado no método. O ideal para garantia da qualidade é integrar o método as ferramentas.

Campos (1992), alerta que de nada adianta conhecer as ferramentas da qualidade, se o método não é dominado.

Um dos métodos mais conhecidos e utilizados para solução de problemas e melhoria contínua é o ciclo PDCA (Figura 3), que evoluiu do Gráfico de Controle, desenvolvido por Walter A. Shewart (MALIK, 1998). Alguns anos depois, também foi chamado de ciclo de Deming, que foi seu maior divulgador.

O ciclo PDCA é composto por quatro fases, que são: Planejar (*Plan*), Executar (*Do*), Verificar (*Check*) e Atuar (*Action*). A fase de Planejamento serve para identificar problemas e traçar planos de ação. A etapa de Execução será o momento de executar tarefas que foram previstas na primeira etapa (Planejamento) e também para iniciar a coleta de informações para próxima etapa, que é a de Verificação. Nessa etapa, todo processo será verificado a partir das informações da etapa anterior. Elas devem ser verificadas continuamente, afim de saber se o que foi planejado esta sendo executado. Por fim, na etapa Atuar, são tomadas ações para padronizar os métodos que deram certo, ou então, aplicar ações corretivas, visando corrigir os problemas ocorridos, para que eles não aconteçam novamente.

FIGURA 3 – CICLO PDCA.



FONTE: Adaptado de MALIK, 1998.

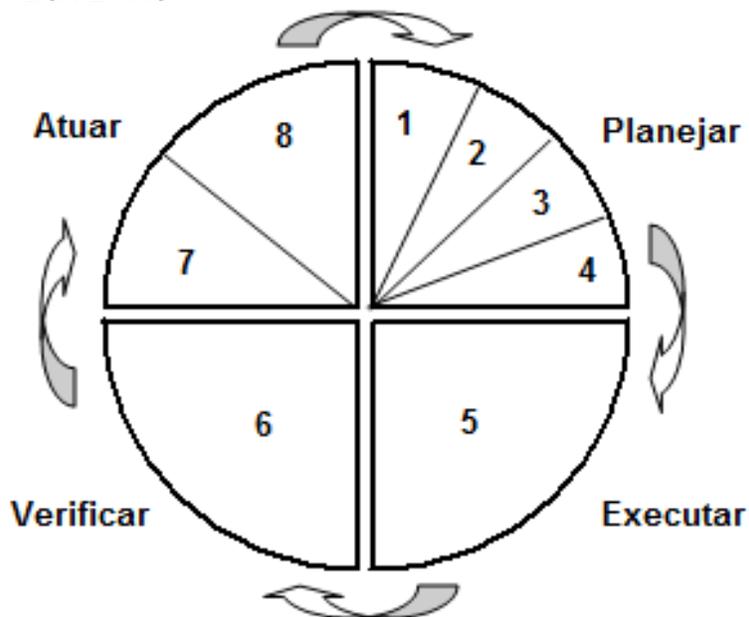
Outro método muito utilizado e que pode ser integrado ao Ciclo PDCA é o MASP – Método de Análise e Solução de Problemas. De acordo com Ando (1994), a ideia do MASP é pensar logicamente e usar dados que apoiam a lógica; entender a relação entre as causas e os resultados; encontrar quais as causas são relevantes; eliminar as causas relevantes; melhorar o resultado. O MASP é dividido em oito etapas, são elas:

1. Identificação do problema;
2. Observação do problema;
3. Análise do problema;
4. Plano de Ação;
5. Ação;
6. Verificação;
7. Padronização;

## 8. Conclusão.

Sua integração com o Ciclo PDCA pode ser vista na Figura 3:

FIGURA 4 – CICLO PDCA E MASP.



FONTE: Adaptado de ANDO, 1994.

O Ciclo PDCA/MASP pode ser aplicado em todas as áreas funcionais de uma organização, nas quais podem ser identificadas as funções de administração: planejamento, organização, controle e direção (SELEME e STADLER 2008).

Como citado no início do capítulo, para desenvolver uma metodologia de qualidade, são utilizadas as ferramentas da qualidade. Para cada tipo, existem aplicações que podem ser efetuadas. A maioria das ferramentas são multifuncionais, isto é, podem identificar diversas situações. Geralmente o uso de apenas uma delas, não auxilia para um resultado efetivo, dessa forma, utiliza-se mais de uma para garantir um resultado mais efetivo.

As ferramentas de qualidade mais conhecidas e mais antigas, são as denominadas “7 ferramentas da qualidade”, ou então, “Ferramentas Estatísticas da

Qualidade. Kume (1993), afirma que elas conferem objetividade e exatidão a observação. De acordo com o mesmo autor, as ferramentas podem ser descritas da seguinte forma:

- **Folha de Verificação ou Checklist:** formulário de itens que devem ser verificados. Facilita a coleta de dados pertinentes a um determinado problema;
- **Estratificação:** divisão de um grupo de dados em subgrupos, com base em determinados fatores, com objetivo de analisar dados para buscar melhoria e direcionar ações corretivas;
- **Histograma:** gráfico de barras que representa a distribuição da frequência de um conjunto de dados. Permite a compreensão de uma população a partir de uma amostra;
- **Diagrama de Pareto:** gráfico de barras verticais, que permite determinar quais problemas resolver e quais as prioridades. É elaborado com base numa folha de verificação;
- **Gráfico Sequencial ou Carta de Tendência:** gráfico que permite acompanhamento das variações de um determinado indicador, no decorrer do tempo;
- **Gráfico de correlação ou Diagrama de Dispersão:** gráfico que apresenta a correlação entre duas variáveis;
- **Diagrama de Causa-e-Efeito, Diagrama de Ishikawa ou Diagrama Espinha de Peixe:** diagrama que mostra a relação entre um determinado efeito e suas causas. Uma forma muito utilizada para esse diagrama é chamado 4M's (Mão-de-obra, Máquina, Método e Material).

Além das ferramentas já citadas, ainda podemos citar outras que também podem ter uma aplicação prática em busca da qualidade e sua melhoria. São elas:

- **5W 2H:** *What* – O que?, *Who* – Quem?, *Where* – Onde?, *When* – Quando?, *Why* – Por que?; *How* – Como? e *How Much* – Quanto, significam a sigla da ferramenta. De acordo com Mota (2002), essa ferramenta serve para elaborar estratégias de ação, ou mais conhecidas como plano de ação. Constitui-se de um relatório em colunas, encabeçado por cada item da sigla que o compõe.
- **5S's ou 5 Senso:** A sigla refere-se as palavras japonesas: Seiri (Senso de utilização) , Seiton (Senso de Organização), Seiso (Senso de Limpeza), Seiketsu (Senso de Saúde) e Shitsuke (Senso de Auto-disciplina). A ferramenta foi desenvolvida no Japão, logo após a 2ª Guerra Mundial, com objetivo de auxiliar na reorganização das indústrias, e do próprio país. Hoje é difundido mundialmente em empresas dos mais diversos ramos de atuação.
- **Fluxograma:** O Fluxograma é uma representação gráfica que mostra todos os passos de um processo. Serve para descrever e estudar um processo (atual ou ideal) ou planejar as etapas de um novo (MALIK e SCHIESARI, 1998).
- **Brainstroming ou Tempestade de Ideias:** Técnica de geração de ideias, onde não pode haver nenhum julgamento no momento inicial. O principal objetivo é gerar várias ideias e depois cada uma ser analisada. Quanto mais ideias, maior a chance de se encontrar a solução do problema e maior será também o número de conexões e associações a novas ideias e soluções (BRASSARD, 1994).
- **Brainwriting:** ferramenta similar ao Brainstorming, entretanto, nesse caso, em vez de exporem oralmente suas ideias, registram-nas em documentos próprios (SELEME e STADLER, 2008).
- **Matriz de GUT:** Gravidade, Urgência e Tendência, são o significado da sigla. Esses parâmetros servem para estabelecer prioridades na eliminação de problemas, principalmente se houver vários relacionados entre si. Serve para orientar decisões complexas. A Matriz de GUT estabelece pesos de acordo com o nível de importância de cada fator,

permitindo que possam dirigir ações para aqueles que mais impacto negativo terão na organização (SELEME e STADLER, 2008).

- **SixSigma:** É uma ferramenta de qualidade abrangente, tratada muitas vezes como um sistema para impulsionar a melhoria e a renovação dos processos, em função das expectativas do cliente e necessidades da empresa. Aguiar (2002) acredita que o Six Sigma promove uma mudança na cultura de uma empresa, pois, após a sua implementação, modifica o posicionamento da empresa em relação aos seus problemas e também na sua forma de identificá-los e tratá-los.

Os conceitos apresentados sobre ferramentas da qualidade, não tem como objetivo esgotar o assunto, e sim de apresentar algumas ferramentas que estão a disposição para serem utilizadas por organizações, que estão em busca da melhoria da qualidade de seus serviços e produtos. Vale ressaltar que a aplicação das mesmas também pode ocorrer no ambiente hospitalar.

#### 2.2.4 Qualidade sob o ponto de vista do cliente

Para promover a organização e a melhoria no ambiente hospitalar, é necessário ouvir e observar o comportamento dos clientes, sobretudo quando se trata da qualidade nos hospitais. Afinal, o atendimento constitui a finalidade de todo hospital. Entretanto, a qualidade ainda é difícil de ser medida, pois se trata da mensuração de opiniões influenciadas por diferentes situações, expectativas e experiências anteriores.

A qualidade do atendimento hospitalar pode ser percebida pelos clientes por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente, como a estrutura física do ambiente em que é atendido. Já os componentes intangíveis são a amabilidade e a cordialidade da equipe, ou seja, os que estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional com o

cliente (ANSUJ, ZENCKNER e GODOY, 2005). Mensurar a satisfação do cliente com o serviço de saúde não tem sido tarefa fácil, uma vez que os estudos apresentam deficiências, principalmente no que diz respeito aos métodos de abordagem e à falta de padronização de instrumentos de coleta de dados (JESUS, 2002).

Um dos métodos mais conhecidos, capaz de avaliar serviços de diversas naturezas, foi desenvolvida por Parasuraman et al. (1988). Ele avalia cinco dimensões do atendimento: agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade. O método considera a expectativa do cliente e a sua importância em cada uma das dimensões. Já para Donabedian (1993), a avaliação é feita considerando o fator de aceitabilidade, isto é, a conformidade do serviço recebido em relação a expectativa do cliente. Nota-se que existe uma similaridade nos métodos dos dois autores, visto que ambos focam a questão de expectativas do cliente que foram, ou não, atendidas.

Além das expectativas do cliente, Donabedian (1990) afirma que a qualidade na área da saúde, pode ser avaliada pelo cliente sob os seguintes aspectos: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se a infraestrutura física, número de funcionários, suporte tecnológico e financeiro. O processo está relacionado ao cuidado prestado com o cliente, e o resultado é o estado de saúde do mesmo, após o atendimento.

Cada indivíduo tem um conceito de qualidade próprio em função das suas experiências. A percepção da qualidade baseia-se em critérios subjetivos. Mas, de forma geral, é possível dizer que qualidade é aquilo que cada um acredita ou o que percebe como qualidade. Portanto, é fundamental entender que antes de tudo o conceito de qualidade depende da cultura ou do grupo que se irá considerar (CERQUEIRA, 1994). No entanto, mesmo que as avaliações e percepções de um serviço dependam do grau de julgamento pessoal, é importante que uma instituição hospitalar, ou uma unidade específica, conheça as expectativas de seus clientes (internos e externos), para então buscar melhorias de desempenho que favoreçam uma

percepção positiva. As melhores ideias para aprimorar os serviços vêm dos clientes que dependem dos produtos e serviços. Os clientes podem julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e também sugerir ideias úteis de melhoria (SLACK et al.,1996).

### 2.3 GESTÃO DE PROCESSOS (GP)

Atualmente são discutidas diversas estruturas administrativas, que surgiram influenciadas por diversos acontecimentos históricos, sociais e econômicos, sempre justificadas pela necessidade de mudanças e melhorias. Uma das abordagens que mais colaborou para visão sistêmica dos negócios foi a teoria dos sistemas, que considera a composição de uma organização como partes que interagem e que são interdependentes. Essa dinâmica consiste em entradas que são transformadas e geram saídas ou resultados. Com uma abordagem mais moderna, esse tipo de estrutura tem sido tratada como Gestão de Processos (GP).

Para entender a GP, antes é necessário conhecer os conceitos referentes ao processo. A definição do que é um processo e como funcionam suas interligações, é uma tarefa simples no setor industrial, onde a delimitação e as fronteiras de cada atividade são bem claras. Mas no caso de organizações hospitalares esse conceito torna-se um pouco mais complexo para ser compreendido. De qualquer maneira, em um primeiro momento, os conceitos utilizados para definir processos também podem ser utilizados para área hospitalar.

De acordo com Gonçalves (1998), o conceito de processos surgiu dos princípios da engenharia, e representa um conjunto de atividades que trabalha as entradas da organização, adiciona valor aos mesmos, para que se transformem em saídas aos clientes. Para Davenport (1994), processo é uma ordenação das atividades

de trabalho, com um começo, um fim, e entradas e saídas claramente identificados: uma estrutura para a ação. Já Hammer e Champy (1994) definem processo como um grupo de atividades realizadas numa sequência lógica com o objetivo de produzir um bem ou um serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Bittar (1997) define que processo é um conjunto de atividades de trabalho inter-relacionados que se caracteriza por requerer certos insumos e tarefas particulares, implicando em valor agregado com vistas a obter resultados. Finalmente, Ould (2005) define processo como um conjunto de atividades conduzido por um grupo de colaboradores para atingir um objetivo.

De acordo com as definições apresentadas, pode-se compreender que processo é uma sequência de atividades, com entradas e saídas, executadas por pessoas e sistemas, que tem por objetivo atender as necessidades de um cliente específico. Resumindo, é um conjunto estruturado de atividades, que conduzem a um determinado fim.

Diversos modelos baseados em processos têm sido estabelecidos e utilizados pelas organizações e é praticamente consenso entre os estudiosos de administração, que somente empresas que conheçam e coordenem adequadamente seus processos serão capazes de sobreviver (SANTOS, 2003). Dessa forma, a GP têm sido fundamental para o sucesso dos negócios. Ela pode ser entendida com uma metodologia para definir, analisar e melhorar os processos críticos da empresa (VARVAKIS, et al., 1997). De Sordi (2005) completa afirmando que a GP envolve um escopo fundamentado no cliente e na agregação de valor ao serviço, o que implica analisar os processos de forma horizontal, ou seja, na integração das áreas funcionais. Isto é, para aumentar a eficiência é necessário visualizar a integração dos processos, entender seu funcionamento e o que pode ser modificado para atender, ou melhorar, as expectativas dos clientes.

De acordo com Gonçalves (2000), entender como funcionam os processos e

quais são os tipos existentes é importante para determinar como eles devem ser gerenciados para obtenção máxima do resultado. Portanto é imprescindível que se desenvolva o desenho dos processos. Johnson e Clarck (2002), afirmam que desenhar processos é essencial para desenvolver a engenharia dos processos, onde os gerentes podem conhecer, testar e avaliar as ações de cada processo. Assim, desenvolver uma estrutura por processos, permite uma visão clara do todo, através do mapeamento das atividades, regras e relacionamentos que constituem todo o negócio.

Nas empresas que prestam serviços, os processos são fundamentais, uma vez que a sequência de atividades nem sempre é visível por quem as realiza, tão menos pelos clientes. Em um hospital, onde seu produto final é a saúde do paciente, a GP permite analisar e entender cada fase por onde passa o serviço prestado. Ainda é possível visualizar que o serviço se concretiza por meio do relacionamento de diversos processos que atravessam as barreiras funcionais. Sendo assim, a efetividade da gestão de processos refere-se a minimização das subdivisões de todos os processos, isto é, a integração dos mesmos afim de gerar resultado para os seus clientes.

A literatura nacional sobre GP na área hospitalar ainda é um tanto carente, e uma das possibilidades é a adaptação dos conceitos utilizados na indústria para área de gestão hospitalar. Uma das justificativas para analisar e gerenciar um hospital por meio da GP, é que a mesma permite o entendimento do funcionamento da prestação dos serviços de saúde e ainda auxilia a identificação de pontos de melhoria, a fim de reduzir e eliminar aspectos negativos no desempenho da instituição.

### 2.3.1 Gestão e mapeamento de processos

Para auxiliar a GP é necessário que as informações dos processos estejam estruturadas de uma forma que possam ser visualizadas. Para isso é muito comum o

uso de fluxogramas ou mapas de processo. Além da representação gráfica, também é importante saber que existe uma hierarquia de processos. Conforme Harrington et al. (1997) essa hierarquia subdivide-se em quatro níveis, do mais amplo ao mais específico. São elas:

- Macro processo: é o principal processo e geralmente envolve mais de uma função da estrutura organizacional, cuja operação tem impacto significativo no funcionamento da organização.
- Sub-processo: é uma porção do macro processo com objetivos específicos. É constituído por um número de atividades
- Atividades: são ações executadas dentro dos sub-processos, necessárias para produzir resultados específicos.
- Tarefas: é a parte que constitui as atividades e normalmente indicam como um trabalho é executado.

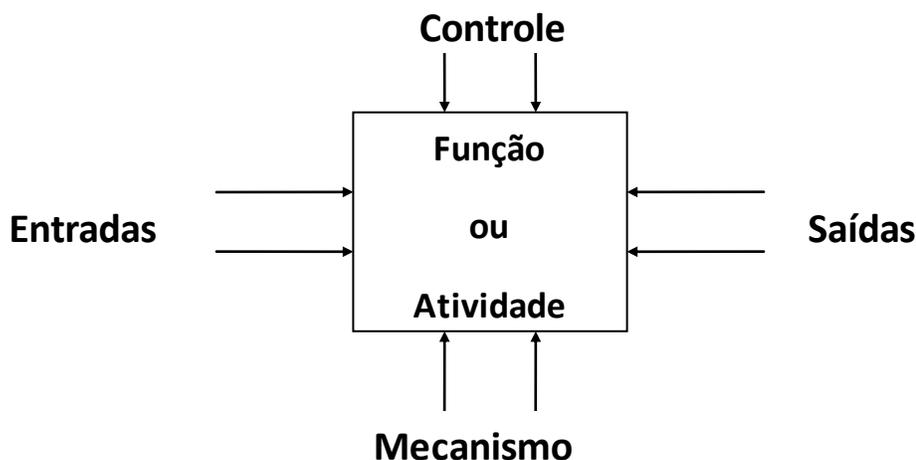
Em relação às representações gráficas, também conhecidas como mapeamento de processos, o seu principal objetivo é representar o processo, isto é, facilitar a compreensão dos fenômenos com o uso de figuras e fluxos, que aprofundem-se nos detalhes e elementos de interesse do processo. Alguns processos são naturalmente complexos, então nesses casos, é preferível que sua representação apresente o que é essencial para não tornar o entendimento também complexo. O mapeamento pode ser abordado por diversas visões. Segundo Bal (1998) pode ser: Funcional (ação executada pelos atores), Comportamental (como e quando esta sendo executado), Informacional (informações utilizadas) e Organizacional (interação e transferência de conteúdo).

Para que o mapeamento seja executado, são necessárias algumas atividades, como entrevistas para coleta de dados, observação, documentação do processo e sua validação. Para documentação especificamente, a utilização de

modelos de representação, linguagens, ou notações devem ser adotadas. Entre as mais utilizadas, devido a facilidade na aplicabilidade, destacam-se o IDEF0 - *Integration DEFinition for Function Modeling* (NIST, 1993), EPC - *Event-driven Process Chain*; (SCHEER, 1998) e BPMN - *Business Process Modeling Notation*. (BPMN, 2004).

A notação IDEF0 - *Integration DEFinition for Function Modeling*, que foi criada na década de 70 pelo Ministério de Defesa dos EUA. Ela é composta por um conjunto de métodos, que são utilizados de acordo com a necessidade de cada empresa. Eles são capazes de atender a necessidade de mapear os processos de uma organização e suas áreas de negócio (NIST, 1993). O IDEF0 é uma técnica de mapeamento baseada em gráficos e textos combinados, para permitir o entendimento, análise, lógica e potenciais mudanças de atividades (NIST, 1993). A representação do IDEF0 é chamada de ICOM (*Input Control Output Mechanism*), ou então caixas que recebem os dados. Ele é representado conforme a Figura 5:

FIGURA 5 – REPRESENTAÇÃO IDEF0.



FONTE: NIST, 1993.

A representação do IDEF0 tem algumas regras básicas, como: cada diagrama deve ter no mínimo três e no máximo seis caixas; toda caixa deve ter uma seta de

controle; as caixas devem ser descritas no verbo imperativo; setas podem unir ou dividir; todas as caixas devem estar relacionadas; e todas as caixas devem ser de igual complexidade (NIST, 1993). A notação utiliza uma combinação de diagramas que podem ser detalhados para cada função ou atividade. É utilizada uma numeração para referenciar os diagramas de acordo com suas origens.

Essa notação para mapeamento de processos é a mais utilizada e a mais popular do mercado devido a sua facilidade de construção e interpretação.

### 2.3.2 Processos hospitalares

Há alguns anos, a qualidade consistia apenas em inspecionar produtos. Geralmente seus defeitos eram identificados somente após a sua fabricação, isto é, tarde demais para mudar o resultado. Uma abordagem mais moderna foca a melhoria dos processos, o que pode auxiliar na prevenção dos defeitos e antecipar possíveis erros antes da entrega do produto. Quando se trata de serviços, especificamente os hospitalares, essa abordagem é ainda mais relevante, visto que um erro ou um defeito comprometerá a saúde ou até mesmo a vida de um paciente. Segundo Donabedian (1990), um dos eixos da qualidade em saúde é o de Processos e conforme a Acreditação Hospitalar, a importância de trabalhar os processos aparece já no nível 2. Para que haja qualidade, controle e melhoria dos processos hospitalares é necessário identificá-los e compreender seu funcionamento, principalmente devido a complexidade dos mesmos e por suas distintas diferenças.

Bittar (2000) afirma que os processos estão presentes em todas as áreas de um hospital e podem ser divididos entre aqueles que são aplicados diretamente ao paciente e os que dão suporte ao atendimento. Nota-se a especificidade desses processos e também a necessidade que eles estejam alinhados e integrados. Os processos que são aplicados diretamente ao paciente podem ser também chamados

de processos assistenciais (executados por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros profissionais da saúde). Os que servem para dar apoio ao atendimento podem ser chamados de processos administrativos ou de gestão (recepção, faturamento, suprimentos, qualidade, entre outros).

Para compreender o alinhamento e integração dos processos, é necessário partir do conhecimento da estrutura que compõe o hospital. O Quadro 7 resume as principais áreas (Bittar, 2000):

QUADRO 7 – ESTRUTURA QUE COMPÕE O HOSPITAL.

	<b>Recursos Materiais (Permanente)</b>	<b>Recursos Materiais (Consumo)</b>	<b>Recursos de utilidade pública</b>
<b>Recursos Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edificações</li> <li>- Mobiliários</li> <li>- Equipamentos</li> <li>- Instrumentais</li> <li>- Utensílios</li> <li>- Veículos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamentos</li> <li>- Limpeza</li> <li>- Manutenção</li> <li>- Gases medicinais</li> <li>- Combustíveis</li> <li>- Roupas</li> <li>- Escritório</li> <li>- Informática</li> <li>- Gêneros alimentícios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Energia elétrica</li> <li>- Água e esgoto</li> <li>- Comunicação (telefone, internet)</li> <li>- Transporte</li> </ul>
<b>Recursos Financeiros</b>			
<b>Recursos de Informações</b>			
<b>Recursos empregados em terceirizados</b>			

FONTE: BITTAR, 2000.

Toda a estrutura ainda é dividida em áreas e sub-áreas. As áreas são: Infraestrutura, Emergência e Ambulatório, Diagnóstico e Terapêutica, e Internação Clínico Cirúrgica. Ainda, dentro de cada área, existe a divisão em sub-áreas. O Quadro 8 apresenta a toda essa composição:

QUADRO 8 – ÁREAS E SUBÁREAS DO HOSPITAL.

<b>Sub-áreas da área de Infraestrutura</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administração</li> <li>- Auditoria</li> <li>- Biblioteca</li> <li>- Centro de esterilização de materiais</li> <li>- Creche</li> <li>- Farmácia</li> <li>- Finanças</li> <li>- Informática</li> <li>- Jurídica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavanderia/costura</li> <li>- Manutenção</li> <li>- Marketing</li> <li>- Nutrição e dietética</li> <li>- Ouvidoria</li> <li>- Recursos Humanos</li> <li>- SAME</li> <li>- Zeladoria</li> </ul>
<b>Sub-áreas da área da Emergência e Ambulatório</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialidades médicas</li> <li>- Enfermagem</li> <li>- Cirurgia ambulatorial e recuperação pós anestésica</li> <li>- Pronto atendimento</li> <li>- Sub-áreas de apoio</li> <li>- Psicologia</li> <li>- Serviço Social</li> </ul>	
<b>Subáreas da áreas de Diagnóstico e Terapêutica</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomia Patológica</li> <li>- Angiografia e Hemodinâmica</li> <li>- Banco de Sangue</li> <li>- Banco de Tecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemodiálise</li> <li>- Holter</li> <li>- Litotripsia</li> <li>- Microondoterapia prostática</li> </ul>

(continua)

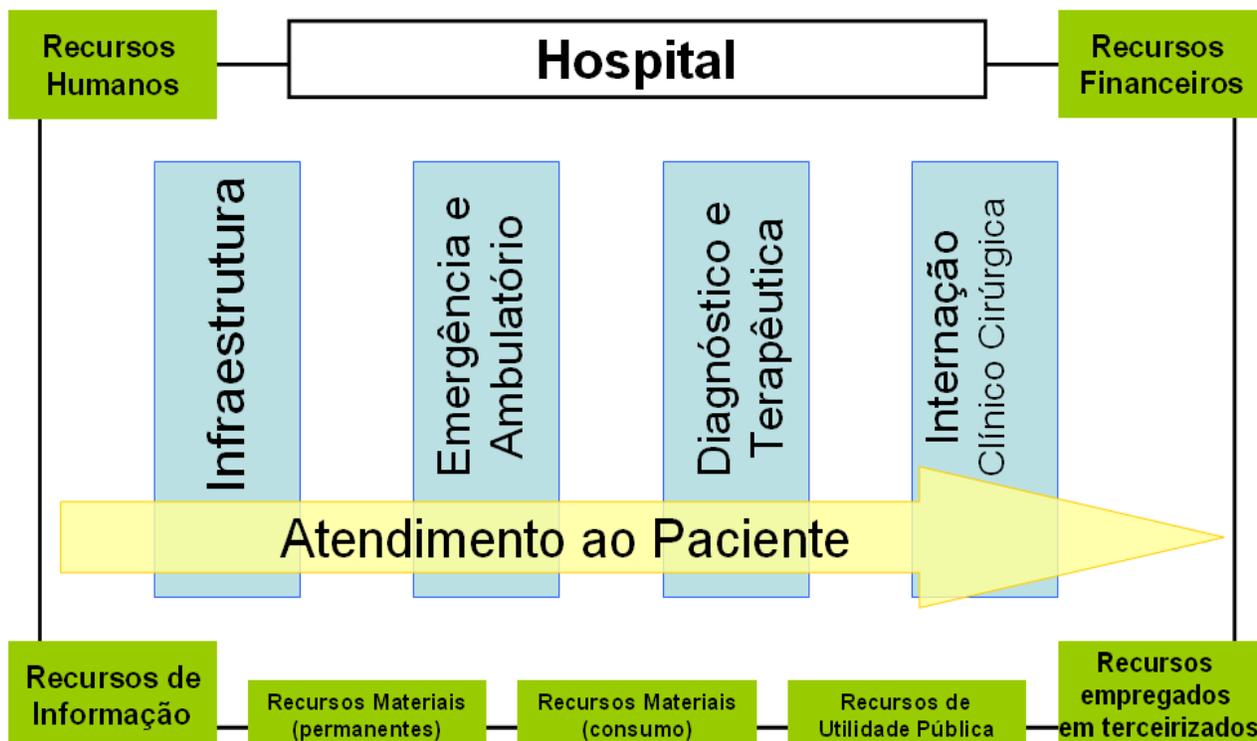
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Biologia Molecular</li> <li>- Cardiotocografia</li> <li>- Dermatologia</li> <li>- Diálise Peritoneal</li> <li>- Ecocardiografia</li> <li>- Endoscopia</li> <li>- Eletrocardiografia</li> <li>- Eletroencefalografia</li> <li>- Imagem (radiologia, tomografia, ressonância, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurofisiologia</li> <li>- Oftalmologia</li> <li>- Ortopedia</li> <li>- Patologia</li> <li>- Pneumologia</li> <li>- Potencial evocado</li> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Reprodução humana</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Reabilitação</li> <li>- Urodinâmica</li> </ul>
<b>Subáreas da área de Internação Clínico Cirúrgica</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anestesia</li> <li>- Enfermagem</li> <li>- Centros Cirúrgicos</li> <li>- Centro de Recuperação Pós Anestésica</li> <li>- Infecção Hospitalar</li> <li>- Internação pediátrica</li> <li>- Internação Clínico Cirúrgica</li> <li>- Terapia intensiva e semi-intensiva</li> <li>- Unidade Neonatal</li> </ul>	

FONTE: BITTAR, 2000.

Na estrutura hospitalar e na sub-área de infraestrutura, encontram-se serviços que não são exclusivos de hospitais e não atendem diretamente o paciente, mas são essenciais para prestar suporte as demais áreas e sub-áreas que atuam diretamente com o paciente. As demais áreas e sub-áreas são características específicas do

hospital e estão interligadas para realizar o principal processo, que é o atendimento ao paciente. A Figura 6 abaixo representa essa afirmação.

FIGURA 6 – ÁREAS E SUB-ÁREAS DO HOSPITAL.



FONTE: A Autora, 2012.

Segundo Lima (2004), existem duas questões relacionadas aos processos e a produção em serviços de saúde:

- O cuidado em saúde tem uma coordenação fragmentada pela lógica médica, isto é, os médicos nem sempre conseguem ter uma visão sistêmica do atendimento ao paciente. Os processos nem sempre estão integrados com a equipe multiprofissional, nem mesmo com as outras unidades que são fornecedoras de serviços;

- O processo do cuidado em saúde conta com a participação de muitos profissionais que vão compor a totalidade e integralidade da assistência. O que ocorre é que existem vários ruídos nessa interação, que evidenciam problemas ligados à organização do trabalho e a construção das relações entre as equipes.

Dessa forma, organizar um hospital com uma visão voltada a processos, possibilita realizar um trabalho coletivo, que melhore as relações internas e externas de trabalho. Portanto, é necessário que os recursos e os fluxos de trabalho estejam organizados em função do negócio da empresa, e é fundamental definir o macro-processo do hospital, pois à partir desse momento os seus processos de apoio poderão ser visualizados e monitorados.

A GP permite revisar os fluxos de trabalho, com objetivo de reduzir atividades que não agregam valor, e neste ponto a implementação de programas de qualidade tem um papel fundamental na racionalização e padronização de insumos e recursos humanos.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com propósito exploratório e descritivo, conduzida sob o delineamento de um estudo de caso.

Em pesquisas qualitativas o pesquisador estabelece contato direto com o ambiente e com a situação estudada, considerando que o ambiente e as pessoas são observados como um todo e não apenas como variáveis (GODOY, 1995). Triviños (1987) destaca que o modelo qualitativo estuda o desenvolvimento de procedimentos empíricos para explorar a consciência imediata da experiência, que se manifesta por meio da expressão e percepção. Goldim (2000), afirma que a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva, e tem como perspectiva principal a visão do processo. Mesmo considerando a importância da visão sistêmica, é necessário estabelecer o foco de interesse, para evitar acúmulo de informações irrelevantes.

A pesquisa qualitativa auxilia o pesquisador entender os fenômenos sob a perspectiva dos participantes, auxiliando a compreensão de como e por que alguns fenômenos ocorrem. A popularidade das pesquisas qualitativas relacionadas à saúde tem aumentado nos últimos anos. Entre os principais motivos, podemos apontar o fato de que os métodos quantitativos têm sido insuficientes e/ou inadequados para dar respostas para alguns temas clínicos de grande importância na atualidade (GREENHALG e TAYLO, 1997 apud NUNES, 2012).

Quanto ao propósito da pesquisa ser exploratória, é pelo fato de indicar a formação de uma estratégia lógica, que consiste em fornecer um quadro de referência que possa facilitar o processo de dedução de questões pertinentes a investigação de um fenômeno (TRIPODI et al., 1975). A pesquisa exploratória não elabora hipóteses

para serem testadas, ela busca informações do objeto de estudo e busca se familiarizar com o fenômeno, para obter mais detalhes. E quanto ao propósito descritivo, deve-se à análise crítica dos fatos que necessitam ser observados, registrados, analisados, classificados e interpretados (CERVO; BERVIAN, 2002). A pesquisa descritiva possibilita maior aprofundamento por parte do investigador, no meio em que está inserido sem, no entanto, interagir ou manipular aspectos relativos ao ambiente.

O delineamento da pesquisa se deu por meio de um estudo de caso. Para Ludke e André (1986), Trivños (1987) e Yin (2010), estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente por meio de um exame aprofundado e pormenorizado de determinados fenômenos, objetos ou situações particulares. Yin (2010) considera que os estudos de caso são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos. O mesmo autor acrescenta que estudos de caso têm sido utilizados para investigações que tratam sobre mudanças organizacionais, decisões, programas e processos de implementação. Uma das características do estudo de caso é que o mesmo baseia-se em várias fontes de evidências, com dados convergindo para uma triangulação, suportando dessa forma, uma variedade de evidências (documentos, questionários, documentação, observação, entre outros).

### 3.2 AMBIENTE DE PESQUISA

O ambiente de realização desta pesquisa é uma unidade de Pronto Socorro (PS), de um hospital privado, de caráter filantrópico, localizado no município de Curitiba, no estado do Paraná. É importante esclarecer que não é um hospital de administração pública.

Atualmente mais de 90% do atendimento prestado pelo hospital, é voltado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua infraestrutura disponibiliza

543 leitos, que são distribuídos em unidades de internação clínica e cirúrgica, três centros cirúrgicos, quatro unidades de terapia intensiva e uma maternidade de alojamento conjunto (onde o bebê fica junto com a mãe). Ainda conta com os serviços de laboratório, diagnóstico por imagem, e os demais serviços de apoio ao processo de atendimento e gestão. O serviço médico conta com um corpo clínico de aproximadamente 500 médicos, que atendem mais de 60 especialidades diferentes.

Em relação ao PS, o mesmo disponibiliza atendimentos de urgência e emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana. Diariamente passam por essa unidade em média 200 pacientes, entre estes uma média de 50 casos de alto risco, podendo ser crianças, jovens, adultos e idosos.

Sua infraestrutura é composta de 48 leitos, distribuídos entre salas de observação clínica, observação cirúrgica, alto risco, sutura e gesso. Além disso, a unidade tem dois postos de enfermagem que servem para realização de atividades administrativas. Os serviços de laboratório e exames de imagem não compartilham o mesmo espaço físico, eles localizam-se em outros andares do hospital, mas, ficam a disposição para atender os pacientes da unidade.

As escalas de trabalho são divididas em três turnos, onde cada um conta com um médico preceptor por especialidade (Clínica médica, Cirurgia Geral e Ortopedia). O médico preceptor é responsável por supervisionar e conduzir o trabalho dos médicos residentes, que por sua vez são médicos formados que estão realizando especialização. Além dos preceptores e seus residentes, outros médicos podem atuar na unidade sem estar de plantão, em situações diversas, como a necessidade do entendimento por outros especialistas ou excesso de pacientes. Por essa razão o número de médicos no PS nunca é fixo.

Já a equipe de enfermagem conta com uma enfermeira coordenadora e 15 técnicos de enfermagem por turno. Outros profissionais também atuam de sobreaviso na unidade, como por exemplo, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos

de laboratório e exames de imagem e assistente social.

O PS não conta com um coordenador ou administrador geral, o profissional que pode responder pela unidade é o Diretor Técnico (cargo que responde por questões técnicas de todo hospital). Atualmente esse cargo é ocupado por um médico.

Por motivos de confidencialidade, o nome do hospital foi preservado, o mesmo será reconhecido neste trabalho como Hospital Geral.

### 3.2.1 Coleta e análise de dados

A coleta e análise dos dados foi realizada em quatro etapas, de acordo com os objetivos específicos da pesquisa. Abaixo o detalhamento de cada etapa.

#### **1º Etapa: Mapear o processo de atendimento do PS**

A primeira etapa consiste em mapear o processo de atendimento e gestão do PS. Para essa etapa foi utilizada a técnica de observação sistêmica, norteadas por um roteiro (**APÊNDICE A**). O roteiro foi construído com base na fundamentação teórica sobre Unidades de Pronto Socorro, abordando os principais itens que constituem o seu atendimento: acolhimento, triagem, espera, diagnóstico e tratamento (BITTENCOURT e HORTALE, 2009). Durante a observação, também foram identificados os profissionais que fazem parte do processo e entre eles, as pessoas-chave, que fazem parte integrante na realização da terceira etapa da coleta e análise de dados. O mapeamento dos processos tem como objetivo principal descrever as atividades realizadas no PS, para que possa haver uma compreensão de como elas se relacionam, quais setores e profissionais estão envolvidos.

## **2º Etapa: Identificar atividades críticas e gargalos do processo**

A segunda etapa consiste em identificar as atividades críticas e gargalos do processo que foi mapeado e posteriormente propor um processo sem os mesmos e com sugestões de melhoria. Para isso, foi realizada uma análise documental, com documentos primários e secundários (sistema, relatórios, intranet, procedimentos, manuais, entre outros) disponíveis na unidade, além das informações levantadas durante o mapeamento de processos. O objetivo desta etapa consiste em conhecer as atividades que podem interferir no desempenho e na qualidade do processo, e que posteriormente poderão ser melhoradas ou eliminadas.

## **3º Etapa: Identificar e descrever ações referentes a qualidade no PS**

Na terceira etapa, com a organização de grupos focais, foram identificadas as ações referentes a qualidade no PS. Foram dois grupos focais, no qual o primeiro foi composto por profissionais da área de atendimento assistencial e o segundo por profissionais da área de gestão. Essa divisão é importante pelo fato de que cada área tem atribuições diferentes e principalmente profissionais com formações acadêmicas diferentes. A multidisciplinaridade da equipe pode trazer pontos de vista e ações de qualidade diferentes. Para condução dos grupos focais foi utilizado um roteiro (**APÊNDICE B**), que foi construído com base nos conceitos de qualidade apresentados no item 2.2.1, pelos autores: Oliveira (2009), Paladini (2007), Rodrigues (2004) e Kurcgant (2005). Os conceitos são baseados em: sistemas de gestão da qualidade, política da qualidade, métodos e ferramentas da qualidade, treinamentos, custos e planejamento.

Para Neto, Moreira e Sucena (2002) o grupo focal pode ser entendido como uma técnica em que o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um período de

tempo, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico. Sendo assim, o objetivo dessa etapa foi obter informações de todas as ações que já são tomadas em relação a qualidade, e compreender a efetividade das mesmas.

O tempo estimado para cada grupo será de uma 1 hora e 45 minutos, onde cada pergunta terá 15 minutos para discussão do grupo.

#### **4º Etapa: Indicar métodos e ferramentas de GQ que podem ser utilizados para controlar e melhorar o processo de atendimento do PS**

Finalmente, na quarta etapa, foi feita a análise dos dados que foram coletados nas etapas anteriores: processo de atendimento mapeado, atividades críticas e gargalos identificados e ações de qualidade aplicadas na unidade.

A análise terá como objetivo indicar ferramentas e métodos da qualidade de acordo com a necessidade e realidade da unidade, a fim de garantir a confiabilidade, controle e melhoria do processo que foi proposto.

Para sua efetividade, foi utilizada a análise de conteúdo, que trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações e observação, visando obter, por procedimentos objetivos a sua descrição (BARDIN, 1988). No Quadro 9 é apresentado, resumidamente, a forma com que pretende-se atingir os objetivos específicos desta pesquisa.

QUADRO 9 – OBJETIVOS X METODOLOGIA X TEORIA

<b>Etapa</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Métodos e ferramentas</b>	<b>Base Teórica</b>
1º	Mapear o processo de atendimento do PS.	Observação sistêmica norteada por roteiro.	Gestão de processos; Mapeamento de Processos; e Processos Hospitalares.
2º	Identificar atividades críticas e gargalos do processo mapeado.	Análise documental e informações do mapeamento do processo.	Gestão Hospitalar; Unidades de Pronto Socorro; e Processos Hospitalares.
3º	Identificar e descrever ações referentes a qualidade no PS.	Grupo focal.	Gestão da Qualidade; Qualidade na área de Saúde; Acreditação Hospitalar; Métodos e Ferramentas da Qualidade.
4º	Indicar métodos e ferramentas de GQ que podem ser utilizados para controlar e melhorar o processo de atendimento do PS.	Análise e sistematização dos dados.	Gestão da Qualidade; Qualidade na área de saúde; e Métodos e ferramentas da Qualidade.

FONTE: A Autora, 2012.

Toda análise converge para propor um sistema de gestão, composto de métodos e ferramentas da qualidade para auxiliar no controle, melhoria e confiabilidade do processo de atendimento do PS.

### 3.2.2 População e Amostra

A população que compõe o cenário desta pesquisa é de profissionais que atuam no PS: médicos preceptores, médicos residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, auxiliares administrativos, coletadores e seguranças.

É necessário destacar que da população a amostra utilizada será intencional. Isto é, serão identificados os profissionais que estão envolvidos diretamente no processo de atendimento e que têm autonomia para realizar ações ou mudanças. Os

mesmos serão identificados no desenvolvimento da 2ª etapa da metodologia.

Conforme Marconi e Lakatos (1990), a amostra intencional indica que o pesquisador está interessado na opinião de elementos representativos da população em geral, que pela função desempenhada, cargo ou prestígio social, exercem funções de líderes.

## **4 RESULTADOS PRELIMINARES: DESCRIÇÃO E ANÁLISE**

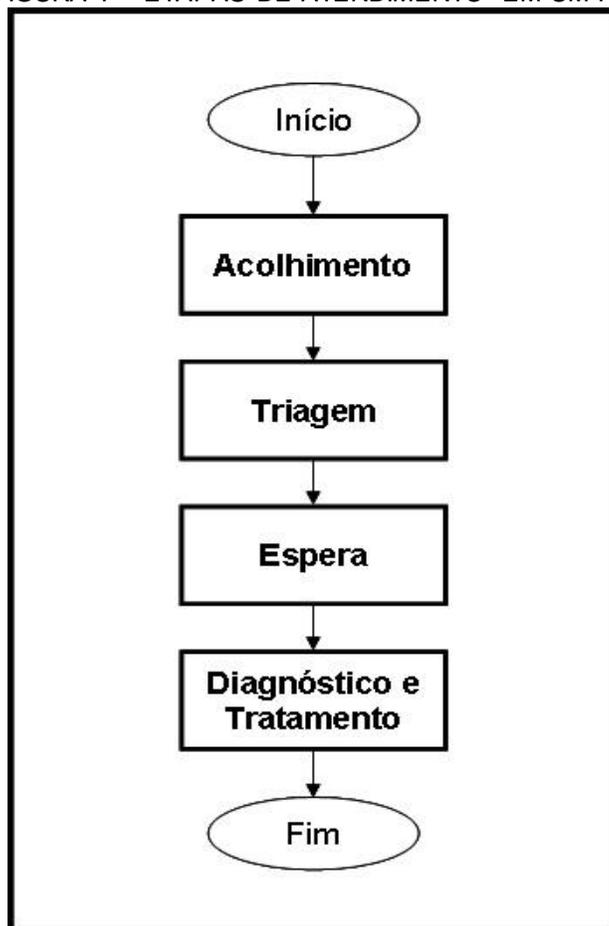
Neste capítulo são apresentados os resultados e a análise dos dados obtidos na pesquisa. O item 4.1 apresenta o mapeamento dos processos de gestão e atendimento do PS. No item 4.2 é feita uma análise para identificar as atividades críticas e os gargalos do processo, além de sugerir um novo processo sem os problemas identificados e com sugestões de melhoria. A análise tem como base a observação realizada no momento de mapear os processos e também o estudo de toda documentação gerada e utilizada no processo.

O capítulo 4.3 traz as ações de qualidade que já são realizadas no PS e quais são suas vantagens. Finalmente o item 4.4 sugere métodos e ferramentas de GQ que podem ser utilizados no processo, com propósito de controle, melhorias e confiabilidade dos resultados para os clientes que o utilizam.

### **4.1 MAPEAMENTO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS**

De acordo com a metodologia definida, para etapa de mapeamento dos processos será utilizada a observação sistêmica, norteada por um roteiro (APÊNDICE A), que foi definido com base nos principais itens que constituem o atendimento em um PS. São eles: Acolhimento, Triagem, Espera, Diagnóstico e Tratamento (BITTENCOURT e HORTALE, 2009), conforme Figura 7:

FIGURA 7 – ETAPAS DE ATENDIMENTO EM UM PS.



FONTE: Adaptado de Bittencourt e Hortale, 2009.

Antes de iniciar o mapeamento do processo de atendimento do PS, é importante apresentar algumas informações gerais que podem contribuir para um entendimento mais efetivo.

### **Entrada dos pacientes**

A entrada do paciente no PS pode ocorrer de duas maneiras, pela procura

direta ou quando o paciente é trazido por uma ambulância do SIATE<sup>2</sup> (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência) ou SAMU<sup>3</sup> (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

## **Funcionamento e Profissionais**

A unidade funciona 24 horas por dia, 7 dias na semana e atende em média 200 pacientes por dia. Entre estes uma média de 50 casos de alto risco, entre crianças, jovens, adultos e idosos. Atualmente mais de 90% do atendimento é voltado para usuários do SUS.

A unidade conta com uma equipe multidisciplinar, em plantão de 24 horas, divididos em três turnos. A mesma é composta de médicos preceptores e residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Além de fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos de laboratório e exames de imagem, assistente social, que trabalham de sobreaviso para atender qualquer intercorrência. Fazem parte da equipe também, o segurança que presta orientações logo na entrada da unidade e os auxiliares administrativos da recepção.

Os médicos preceptores e residentes que ficam de plantão no PS são das seguintes especialidades: Clínica Médica, Ortopedia e Cirurgia Geral. Médicos de outras especialidades, como por exemplo, Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Oncologia e Urologia, ficam de sobreaviso e atenderão os chamados em que sua

---

<sup>2</sup> O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência, disponível à população pelo número 193 existe para prestar atendimento pré-hospitalar ao traumatizado (acidentes de trânsito, violências, quedas, acidentes de trabalho e domésticos). Tem como objetivo intervir em situações de risco à vida e encaminhamento direto ao serviço de saúde com resolução adequada para cada caso (APH, 2013).

<sup>3</sup> O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é acionado pelo número 192 para atender emergência clínicas, pediátricas, cirúrgicas, gineco-obstétricas e psiquiátricas. Sua finalidade é prestar atendimento rapidamente e reduzir as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (GUIA CURITIBA, 2013).

especialização se faça necessária.

A atuação do fisioterapeuta, nutricionista, técnico de laboratório ou de exames de imagem, também ocorrem de acordo com solicitação do médico que realiza o diagnóstico e tratamento dos pacientes. Todos os profissionais citados realizam suas atividades em outros setores do hospital, isto é, não são profissionais exclusivos do PS, o que poderia onerar consideravelmente os custos da unidade.

### **Estrutura Física**

A estrutura física onde ocorrem as etapas de Acolhimento, Triagem e Espera, são nos seguintes locais do PS:

- Recepção SUS (Acolhimento e Triagem);
- Recepção Convênios (Acolhimento);
- Sala de Espera SUS (Espera);
- Sala de Espera Convênios (Espera).

Já as etapas de Diagnóstico e Tratamento ocorrem na área interna do PS, que é composta por 44 leitos, distribuídos da seguinte maneira:

- Observação Clínica 1 – 4 macas;
- Observação Clínica 2 – 5 macas;
- Observação Clínica 3 – 6 macas;
- Observação Cirúrgica Feminina – 4 macas;
- Observação Cirúrgica Masculina – 5 macas;
- Sutura Feminina – 4 macas;
- Sutura Masculina – 11 macas;
- Alto Risco – 4 macas;
- Sala de Gesso – 1 maca.

Além disso, existem outras áreas de apoio ao atendimento:

- Consultório Oftalmologia – 1 sala;
- Posto de Enfermagem – 2 postos;
- Farmácia;
- Banheiros – 3 femininos e 3 masculinos.

As salas de exames (RX e Tomografia) e o laboratório, não dividem o mesmo espaço físico do PS, mas ficam a disposição para atender os pacientes da unidade, de acordo com as solicitações médicas.

Para as salas de Observação Clínica são encaminhados pacientes que apresentam quadros onde há necessidade de investigação das queixas do paciente. Nesse local os pacientes recebem medicação, aguardam para realizar exames, avaliação médica, ou observação até a alta. Não necessariamente os pacientes encaminhados para Observação Clínica são casos simples, pelo contrário, podem ser pacientes que apresentam patologias que exigem internamento ou transferência para outras unidades. Tudo depende dos resultados do diagnóstico.

Nas salas de Observação Cirúrgica são encaminhados os pacientes que chegam com algum tipo de trauma (acidentes de trânsito, trabalho, queda ou violência), geralmente trazidos pelo SIATE ou SAMU. São casos em que há grande probabilidade de encaminhamento para sala de sutura, Centro Cirúrgico ou UTI.

As salas de sutura recebem pacientes que sofreram algum tipo de trauma, mas nesse caso, menos complexos, como por exemplo, sutura em pequenos cortes ou curativos em feridas. Além disso, realizam também pequenos procedimentos, como por exemplo, a troca de sonda. A possibilidade de serem encaminhados para Centro Cirúrgico são menores, geralmente são transferidos para internamento ou recebem alta após tratamento.

Na área de Alto Risco encontram-se pacientes em estado grave, que foram estabilizados e precisam ser mantidos por aparelhos até transferência para o Centro

Cirúrgico ou UTI. Os casos encaminhados para essa área são os mais diversos: traumas, pacientes terminais, doenças crônicas ou qualquer outra situação em que o paciente tenha risco de morte eminente.

Para sala de Gesso são encaminhados os pacientes que sofreram algum trauma com fratura, como por exemplo, uma queda que tenha causado a quebra de um membro. Alguns casos os pacientes são imobilizados no local da fratura, para posterior internamento e cirurgia. Há casos em que é feita a imobilização e o paciente recebe alta para acompanhamento ambulatorial. Cada caso dependerá da gravidade e da conduta médica.

Nas salas de raio-X e tomografia são realizados exames de imagem. Esse setor não é de uso exclusivo para os pacientes do PS, ele também é utilizado por pacientes internados, pacientes externos, ou que foram encaminhados pelo Ambulatório do hospital.

Os Postos de Enfermagem existem para que neles sejam realizadas atividades administrativas, como a prescrição de medicamentos e procedimentos, uso do computador, uso do telefone para contato com outros setores e profissionais, preenchimento, organização e armazenamento de documentos (boletim de atendimento médico, laudos, solicitações, etc). Além disso, nesse local encontra-se o mural de informações, onde são anexados avisos para toda equipe.

A Farmácia do PS é de uso exclusivo do setor e nela encontram-se medicamentos e materiais usualmente utilizados em atendimentos de urgência e emergência.

## **Etapas do atendimento**

O próximo item inicia a descrição das etapas de atendimento. O total de observação e acompanhamento da pesquisadora, sobre todo o processo, foi de dez

horas. O resultado está descrito nos itens subsequentes, separados por cada etapa.

### **Início – Acolhimento**

O paciente pode iniciar seu atendimento no PS de duas maneiras, procura direta ou com uma ambulância do SIATE ou SAMU. Sendo eles pacientes de convênios, particular ou SUS. A procura direta caracteriza-se quando o paciente chega no PS sozinho (a pé ou de carro) ou é trazido por algum acompanhante.

O acolhimento do paciente de procura direta caracteriza-se no momento em que o mesmo é orientado pelo Segurança para ir até a Recepção do PS, onde deverá retirar uma senha e aguardar o atendimento.

O acolhimento para pacientes que chegam com uma ambulância do SIATE ou SAMU ocorre de maneira diferente. Esse tipo de atendimento exige que um contato prévio seja feito, isto é, o médico responsável do SIATE ou SAMU entra em contato com o médico do hospital, responsável pelo plantão do PS naquele momento. Esse contato é feito para repassar a situação do paciente e verificar a disponibilidade de vaga e profissionais para atendê-lo. Isso possibilita um preparo prévio da equipe e também a organização de materiais e medicamentos que serão necessários. Quando não há vagas disponíveis, o médico do SIATE ou SAMU deverá verificar a disponibilidade em outro hospital.

Geralmente estes pacientes são politraumatizados, isto é, pessoas que sofreram algum tipo de acidente (trânsito, queda, trabalho, queimadura ou violência) ou casos clínicos graves (gravidez de risco, infarto, derrame, entre outros). Pela especificidade desses casos, em que a vida do paciente tem risco de morte ou graves sequelas, o acolhimento ocorre de maneira rápida. A ambulância do SIATE ou SAMU entra por uma porta lateral (diferente da porta principal do PS) e o paciente é levado de maca diretamente para parte interna do PS, na sala de alto risco.

## Triagem

A triagem de quem entra pela procura direta do SUS é iniciada pelo auxiliar administrativo do PS, que identifica se o paciente pode ou não ser atendido na unidade.

Os critérios para realizar o atendimento são os seguintes:

- Pacientes encaminhados de CMUNS<sup>4</sup> (Centros Municipais de Emergências) conveniados com o hospital;
- Pacientes em tratamento no ambulatório do hospital;
- Pacientes com convênio credenciado junto ao hospital;
- Pacientes de atendimentos particulares; e
- Paciente com risco de morte ou sem condições de deslocamento para outro local de atendimento.

Demais pacientes que não se enquadram em nenhuma das situações, são orientados já na recepção a buscar o CMUN ou UBS (Unidade Básica de Saúde) mais próximos de sua residência.

Para os pacientes que atendem aos critérios, o auxiliar administrativo vai preencher uma ficha de avaliação da Clínica Médica, com o nome do paciente, data, horário de chegada, origem (local de procedência do paciente) e a sua principal queixa. Depois de preenchida, a ficha é entregue diretamente para um dos médicos do plantão, que irá chamar o paciente para triagem assim que encerrar outros atendimentos já iniciados ou em momento oportuno.

A triagem é feita ao lado da recepção do PS. Não é realizada avaliação física (aferição de pressão, temperatura e outros sinais vitais), apenas algumas perguntas sobre a principal queixa do paciente e uma breve avaliação visual.

---

<sup>4</sup> Atualmente o Município de Curitiba conta com oito CMUNS, dos quais dois são conveniados com o hospital. O convênio é uma parceria entre o hospital e a Prefeitura Municipal de Curitiba, que determina hospitais de referência para atender os pacientes de cada CMUN.

Nesse momento, o médico determina se o atendimento será ou não realizado. Em caso negativo, o médico orienta o paciente para que retorne até a recepção e solicite informações sobre onde poderá ser atendido. Geralmente esses pacientes são orientados a procurar o CMUN ou UBS mais próxima de sua residência.

Em casos que o médico autoriza o atendimento, a ficha de avaliação é assinada e carimbada pelo mesmo, que orienta o paciente a voltar até a recepção, entregar a ficha assinada e solicitar abertura do BAM (Boletim de Atendimento Médico) para o auxiliar administrativo.

Para abertura do BAM são necessários os seguintes dados: nome, data de nascimento, RG ou CPF, endereço e nome dos pais. O preenchimento é realizado em um formulário eletrônico, disponível no Sistema MV (Sistema de informações Hospitalares utilizado pela Instituição) e também em um formulário eletrônico do sistema da Prefeitura Municipal de Curitiba, em função da parceria de atendimentos.

Após preencher os formulários, o auxiliar administrativo imprime o BAM, uma folha com etiquetas (que contém os dados do paciente) e uma pulseira de identificação (também com os dados do paciente). A pulseira é colocada no pulso do paciente e o BAM com as etiquetas são armazenados em pastas de atendimento que ficam disponíveis para serem retirados pelos médicos dentro do PS.

As pastas são separadas em três especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ortopedia. O BAM é armazenado pelo auxiliar administrativo em uma das pastas, de acordo com a queixa do paciente.

Após essas atividades, o paciente é orientado para aguardar até ser chamado pelo médico.

Pacientes de convênio são atendidos em outra recepção e o processo é um pouco diferente. O paciente não será triado pelo médico e sua ficha será aberta no mesmo momento em que chega na recepção. Além do BAM, etiquetas e pulseira, também será preenchido um formulário do convênio do paciente. Esse formulário é

preenchido para que o atendimento possa ser faturado junto ao convênio (esse processo ocorre após a alta do paciente e é feito por outro setor do hospital, o Faturamento).

Alguns convênios exigem que o prestador de serviços entre em contato antes de realizar o atendimento. Esse procedimento é necessário para verificar se o cliente tem alguma restrição junto ao convênio ou se o mesmo é autorizado para receber este tipo de atendimento. Nos casos em que o convênio não libera o atendimento, o paciente é avisado e se houver possibilidade da instituição e concordância do cliente, esse atendimento será alterado para Particular ou SUS.

Existe também a situação de convênios não credenciados com o hospital. Nesse caso o paciente é orientado a buscar outra instituição, e caso o mesmo não tenha condições de ir para outro lugar em função das suas condições de saúde, o atendimento também poderá ser aberto como Particular ou SUS.

Logo após essas atividades, o paciente é orientado para aguardar até ser chamado pelo médico.

Pacientes que chegam com ambulância do SIATE ou SAMU, não passam pela triagem.

## **Espera**

A etapa de espera vai ocorrer apenas para o paciente que procurou o PS pela procura direta, independente do convênio. Ela inicia logo que o BAM foi disponibilizado nas pastas de atendimento.

A retirada do BAM pelo médico da especialidade em que o paciente foi classificado vai ocorrer de acordo com a disponibilidade de atendimento do mesmo. Isto é, a espera vai depender da quantidade de atendimentos que já estão em andamento no PS.

Os pacientes serão chamados por ordem de chegada. A única priorização é feita para idosos com mais de 65 anos.

## **Diagnóstico e Tratamento**

A etapa de diagnóstico e tratamento para o paciente de procura direta é iniciada quando as etapas de acolhimento, triagem e espera foram concluídas. Ela é caracterizada logo que o médico retira o BAM da pasta de atendimento e chama o paciente.

Nesse momento o médico encaminha o paciente até um leito disponível. Ele será avaliado e cabe ao médico decidir a conduta. Vale ressaltar que o objetivo dessa pesquisa não é descrever o uso e aplicação dos Protocolos Médicos, e sim como ocorre o processo de atendimento.

Quando a entrada do paciente é pelo SIATE ou SAMU, a etapa de diagnóstico e tratamento se inicia no momento que o socorrista leva o paciente para sala de alto risco e repassa toda situação para o profissional do hospital, que já está no local, pois foi alertado por um alarme acionado assim que a ambulância estacionou na porta de entrada.

O profissional do hospital que recebe o paciente pode ser o técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico (preceptor ou residente). Antes de qualquer decisão da equipe, o procedimento a ser realizado é a “estabilização” do paciente, isto é, medidas para manter o paciente com vida e em condições de iniciar tratamento.

Logo após a estabilização, um assistente administrativo do PS deverá coletar informações junto ao paciente para abertura do BAM, assim como é feito na procura direta, na etapa de triagem. Casos em que o paciente está inconsciente, o auxiliar administrativo vai abrir um BAM temporário e anotar informações sobre seu aspecto

físico em um caderno de registros da recepção. Posteriormente essas informações serão repassadas para a Assistente Social do PS, que tem como atribuição buscar as informações pessoais do paciente, no momento que o mesmo tenha condições de respondê-las.

O BAM é de extrema importância, pois além dos dados do paciente, nele são registradas as condutas tomadas, desde a entrada, procedimentos, uso de materiais e medicamentos até transferência para outro setor ou alta.

Para as duas formas de entrada, assim que a avaliação médica é realizada, o paciente poderá ser submetido há oito condutas médicas: administração de medicamentos, sutura ou procedimentos, realização de exames laboratoriais, exames de imagem, internamento, encaminhamento para Centro Cirúrgico (Geral, de Queimados ou Obstétrico), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Observação. Cada ação tem as seguintes características:

- Administração de medicamentos: caso a conduta seja para administração de medicamentos, o médico prescreve no BAM (por escrito, assinado e carimbado) o que o paciente deverá receber. O profissional responsável por providenciar e administrar os medicamentos é o técnico de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro de plantão. Os medicamentos e materiais (quando necessário) são retirados na Farmácia do PS (unidade exclusiva para atender o PS) mediante apresentação do BAM, que receberá um carimbo de “medicamento dispensado”, no momento da entrega. Depois de retirar os medicamentos e materiais, o técnico de enfermagem administra a medicação e passa a monitorar o paciente até próxima orientação médica.
- Sutura ou Procedimentos: orientação de sutura ou procedimentos ocorre quando o paciente necessita de um curativo, sutura (costura) ou procedimentos de pequeno porte (troca de sonda, limpeza, extração de corpo estranho, raspagem e demais procedimentos que podem ser

realizado com anestesia local). O médico solicitante deverá descrever o procedimento no BAM e o técnico de enfermagem retira na Farmácia os medicamentos e materiais necessários para execução.

- Realização de exames laboratoriais: a solicitação é feita pelo médico, diretamente no sistema. A solicitação será impressa no laboratório, onde um colaborador identifica a unidade solicitante e avisa um coletador, por telefone ou rádio, para dirigir-se até o paciente e coletar o material. O material coletado será identificado com uma etiqueta do paciente e levado para processamento e análise no laboratório (dentro do hospital). O resultado dos exames ficará disponível no Sistema MV e varia de acordo com o tipo de exame. O médico é responsável por consultar o resultado no sistema.
- Realização de exames de imagem: a solicitação será registrada no BAM. O técnico de enfermagem é responsável por levar o paciente até o local de realização do exame (dentro do hospital). O tempo de espera também varia de acordo com o tipo de exame, e o responsável por buscar as imagens é o próprio médico solicitante, que após consulta, deve deixar o material no setor que realizou o exame.
- Internamento: será solicitado em casos onde há necessidade de um tratamento mais longo, realização de exames mais complexos ou mesmo a preparação do paciente para cirurgia. O internamento será feito para o serviço condizente com a patologia apresentada, por exemplo, se um paciente entrar com dores no peito que à princípio não colocam sua vida em risco, mas que deve ser investigado, ele será internado para o serviço de Cardiologia. Durante o período de espera da vaga, o paciente recebe o tratamento no PS.
- Encaminhamento para Centro Cirúrgico (Geral, de Queimados ou Obstétrico): o encaminhamento para algum dos centros cirúrgicos citados deve-se por diversos motivos. Para o Centro Cirúrgico Geral são encaminhados pacientes que necessitam de intervenções cirúrgicas de emergência, que se não realizadas aumentam o risco de morte ou

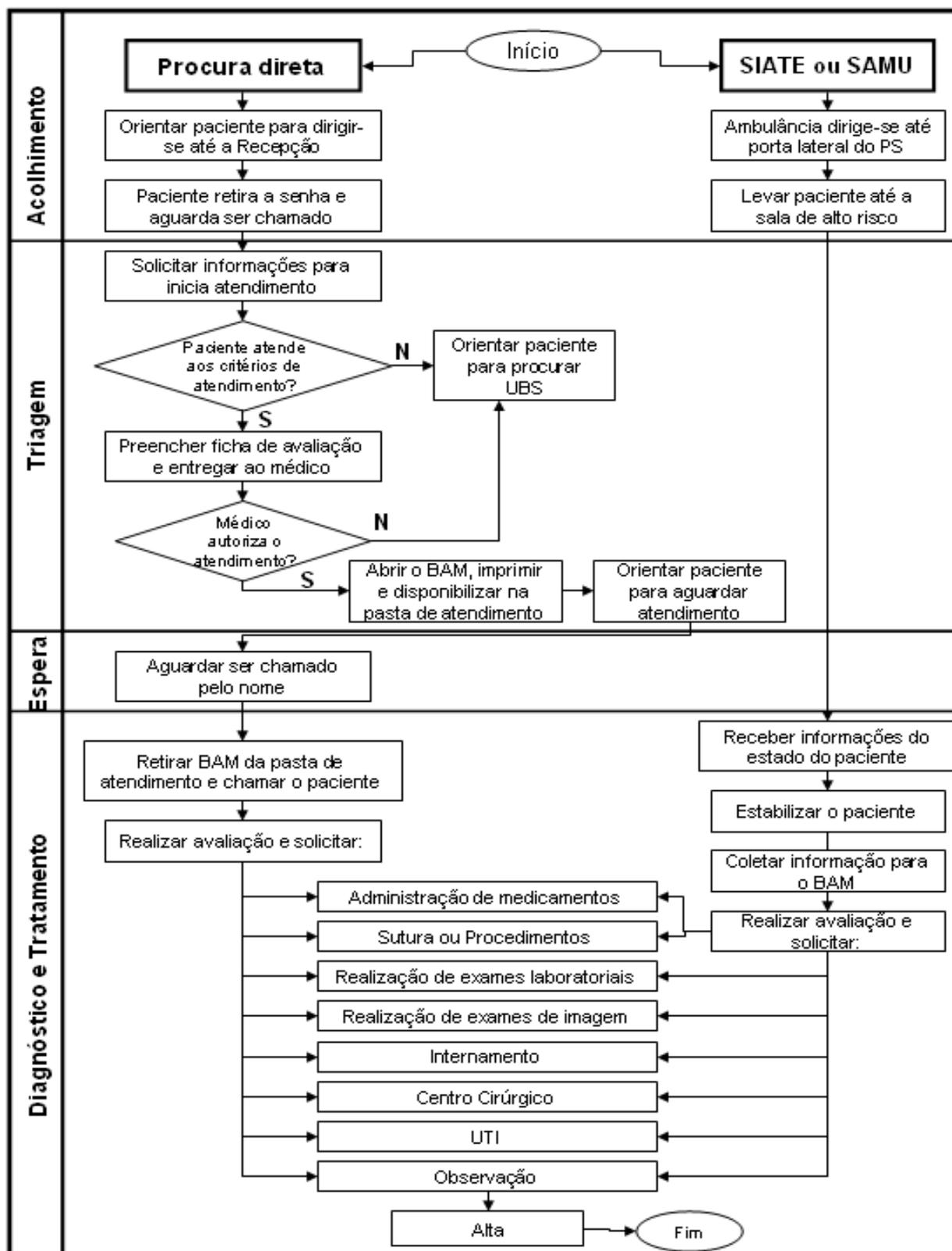
sequelas (acidentes de trânsito ou de trabalho, violências, quedas entre outros). Para o Centro Cirúrgico de Queimados são encaminhados os pacientes com um percentual de queimadura elevado. Eles serão estabilizados no PS e imediatamente encaminhados para o Centro Cirúrgico de Queimados. Pacientes com pequenas queimaduras são encaminhadas para o serviço de Queimados, que fica no 5º andar do mesmo prédio. Para o Centro Cirúrgico Obstétrico são encaminhadas as mulheres em trabalho de parto. Em casos de maior urgência, o primeiro atendimento pode ser feito no PS. O encaminhamento para qualquer um dos centros cirúrgicos também deve ser feito pelo médico e depende da disponibilidade de vagas. Quem leva o paciente até o local indicado são os técnicos de enfermagem. Casos mais graves são acompanhados pela enfermeira e/ou médico.

- UTI: pacientes encaminhados para UTI são antes estabilizados no PS e então transferidos. São casos em que há risco de morte e exigem tratamento rápido e intensivo. A solicitação da vaga é feita pelo médico e depende da disponibilidade do setor. Enquanto o paciente não é transferido, a equipe será responsável por manter o paciente estabilizado na unidade de Alto Risco do PS.
- Observação: em condutas de observação, o paciente permanece no leito, com administração de medicamentos ou não, até que o médico identifique se sua situação é, ou não, estável para receber alta. Há casos que após a observação, o médico solicite qualquer uma das ações citadas anteriormente. Raramente o paciente receberá alta apenas com a observação, geralmente ele será submetido a exames que comprovem condições favoráveis de saúde.

Nenhuma das condutas é isolada, isto é, elas acontecem de forma paralela. Por exemplo, enquanto o paciente esta recebendo medicamentos, também pode estar aguardando a realização de exames, transferência para centro cirúrgico, internamento, entre outras ações.

A conclusão da etapa de diagnóstico e tratamento ocorre quando o paciente é transferido para outra unidade ou então quando recebe alta. A alta poderá ser para sua residência (quando o médico avalia que seu caso não precisa de acompanhamento) ou ambulatório (quando é necessário um acompanhamento médico). Passando por todas as etapas descritas, o processo de atendimento do PS é encerrado. Para elucidar a descrição, segue fluxograma do processo de atendimento, conforme Figura 8.

FIGURA 8 – PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS.



FONTE: A Autora, 2013.

## **Situações específicas do processo**

Existem pacientes que são indicados para realizar atendimento no PS, mas são casos específicos que podem vir a receber o primeiro atendimento na unidade até serem encaminhados para o local mais indicado. Os casos específicos são de pacientes com queimadura, gestação de alto risco, suspeitas de Acidente Vascular Encefálico e Dores Torácicas.

Vale lembrar que os casos citados são isolados e não interferem no processo em função do tempo mínimo para serem levados ao setor competente.

O paciente que entrar com queimaduras, não será triado e nem precisa aguardar, ele entra direto no PS para estabilização e logo será transferido para o Serviço de Queimados (5º andar). O serviço conta com um local específico para prestar atendimento a estes casos, com ambulatório, centro cirúrgico e unidade de internamento. O hospital, local deste estudo, é referência nacional no atendimento a Queimados, por essa razão oferece uma estrutura diferenciada para estes casos.

Mulheres com gestação de alto risco quando chegam no PS também são estabilizadas e logo encaminhadas para setor de Obstetrícia (7º andar). O mesmo também é referência para esse tipo de atendimento no Estado do Paraná e conta com uma estrutura diferenciada, que contém uma sala de observação, internamento e centro cirúrgico obstétrico.

Pacientes com suspeitas de Acidente Vascular Encefálico ou com Dores Torácicas serão identificados na etapa de triagem. Se a avaliação comprovar um caso de urgência, a etapa de espera será eliminada e o mesmo será levado diretamente para o setor de Alto Risco do PS. Existe risco desses pacientes não serem identificados na triagem, o que torna essa etapa do processo delicada e complexa.

Situação de óbito na unidade é encaminhado para o Morgue, setor responsável por administrar esse tipo de ocorrência do hospital. O médico do plantão

será o responsável por identificar a causa morte e assinar o atestado de óbito do paciente. O processo de funcionamento desse setor não será descrito, visto que não interfere no atendimento do PS.

#### 4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES CRÍTICAS E GARGALOS DO PROCESSO

A primeira ação para identificar as atividades críticas e gargalos do processo foi solicitar documentos referentes as atividades da unidade, como por exemplo: manuais, procedimentos, indicadores, relatórios ou qualquer outro material que defina as normas e regras que devem ser seguidas na unidade. Os documentos foram solicitados para coordenadora de enfermagem do turno acompanhado, para o médico do plantão e para auxiliar administrativo da recepção.

A coordenadora alega que desconhece manuais ou procedimentos específicos para a unidade. A mesma afirma que existem procedimentos operacionais de atividades assistenciais. Os exemplos dados pela mesma foram dos seguintes procedimentos: Administrar medicamentos e realizar procedimentos, Realizar traqueostomia em paciente entubado, Verificar temperatura corporal, Verificar frequência respiratória, Verificar frequência cardíaca, Verificar pressão arterial, Higienizar as mãos, Realizar curativos, entre outros procedimentos.

A coordenadora também informou que diariamente atualiza indicadores referentes aos atendimentos realizados. O mesmo esta disponível na intranet da empresa e foi consultado pela pesquisadora. Os indicadores utilizados são: Pacientes em ventilação mecânica, Extubações acidentais, Quedas de pacientes, Grau de dependência e Paradas cardiorespiratórias. Foi questionado sobre a finalidade e uso dos indicadores, a coordenadora falou que trimestralmente são realizadas reuniões junto a Gerência de Risco, com objetivo de discutir sobre o perfil e cuidados com os

pacientes da unidade.

Os procedimentos e indicadores identificados que dizem respeito especificamente as técnicas e protocolos assistenciais da enfermagem. Não foram identificados documentos que definem regras e normas de funcionamento da unidade no que se refere a sua gestão, os quais poderiam servir como parâmetro para identificar as atividades críticas e gargalos do processo.

A mesma solicitação foi feita ao médico do plantão, que disse desconhecer qualquer manual com regras para a unidade.

A terceira solicitação foi feita para auxiliar administrativa da recepção. A mesma repassou os seguintes procedimentos que são utilizados: Realizar atendimento de urgência e emergência, Realizar alta e Cadastrar e atualizar dados. Após analisar todos os procedimentos, conclui-se que os mesmos são apenas descritivos de como utilizar o sistema hospitalar e não apresentam regras e normas a serem seguidas na unidade.

A segunda ação foi realizar uma pesquisa na intranet da empresa, com objetivo de identificar informações para uso do PS. Após consulta os temas encontrados na intranet foram: Cardápio do dia, Aniversariantes do mês, SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar), Informativo Evangélico, Gerenciamento de Risco, Avaliação de ordens de serviço do setor de tecnologia da informação e Gestão da Qualidade. Os únicos *links* com documentos referentes ao PS, foram de Gestão da Qualidade que disponibiliza os procedimentos citados pela coordenadora de enfermagem e pelo auxiliar administrativo e o link Gerenciamento de Risco, local onde os indicadores da enfermagem são preenchidos. Os demais não contém nenhuma informação relevante ao processo do PS.

A terceira ação foi uma pesquisa no site da instituição, mas a única informação referente ao PS é a divulgação dos convênios que são atendidos, orientações aos acompanhantes e visitantes dos pacientes e um mapa de localização

do hospital, que pode ser utilizado por pessoas que precisam dirigir-se até a instituição.

Outra tentativa para tentar identificar documentos ou informações que podem servir como parâmetro para analisar o processo, foi visualizar os murais de informações que estão disponíveis na unidade, sendo um total de quatro. As informações disponíveis são: Fluxo do acidente de trabalho, Mapa de risco (quais são os fatores que causam risco de acidentes de trabalho na unidade), Escala de plantão da enfermagem, Mapa de descarte de resíduos (como e onde descartar cada tipo de resíduo), Lista de ramais e Resultado do nível de aderência ao controle de infecções da unidade. Todas as informações disponíveis são relevantes para equipe da unidade, mas nenhuma delas contribui ou interfere o funcionamento do processo de atendimento.

O objetivo em identificar documentos e informações sobre o funcionamento do PS é para que a análise do processo tenha parâmetros para avaliar se o que esta acontecendo esta de acordo com o que deve acontecer. Visto que a documentação disponível não é suficiente para realizar essa análise e identificar as atividades críticas e gargalos do processo, a medida encontrada foi medir o tempo das etapas de atendimento.

A medida justifica-se pelo fato de que o tempo de atendimento é um item crítico quando tratam-se de casos de urgência e emergência. A estratégia para calcular o tempo total, foi medir o tempo de cada etapa do processo e ainda o tempo de cada atividade.

Define-se aqui atividade crítica aquela que pode prejudicar ou impactar no resultado final do processo, e o gargalo é uma atividade que limita o desempenho ou capacidade de todo o processo. Goldratt (2002) ainda define que uma atividade gargalo é aquela cuja capacidade é igual ou menor que a demanda colocada nele.

Para medição dos tempos foi realizada uma busca no Sistema MV, no módulo de “Atendimento de Urgência e Emergência”, afim de, encontrar um relatório com os

tempos de realização de cada atividade, ou então, um relatório com horários de entrada do paciente, da avaliação médica, administração de medicamentos, realização de procedimento e transferências para outros setores.

Infelizmente o resultado da busca não apresentou nenhum relatório que consolida esse tipo de informação. A segunda tentativa foi realizar uma busca no Sistema pelo nome do paciente e manualmente anotar os horários de cada atividade lançada no sistema. Mas, essa também não foi uma tentativa válida, pois as solicitações (medicamentos, exames, procedimentos, internamentos, entre outros) que ocorrem dentro do PS são anotadas e carimbadas pelo médico no próprio BAM, e posteriormente lançadas no sistema pelo auxiliar administrativo do PS. Sendo assim, as informações do Sistema não refletem os tempos reais de cada atividade. A única informação lançada no sistema que consta o horário real é na abertura do BAM, em função da necessidade de impressão do documento.

Sendo assim, a única maneira de medir os tempos reais de cada atividade foi acompanhando mais uma vez o processo, dessa vez medindo os tempos. O acompanhamento foi realizado pela pesquisadora durante dois dias (terça e quarta-feira), sendo distribuídos em 5 horas cada um. Houveram dois casos de pacientes que entraram pelo SIATE e SAMU e posteriormente foram transferidos para UTI. Em função do longo tempo de espera por vaga, não foi possível acompanhar o exato momento de transferência. A informação foi coletada no dia seguinte, junto a coordenadora de enfermagem, que registrou o horário no BAM conforme solicitação da pesquisadora, visto que isso não é uma rotina realizada na unidade. Para calcular o tempo de cada atividade, foi anotado o horário de início e encerramento de cada uma.

Foram acompanhados oito pacientes que entraram no PS como procura direta e seis que entraram pelo SIATE e SAMU. Considerando que o tempo pode não ser o único gargalo do processo e que o foco da pesquisa é otimizar o processo, a amostra não é considerada tão significativa dentro do universo de possibilidades. A



paciente									
Realizar avaliação	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	
Administração de medicamentos	40	<b>240</b>	<b>140</b>	20	60	30	20	<b>310</b>	
Sutura ou Procedimentos	0	0	70	0	0	50	50	0	
Realização de exames laboratoriais	0	50	40	0	50	30	0	140	
Realização de exames de imagem	<b>180</b>	140	90	0	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>140</b>	60	
Internamento	0	240	0	0	0	0	0	310	
Centro Cirúrgico	0	0	140	0	0	30	0	0	
UTI	0	0	0	0	0	0	0	0	
Apenas Observação	0	0	0	<b>40</b>	40	0	60	0	

FONTE: A Autora, 2013.

No Quadro 10 estão os tempos de cada atividade do processo pelas quais os pacientes que entraram pela procura direta passaram. Apenas a primeira atividade tem sua medida em segundos, as demais são em minutos.

O Quadro 11 também apresenta os tempos de cada atividade, mas agora para os pacientes que entraram pelo SIATE ou SAMU.

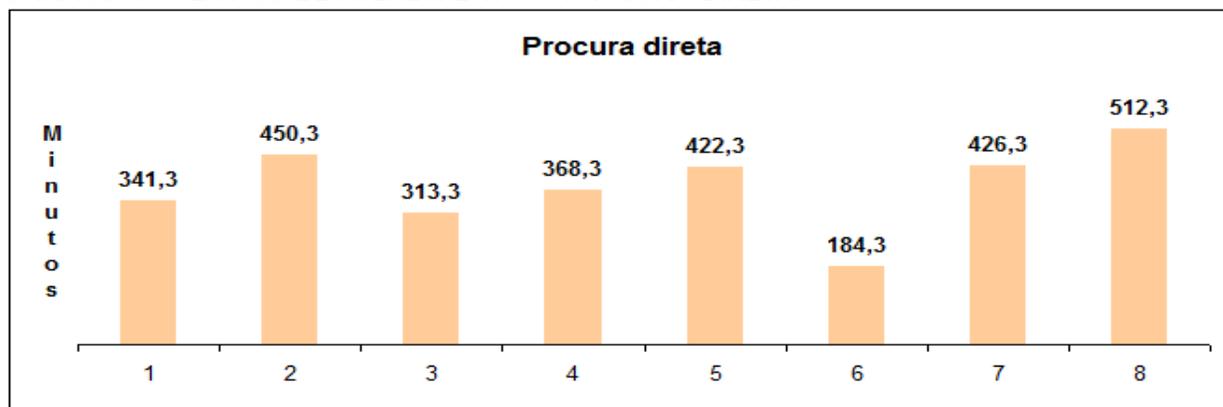
QUADRO 11 – TEMPO DE ATENDIMENTO PACIENTES – SIATE E SAMU.

Etapa	Ações	PAC. 1	PAC. 2	PAC3	PAC. 2	PAC. 5	PAC. 6
Acolhimento	Ambulância dirige-se até porta lateral do PS	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	Levar paciente até a sala de alto risco	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>3</u>
Triagem	Não há	x	x	x	x	x	x
Espera	Não há	x	x	x	x	x	x
Diagnóstico e Tratamento	Receber informações do estado do paciente	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>5</u>
	Estabilizar o paciente	<u>20</u>	<u>16</u>	<u>21</u>	<u>17</u>	<u>19</u>	<u>18</u>
	Realizar avaliação	<u>20</u>	<u>8</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>12</u>	<u>14</u>
	Administração de medicamentos	80	50	1320	70	1260	220
	Sutura ou Procedimentos	0	35	0	0	60	0
	Realização de exames laboratoriais	50	0	40	0	110	30
	Realização de exames de imagem	0	<u>60</u>	90	25	40	80
	Internamento	<u>80</u>	0	0	0	0	<u>220</u>
	Centro Cirúrgico	0	60	0	<u>70</u>	0	0
	UTI	0	0	<u>1320</u>	0	<u>1260</u>	0
	Apenas Observação	0	0	0	0	0	0

FONTE: A Autora, 2013.

A primeira constatação após a medição dos tempos é de que ele varia de acordo com cada paciente. Não é possível padronizar um número exato para o tempo de atendimento, pois cada paciente apresenta uma patologia diferente, que exige condutas diferentes e conseqüentemente variação dos tempos de atendimento. A possibilidade seria definir tempos médios de atendimento. É importante deixar claro que essa ação não faz parte dos objetivos da pesquisa, portanto não será abordado. Os Gráficos 1 e 2 apresentam os tempos (em minutos) de atendimento de cada paciente, e os Gráfico 3 e 4 ilustram a variação dos mesmos:

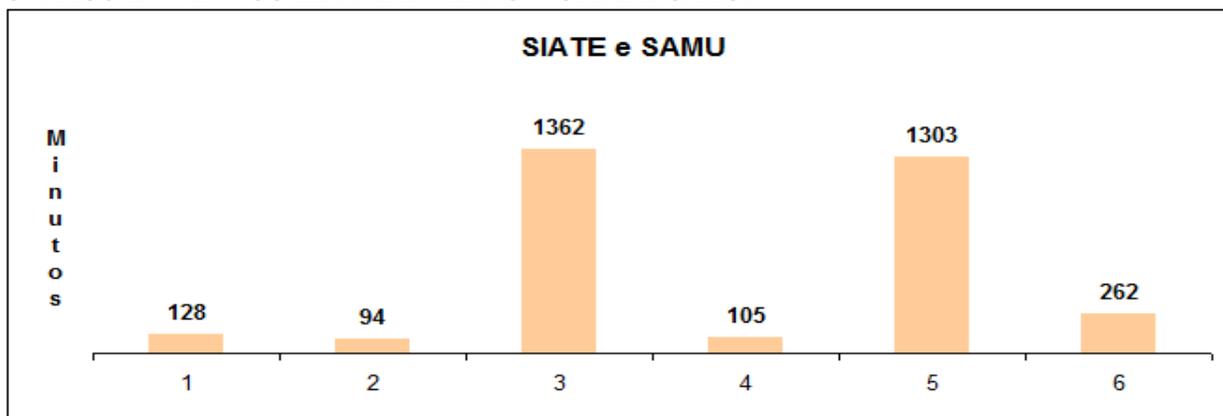
GRÁFICO 1 – TEMPOS DE ATENDIMENTO – PROCURA DIRETA.



FONTE: A Autora, 2013.

O Gráfico 1 apresenta o tempo total dos atendimentos de cada paciente que entrou pela procura direta, sendo o menor tempo 184 minutos e 30 segundos, enquanto que o maior tempo de atendimento foi 512 minutos e 30 segundos.

GRÁFICO 2 – TEMPOS DE ATENDIMENTO - SIATE E SAMU.

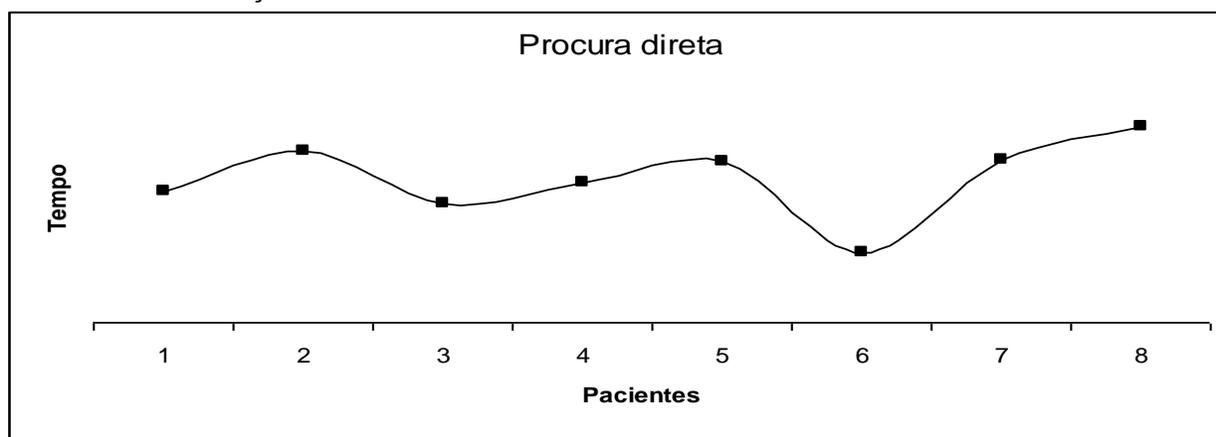


FONTE: A Autora, 2013.

O Gráfico 2 também apresenta o tempo total dos atendimentos de cada paciente, nesse caso dos que entraram pelo SIATE ou SAMU. O menor tempo de atendimento foi de 94 minutos, caso em que o paciente realizou exame de imagem e foi transferido para o centro cirúrgico. O maior tempo de atendimento foi 1362 minutos, tempo em que o paciente realizou exames de imagem, laboratório, recebeu medicamentos e aguardou para ser transferido para UTI.

O Gráfico 3 apresenta a variação dos tempos de atendimento dos pacientes de procura direta.

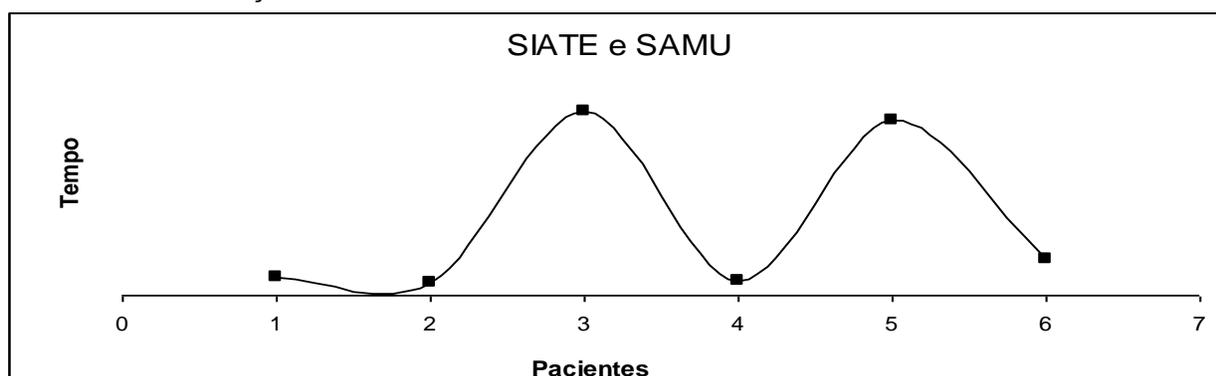
GRÁFICO 3 – VARIAÇÃO DOS TEMPOS DE ATENDIMENTO – PROCURA DIRETA.



FONTE: A Autora, 2013.

É possível notar que os tempos de atendimento variam de acordo com cada paciente. O mesmo ocorre com o tempo de atendimento para os pacientes que entraram pelo SIATE ou SAMU. Por serem casos mais graves, a variação foi ainda maior em função dos pacientes que tiveram que aguardar transferência para UTI, conforme apresenta o Gráfico 4.

GRÁFICO 4 – VARIAÇÃO DOS TEMPOS DE ATENDIMENTO - SIATE E SAMU.



FONTE: A Autora, 2013.

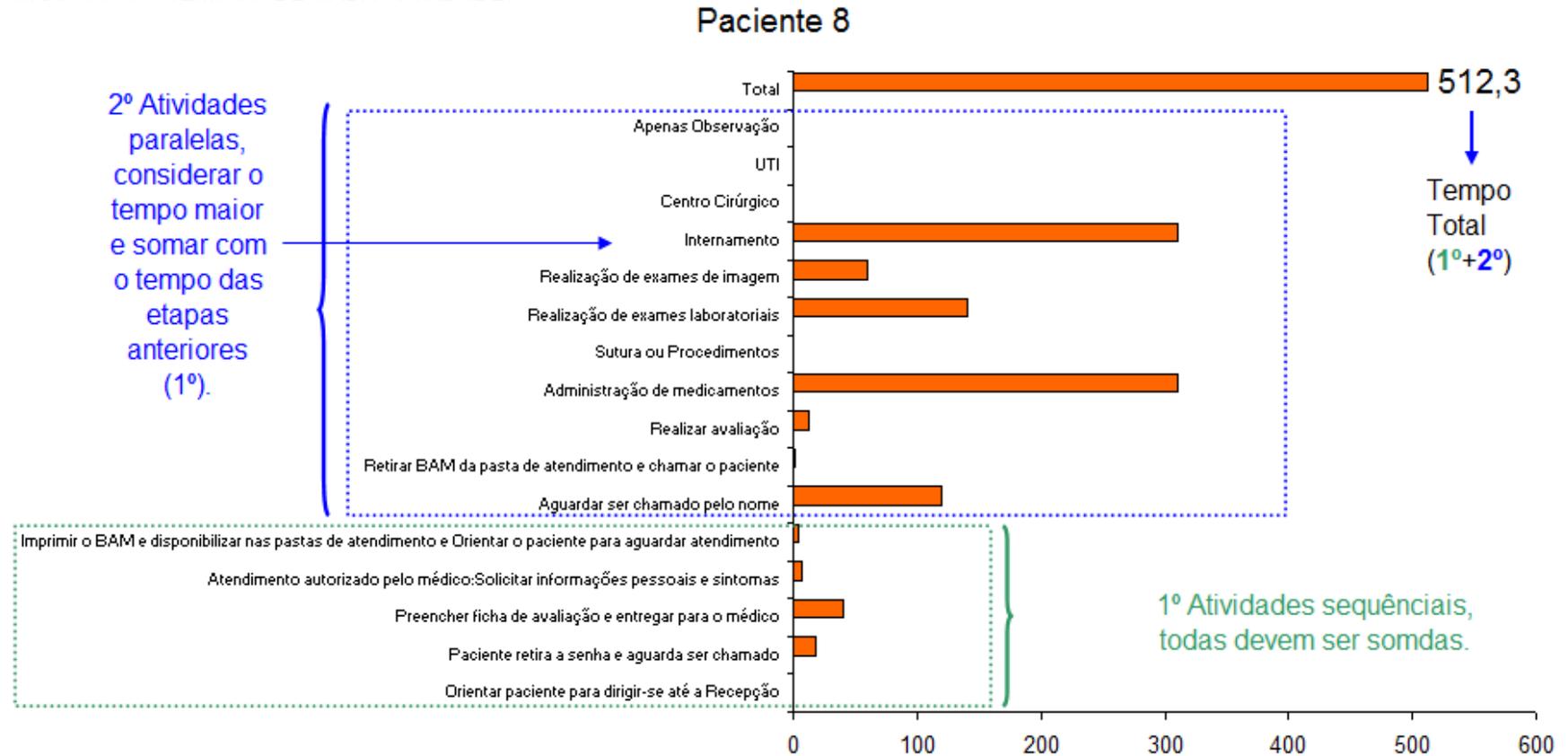
Para chegar aos números foram somados os tempos das atividades das etapas de acolhimento, triagem, espera, o tempo da atividade mais demorada da etapa

de diagnóstico e tratamento.

A soma das atividades das três primeiras etapas é possível, pois são sequenciais, uma só inicia quando a outra encerra. Já na etapa de diagnóstico e tratamento isso não é possível, pois as atividades são paralelas, isto é, enquanto o paciente aguarda para realizar um exame de imagem, ele também pode estar sendo medicado, aguardando um exame laboratorial, procedimento ou qualquer outra atividade indicada pelo médico. Sendo assim, foi somado apenas o tempo da atividade mais demorada com os tempos das demais etapas. Os tempos que foram somados estão sublinhados no Quadro 10 e Quadro 11.

O Gráfico 5 ilustra a execução das atividades sequencias e paralelas. Foi utilizado o processo do paciente 8, que entrou pela procura direta, passou pelo acolhimento, triagem e espera em 189min30s. Após ser chamado pelo médico e passar por avaliação, ficou mais 323min dentro do PS realizando exame de imagem, exame laboratorial e recebendo medicamentos até o seu internamento. O processo de atendimento do PS para esse paciente totalizou em 512min30s.

GRÁFICO 5 – TEMPOS DE CADA ATIVIDADE.



FONTE: A Autora, 2013.

A variação dos tempos de atendimento de acordo com cada paciente impossibilita uma previsão exata do tempo de espera. Além de gerar ansiedade e insatisfação nos pacientes que aguardam por atendimento, essa imprevisão pode colocar suas condições de saúde em risco.

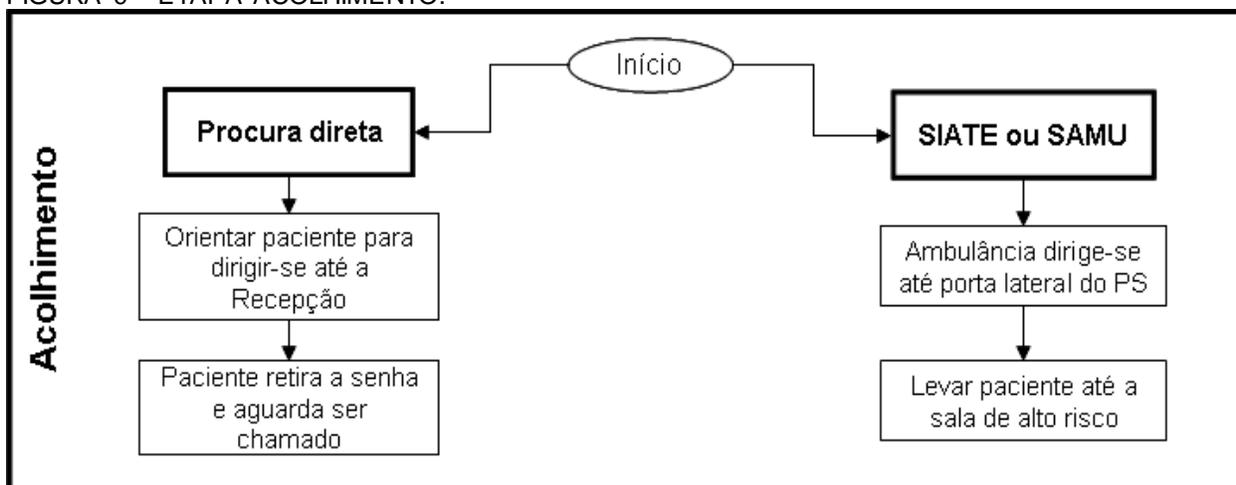
Considerando a variação dos tempos de atendimento e a falta de previsão para novos atendimentos, pode-se afirmar que o tempo é um dos gargalos do processo de atendimento do PS.

O próximo passo será analisar cada etapa do processo e suas atividades, a fim de identificar outros gargalos e as atividades críticas que podem impactar nos resultados.

### Início – Acolhimento – Atividades Críticas e Gargalos

O início do processo, ou etapa de acolhimento, é composta por apenas duas atividades, tanto para procura direta quanto SIATE e SAMU, conforme Figura 9.

FIGURA 9 – ETAPA ACOLHIMENTO.



FONTE: A Autora, 2013.

Referente ao atendimento da procura direta, a primeira atividade é realizada pelo Segurança do hospital, que fica na portaria de acesso ao PS. Não é uma atividade crítica, pois é realizada rapidamente, sem interferências e tem resultado imediato. A atividade é realizada com uma média de 30 segundos.

A segunda atividade pode ser considerada crítica e também um gargalo em função do tempo que o paciente aguarda para ser atendido logo após que retira sua senha. O tempo de espera varia de acordo com a quantidade de pacientes que chegaram antes e também com a disponibilidade do profissional que vai atendê-lo. Houve uma situação que o paciente aguardou 7 minutos para ser chamado, enquanto outro teve de aguardar 22 minutos.

O profissional que realiza essa atividade é o auxiliar administrativo, que trabalha em escala de 12 horas por 36 horas. Geralmente são alocados três para ficar na recepção, mas os mesmos se revezam entre o atendimento e demais atividades da unidade. Em horário de almoço, ou quando o auxiliar deve acompanhar a entrada de pacientes do SIATE e SAMU, apenas um auxiliar fica na recepção, o que torna a atividade um pouco mais lenta. A média de tempo dessa atividade ficou em 15 minutos de espera. É considerada um gargalo para o processo e também uma atividade crítica, não apenas em função tempo, que não é grande, mas sim pelo estado de saúde que o paciente pode chegar, onde cada minuto pode ser fundamental para iniciar o seu atendimento, ou no mínimo para ser triado.

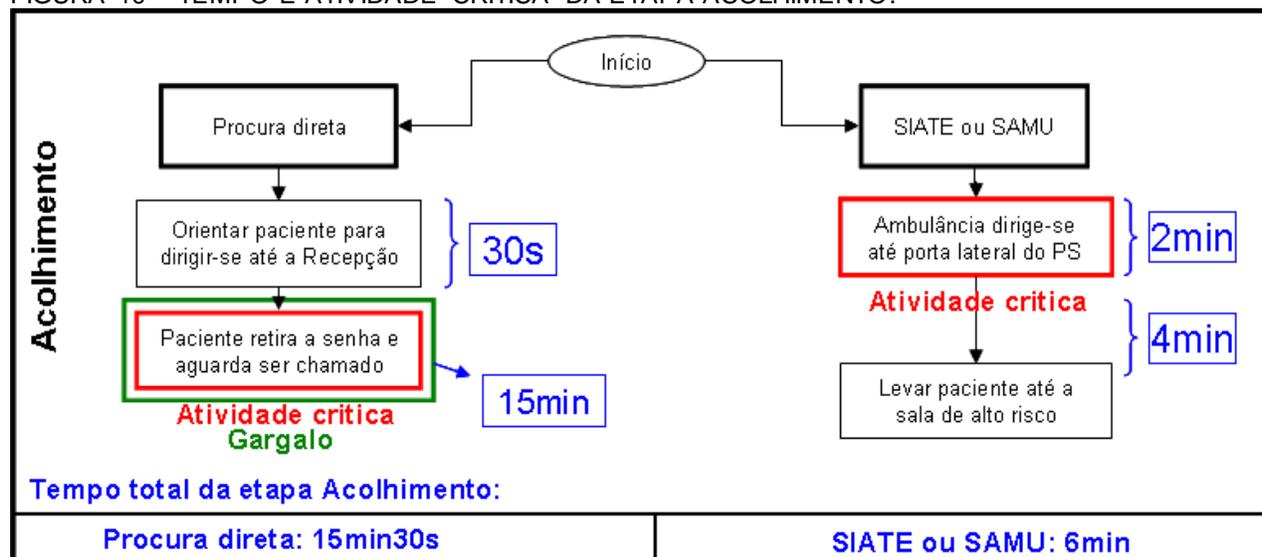
Em relação a entrada do paciente pelo SIATE ou SAMU, a etapa divide-se em duas atividades também. A primeira é o momento em que a ambulância dirige-se até a porta de entrada do PS, e é justamente o trajeto que pode torná-la crítica. Durante a observação não houve nenhuma situação que impactasse na atividade, mas por ser um espaço de circulação de outros automóveis (carros de fornecedores, Instituto Médico Legal, Funerária, entre outros) existe a possibilidade de algum deles interromper a entrada da ambulância, como foi relatado por funcionários da unidade.

Considerando que não houve nenhuma interferência, o tempo da entrada até a porta lateral do PS fechou com uma média de 2 minutos.

A segunda atividade é a retirada do paciente da ambulância para levá-lo até a sala de alto risco do PS. Houve uma pequena diferença nos tempos dessa atividade, mas não chegaram a interferir no processo. A principal razão da diferença foi em função do estado de saúde dos pacientes, os mais críticos requerem atenção redobrada no momento de serem retirados da ambulância. Por não interferir no resultado e no tempo do atendimento, não considera-se uma atividade crítica e nem gargalo para o processo. A média de tempo para realizar esta atividade foi de 4 minutos.

A Figura 10 ilustra a etapa de acolhimento, com destaque das atividades críticas e os tempos médios. O tempo de espera do paciente até ser atendido pelo médico é crucial para manutenção da sua saúde, então essa é uma etapa que merece atenção e monitoramento da equipe que atua na unidade.

FIGURA 10 – TEMPO E ATIVIDADE CRÍTICA DA ETAPA ACOLHIMENTO.



FONTE: A Autora, 2013.

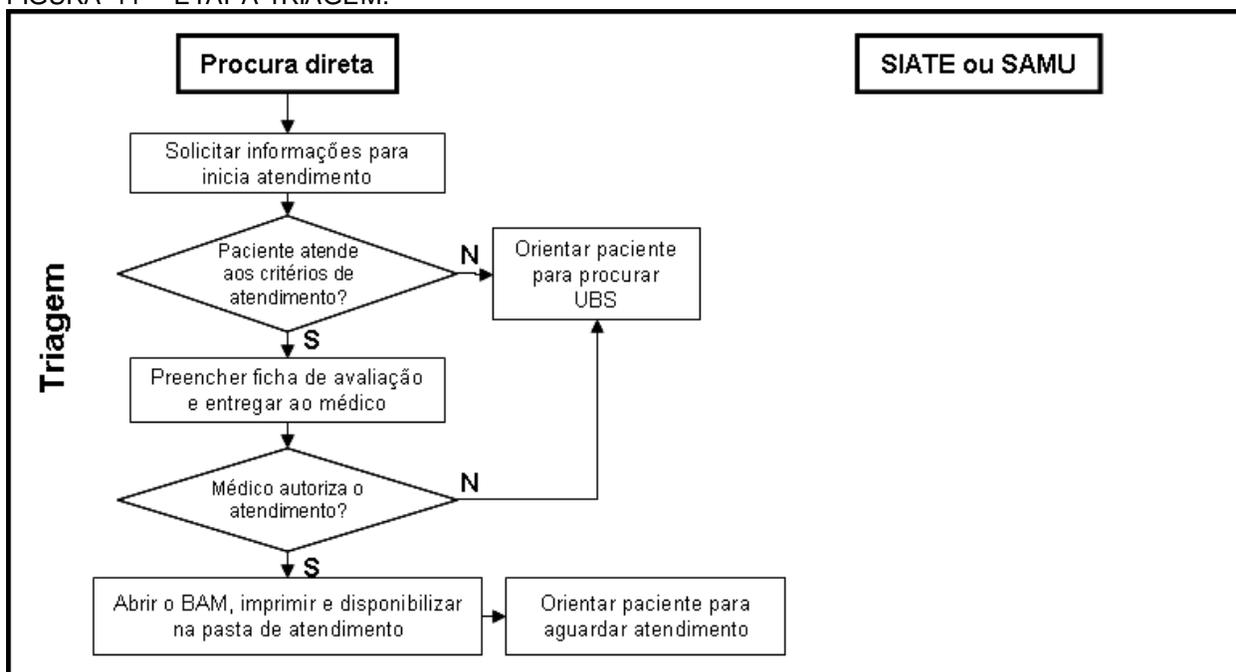
Para chegar aos tempos médios, foram somados os tempos de cada

atividade (conforme Quadro 10) e o resultado dividido pelo número de pacientes acompanhados (neste caso, 8 pacientes procura direta e 6 pelo SIATE e SAMU).

### Triagem – Atividades Críticas e Gargalos

A etapa de triagem compõe-se de três atividades e entre elas dois momentos de decisão. Ela ocorre apenas com pacientes que entram pela procura direta (Figura 11).

FIGURA 11 – ETAPA TRIAGEM.



FONTE: A Autora, 2013.

Na primeira atividade o auxiliar realiza perguntas para identificar se o paciente pode ou não ser atendido no PS. Em caso negativo ele será orientado a buscar um CMUN ou UBS. Caso positivo a segunda atividade é iniciada, onde o auxiliar preenche as informações sobre o paciente na ficha de avaliação da clínica

médica e entrega a mesma para o médico.

À partir do momento que a ficha é entregue para o médico, o processo fica parado até que o mesmo chame o paciente para ser avaliado. O tempo para que isso aconteça depende dos atendimentos que o médico está realizando, portanto é uma atividade que interfere no tempo do processo, tornando-se um gargalo. O tempo médio de espera foi de 27 minutos.

Quando o paciente é chamado para avaliação, o médico tem por base para autorizar, ou não o atendimento, as queixas do paciente e uma avaliação visual do mesmo. Caso não considere que o atendimento precisa ser realizado no PS, orienta para que o paciente retorne a recepção e solicite informações de onde poderá receber o atendimento que precisa. Caso autorize o atendimento, solicita que o paciente retorne para recepção e abra um BAM.

De acordo com a Portaria 2.048/02, a classificação de risco deve ser feita por profissional da saúde, com nível superior, mediante treinamento e protocolos pré-estabelecidos, com objetivo de ordenar e priorizar o atendimento. Cada nível de prioridade é definido por sinais e sintomas, chamados de discriminadores, que são organizados em fluxogramas e servem para guiar a classificação (MACKWAY-JONES et al., 2006).

Considerando a ausência de protocolos e priorização do atendimento no momento da triagem, a atividade torna-se crítica e possivelmente um gargalo do processo, pois deixará de atender rapidamente pacientes em situações mais graves, por outros em situação estável, que poderiam aguardar mais tempo. Além disso, muitos sintomas, aparentemente simples, podem ser indícios de casos mais graves (Acidentes Vasculares Cerebrais, Infartos, Hemorragias e outros casos urgentes) que só seriam identificados com uma avaliação mais completa.

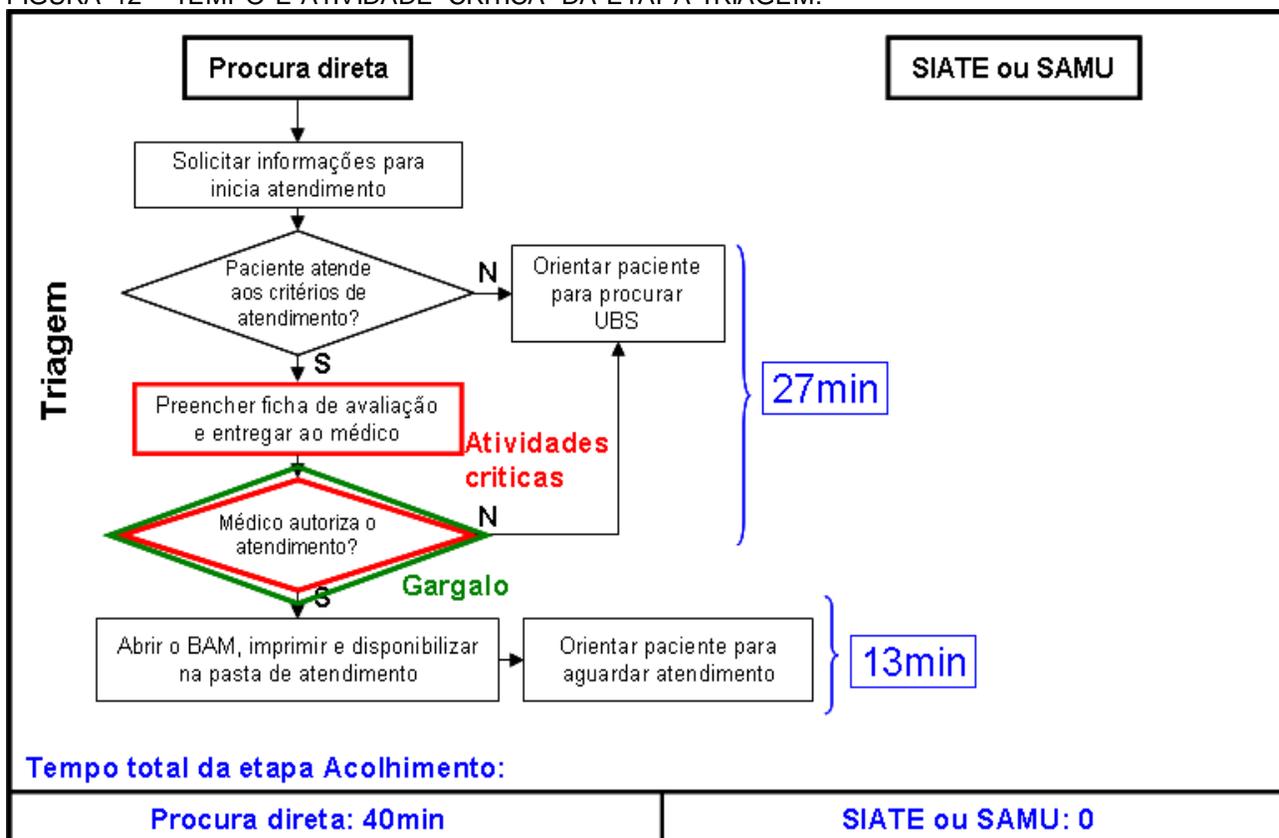
Autorizado o atendimento, o paciente retorna para recepção e solicita abertura do BAM, mediante a ficha de avaliação assinada pelo médico. A auxiliar

efetua as perguntas para abertura do BAM, imprime o documento e junto com ele as etiquetas e a pulseira de identificação do paciente, que é colocada no braço do mesmo. Feito isso, disponibiliza o BAM nas pastas de atendimento. O tempo médio entre a autorização e disponibilização do BAM foi de 13 minutos, o que não a torna crítica e nem gargalo do processo.

Finalmente, para completar a terceira atividade e encerrar a etapa de triagem, o paciente é orientado para aguardar ser chamado pelo nome.

Na Figura 12 é possível identificar o tempo médio de cada atividade e também a atividade crítica.

FIGURA 12 – TEMPO E ATIVIDADE CRÍTICA DA ETAPA TRIAGEM.



FONTE: A Autora, 2013.

Da mesma forma que na etapa de atendimento, o resultado dos tempos médios, foram a soma dos tempos de cada atividade (conforme Quadro 10) e o

resultado dividido pelo número de pacientes acompanhados.

### **Espera – Atividades Críticas e Gargalos**

A etapa de espera não é composta por nenhuma atividade realizada por parte dos profissionais da unidade. Ela simplesmente consiste no tempo que o paciente deverá aguardar até ser chamado para iniciar o atendimento. Assim como na etapa anterior, apenas o paciente que entra pela procura direta deverá aguardar.

Como já foi discutido nos itens anteriores, o tempo de espera é um dos gargalos do processo, em função da sua variação e principalmente por haver o risco de deixar aguardando pacientes que realmente são críticos.

O tempo de espera dos pacientes acompanhados variou entre 40 minutos até 280 minutos. O paciente atendido em menos tempo tinha mais de 65 anos e foi priorizado. O atendimento por ordem de chegada não é o mais apropriado, deveria haver uma classificação para identificar pacientes que precisam de assistência de acordo com o potencial risco e agravos a saúde. Além disso, de acordo com a classificação de cada paciente, seria possível informar o tempo de espera de cada um.

A implantação de um Protocolo da Triagem e Classificação, como citado no item 2.1.2 (Acolhimento e Classificação de Risco) seria uma das medidas para organizar o fluxo e o tempo de atendimento (Quadro 13). Para haver reflexo na etapa de espera, essa ação deveria ser realizada já na etapa anterior, de triagem. O paciente seria corretamente avaliado e classificado de acordo com a criticidade do seu caso, e principalmente, saberia em quanto tempo seria atendido, possibilitando a busca de outras alternativas de atendimento se necessário.

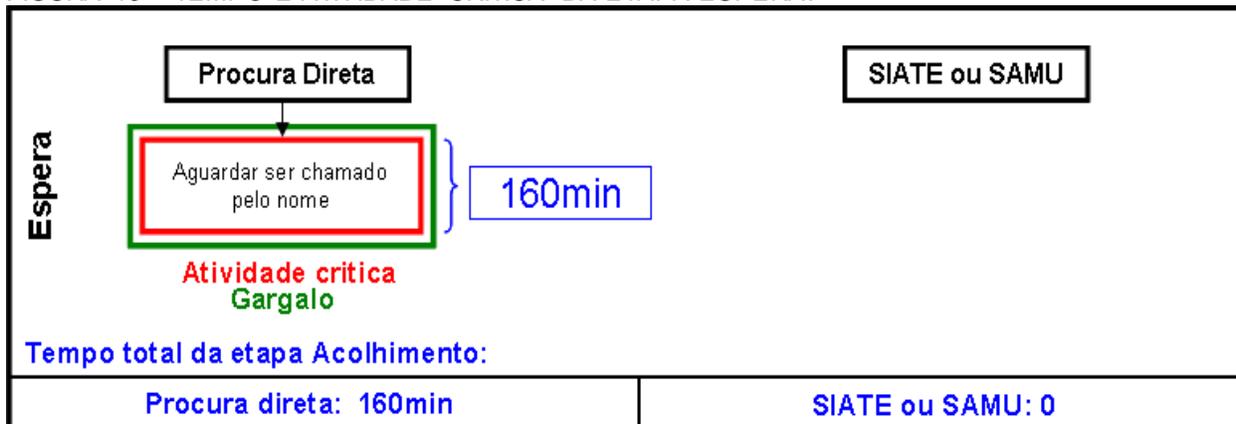
QUADRO 12 – ESCALA UTILIZADA PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER.

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo (min.)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

FONTE: GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002.

Exceto o paciente que foi priorizado por ter mais de 65 anos, os demais aguardaram normalmente e o tempo médio de espera foi de 160 minutos, conforme Figura 13, mas a variação foi grande, entre 40 minutos e 280 minutos.

FIGURA 13 – TEMPO E ATIVIDADE CRÍTICA DA ETAPA ESPERA.



FONTE: A Autora, 2013.

### Diagnóstico e Tratamento – Atividades Críticas e Gargalos

A última etapa do processo é sem dúvida a mais complexa de todas. O fato de envolver um grande número de profissionais que desempenham suas atividades paralelamente exige mais atenção para evitar qualquer possibilidade de erro. Essa

etapa ocorre para pacientes que entram pela procura direta e pelo SIATE ou SAMU. O que diferencia o tipo de atendimento são as duas primeiras atividades.

Nos casos de procura direta, a primeira e a segunda atividade são realizadas pelo médico. A primeira atividade não apresentou criticidade, pois consiste apenas em retirar o BAM da pasta de atendimento e chamar o paciente. A segunda atividade trata-se da avaliação que o médico realiza, do estado de saúde do paciente.

Para iniciar a avaliação, o médico pergunta quais são os sintomas e queixas do paciente e em seguida realiza a avaliação física. Tudo é anotado no BAM, com objetivo de registrar as informações, e principalmente, servir como ponto inicial para o diagnóstico e posteriormente tratamento adequado. Como o objetivo do acompanhamento não foi avaliar os protocolos médicos, nada mais foi questionado sobre as anotações realizadas, que são puramente técnicas.

Após avaliação física, o médico define qual será a conduta para diagnosticar o paciente e em seguida iniciar o tratamento. Abrem-se então as oito possibilidades (administração de medicamentos, sutura ou procedimentos, realização de exames laboratoriais ou de imagem, internamento, transferência para centro cirúrgico, UTI ou observação).

Pacientes que entram pelo SIATE e SAMU diferenciam-se pelas duas atividades que antecedem a avaliação médica. Logo que o paciente entra no PS, os profissionais que realizaram o atendimento externo (socorristas) repassam informações do estado de saúde do paciente para o profissional do PS que vai recebê-lo (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem). Como a equipe já está de sobreaviso sobre a chegada do paciente e também por ser alertada por um alarme no momento da entrada da ambulância, logo a equipe inicia o atendimento de emergência.

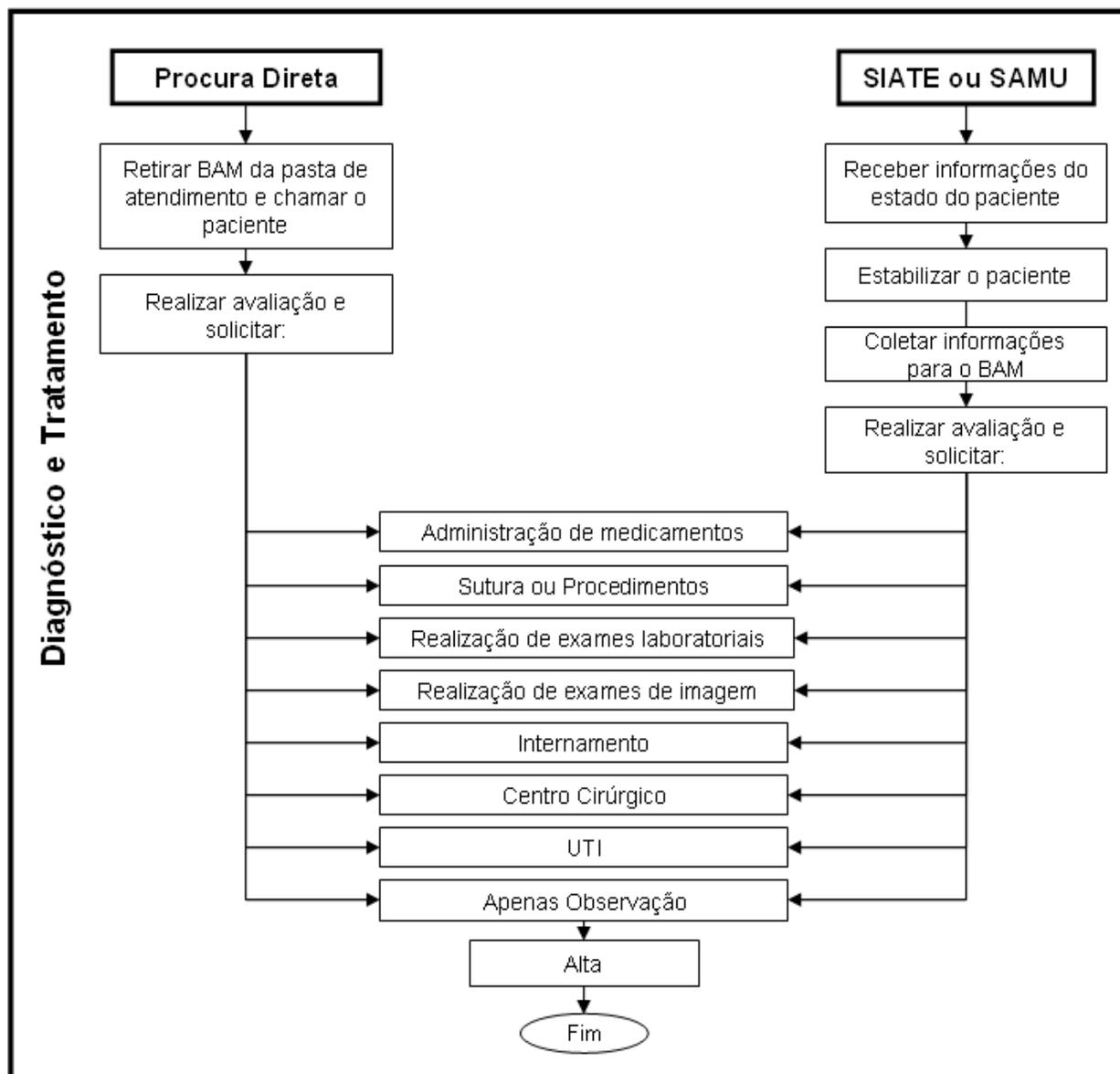
Dos seis casos acompanhados, apenas em um deles foi necessário estabilizar o paciente, que já dependia de mecanismos externos para manter a respiração. A situação foi rapidamente contornada em função dos primeiros

atendimentos que recebeu no trajeto até o hospital. Os demais estavam com seu estado de saúde crítico, mas sem dependência de mecanismos externos. Sendo assim, logo passaram para avaliação médica, que seguiu os mesmos critérios adotados com os pacientes que entraram pela procura direta.

Das atividades realizadas antes de iniciar as condutas que foram definidas pelo médico, nenhuma delas pode ser considerada crítica ou gargalo, do ponto de vista da gestão do processo. Todas elas foram executadas dentro de um tempo aceitável, isto é, em nenhum momento os pacientes tiveram que aguardar sem receber assistência. Atividades críticas poderiam ser identificadas se o processo estivesse sendo analisado do ponto de vista médico, em função das condutas tomadas, mas não é o caso desta pesquisa.

Assim que a avaliação é encerrada, o paciente que entrou no PS por procura direto ou pelo SIATE e SAMU entra no mesmo fluxo de atendimento, como pode ser visto na Figura 14.

FIGURA 14 – ETAPA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.



FONTE: A Autora, 2013.

O tempo médio da etapa de diagnóstico e tratamento, para pacientes que entraram pela procura direta ficou em 163 minutos. Para pacientes do SIATE e SAMU a média foi de 536 minutos.

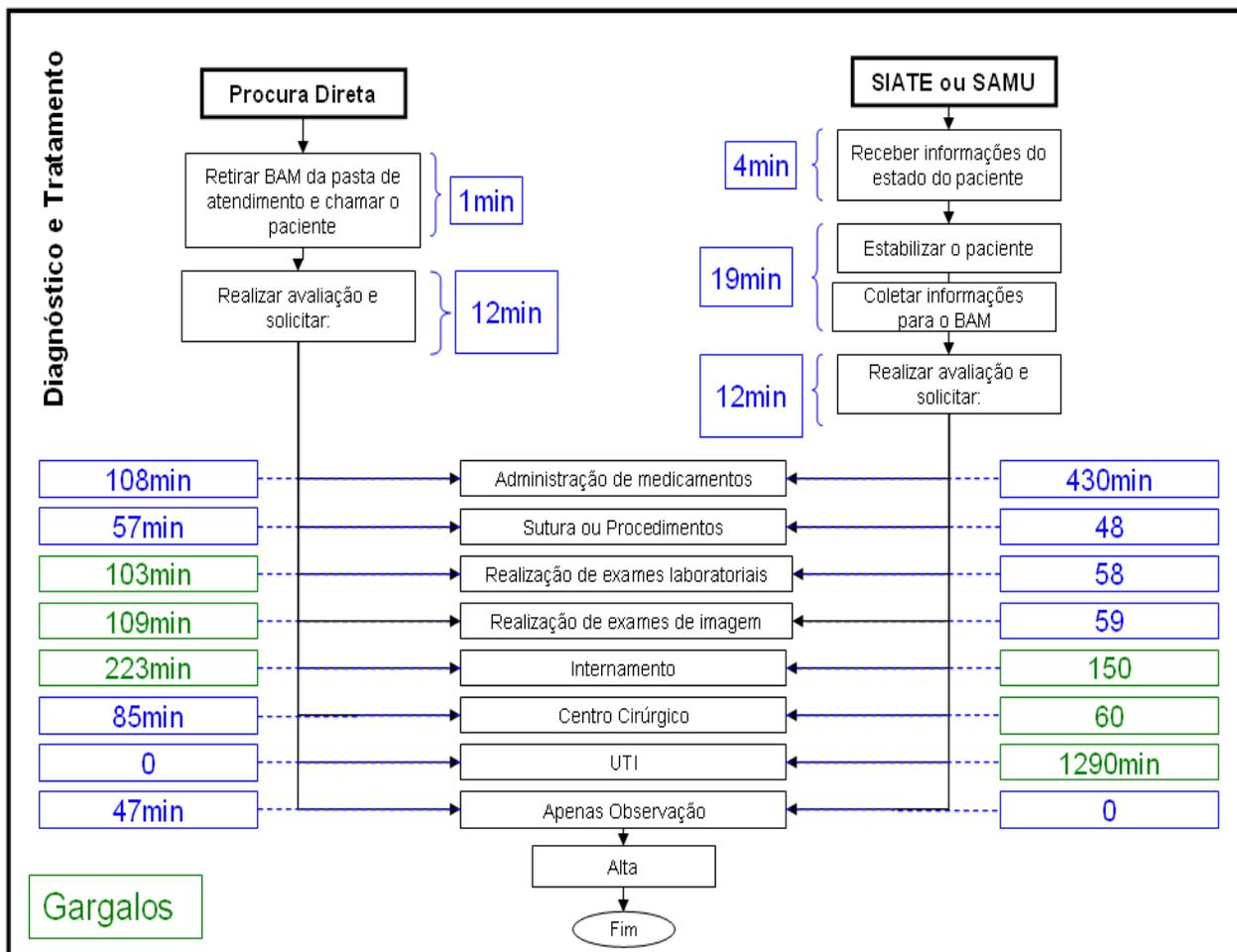
O tempo médio para pacientes de SIATE e SAMU teve uma diferença considerável em função de dois pacientes que tiveram que aguardar por uma vaga na

UTI. O tempo de espera para vaga de um dos pacientes foi de 1303 minutos, e do outro 1355 minutos. Desconsiderando esses dois casos, o tempo médio para os demais pacientes foi de 141 minutos.

Sendo assim, o gargalo encontrado foi o tempo de espera para uma vaga de UTI. A espera além de prejudicar o tratamento do paciente, que deveria ser transferido para uma área com estrutura adequada para realizá-lo, também prejudica o paciente que está aguardando ser chamado na recepção. Pois, só será chamado um paciente na medida que outro receber alta ou transferência. Esse é um problema enfrentado não apenas no hospital que está sendo realizada esta pesquisa, mas sim, um agravo nacional que coloca o sistema de saúde em risco, situação já discutida no capítulo 2.

Assim como o tempo de espera para uma vaga de UTI é um gargalo para o processo, as demais atividades também tiveram seus tempos acompanhados. O resultado pode ser observado na Figura 15.

FIGURA 15 – TEMPO E ATIVIDADE CRÍTICA DA ETAPA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.



FONTE: A Autora, 2013.

Mesmo que as atividades realizadas para pacientes de procura direta ou do SIATE e SAMU, sejam iguais a partir do momento que os dois iniciam seus tratamentos, nota-se que o tempo de espera para cada atividade variou de um para outro. Sendo assim, há priorização nos atendimentos em função da gravidade de cada um.

Para os pacientes que entraram pela procura direta as atividades que mais demoraram foram: internamento, exames de imagem e exames laboratoriais. Enquanto que para os pacientes que entraram pelo SIATE e SAMU as atividades mais demoradas foram as de transferência para UTI, internamento e encaminhamento para

o centro cirúrgico.

Na Figura 15, a administração de medicamentos aparece com um tempo maior que todas as atividades, mas, considerando que os pacientes que aguardam qualquer atividade, estarão recebendo administração de medicamentos, essa é uma ação que pode ser desconsiderada como um gargalo. Pelo contrário, essa é uma ação que garante a estabilidade do paciente até outra ação para o seu tratamento.

Em função do longo tempo de espera das atividades, foi necessária uma análise das causas. Em relação a espera dos exames laboratoriais e de imagem, o tempo é em função do processo de cada setor. O laboratório prioriza as solicitações que são feitas pelo PS, mas mesmo assim existe um tempo de processamento e análise do material até que o resultado seja disponibilizado, portanto, não há como otimizar o tempo. Além disso, cada exame solicitado tem tempos diferentes de processamento e análise.

Em relação aos exames de imagem o longo tempo de espera é em função do volume de pacientes para serem atendidos, do preparo de cada paciente para realizar o exame e o tempo de processamento da imagem. Além disso, a imagem (laudo) só pode ser consultada pelo médico no próprio setor de imagem, isto é, o mesmo deve deslocar-se até o local, o que aumenta ainda mais o tempo dessa atividade. Essa regra foi estabelecida em função do extravio das imagens quando retiradas do setor.

O tempo para internamento tem duas variáveis, a disponibilidade de vaga e o preparo do leito. Logo que a vaga é solicitada, se estiver disponível, o leito deverá ser higienizado. Essa atividade é realizada pela área de hotelaria e dependerá da disponibilidade de funcionários para sua realização. Além disso, o tempo de higienização e preparação pode variar de 20 até 40 minutos.

A transferência para o centro cirúrgico também tem duas variáveis, disponibilidade de vaga e preparação da sala. Para preparação da sala, além da higienização, também é necessária a organização do kit cirúrgico de acordo com a

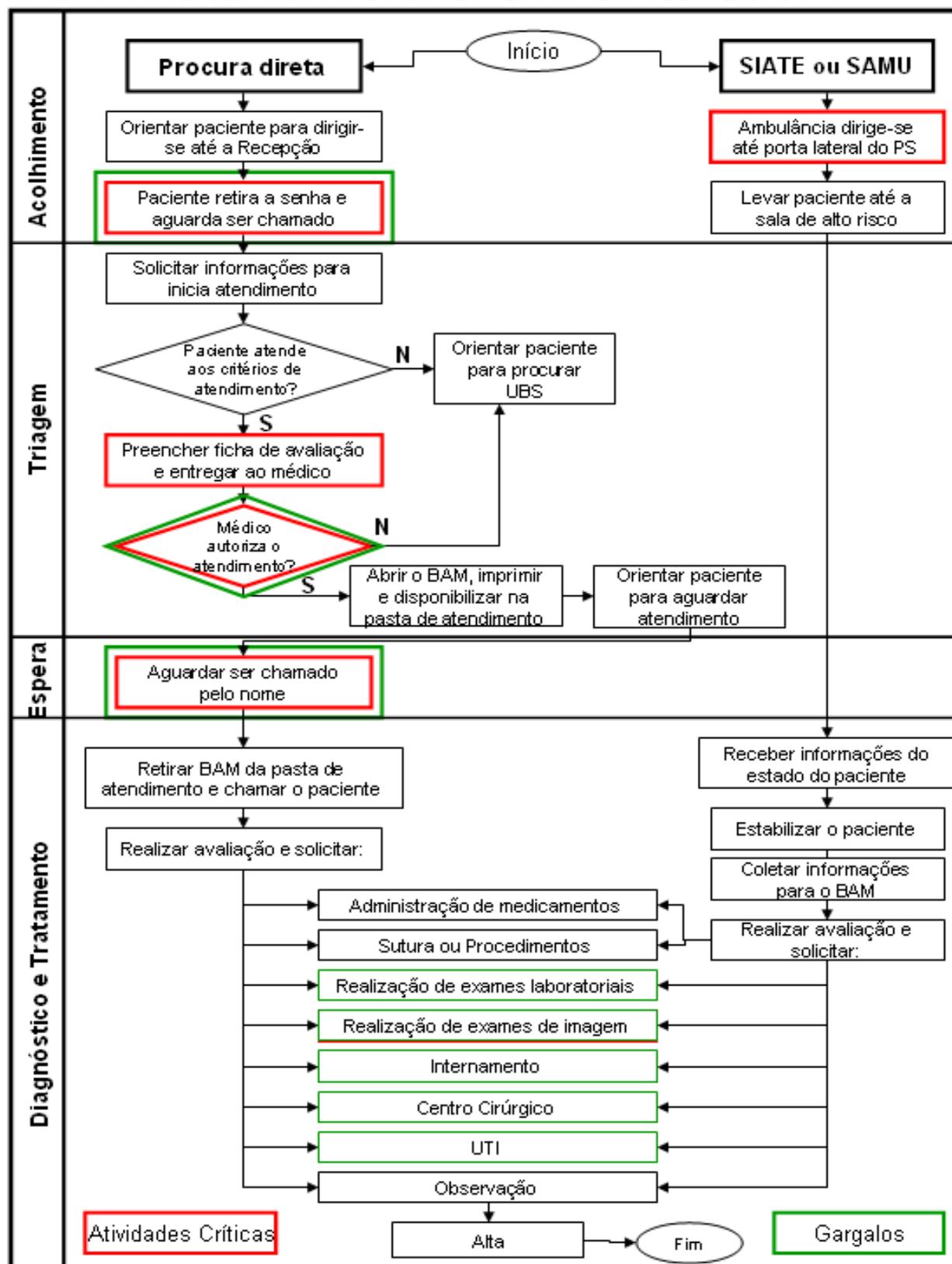
cirurgia que será realizada. Também deve ser considerada a disponibilidade de profissionais para realização da cirurgia (cirurgiões, anestesistas, circulantes de sala, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Por envolver diversos profissionais, preparação da sala, disponibilidade de materiais e medicamentos, essa é uma atividade que levará mais tempo para ser realizada.

As atividades que foram realizadas em menor tempo foram a observação, sutura e procedimentos. Em função das suturas ou demais procedimentos de pequeno porte, tiveram tempo menor por serem realizadas dentro do PS e pelos profissionais que ali estão, portanto, não dependem de vagas de outros setores e os medicamentos e materiais já estão disponíveis para uso.

No caso da observação, tratam-se de pacientes com quadros estáveis, que apenas com medicação tem condições de receber alta.

Após identificação das atividades críticas e gargalos, podemos observar como ficou o processo na Figura 16:

FIGURA 16 – ATIVIDADES CRICAS E GARGALOS DO PROCESSO DE ATEND. DO PS.



FONTE: A Autora, 2013.

#### 4.2.1 Análise do processo de atendimento do PS

Com objetivo de eliminar ou reduzir os gargalos e atividade críticas que foram identificadas no processo, será feita uma análise, seguida de sugestões de melhoria.

Antes de prosseguir, é importante esclarecer que a redução do tempo de espera não é solução para um processo de atendimento de urgências e emergências. Reduzir o tempo de espera exige que todas as atividades realizadas na etapa de diagnóstico e tratamento sejam ampliados, pois, com um tempo menor de espera, entende-se que o número de pacientes atendidos também será maior.

Para atender um número maior de pacientes são necessários mais leitos no PS, mais profissionais, mais vagas de UTI, de Centro Cirúrgico e de Internamento, ampliação da capacidade de processamento do Laboratório, maior quantidade de equipamentos e salas para exames de imagem, entre outros aspectos que alteram toda a estrutura do hospital, o que exige um investimento financeiro e planejamento consideráveis.

Tendo em vista que essa alteração não é objetivo da pesquisa, que sua viabilização exige altos investimentos, que os resultados não seriam em curto e médio prazo e por ser uma instituição filantrópica que esta sujeita a leis e regras externas, a melhoria do processo para esse caso é a uma alternativa tangível e pode apresentar resultados positivos e imediatos.

A primeira sugestão de melhoria tem como objetivo eliminar duas atividades críticas do processo: o tempo que o paciente aguarda para ser chamado na recepção depois que retirou a senha e o tempo que aguarda para ser triado pelo médico. O objetivo não é de reduzir filas e nem o tempo de espera, mas sim de priorizar os atendimentos mais graves daqueles que são estáveis e podem aguardar mais tempo para iniciar o atendimento.

A primeira medida é ampliar de três auxiliares administrativos na recepção,

para quatro. Dois fixos para realizar abertura do BAM e dois em revezamento para as atividades gerais da recepção e atendimento dos pacientes que entram pelo SIATE e SAMU. Dessa maneira, em nenhum momento a recepção ficaria com apenas um profissional para realizar o atendimento.

A segunda medida é alocar uma enfermeira específica para realizar a triagem, em uma sala ao lado da recepção, pois no mesmo momento que o paciente responder positivamente aos critérios de atendimento, imediatamente será triado e identificado de acordo com o nível de criticidade do seu caso. A triagem realizada de acordo com os protocolos específicos para essa atividade e por uma enfermeira capacitada elimina o tempo de espera pela avaliação do médico.

Uma das vantagens é a melhoria da qualidade da triagem, visto que atualmente o médico realiza apenas uma avaliação visual do paciente. Outra vantagem, é que o médico que já está realizando atendimento, não vai precisar interrompê-lo para realizar outra atividade. Além disso, garante a priorização dos atendimentos críticos e organiza os tempos de atendimento para cada paciente, o que garante mais tranquilidade e satisfação por parte do paciente, que terá conhecimento do tempo que terá que aguardar e tranquilidade psicológica por saber que seu estado de saúde é estável.

Outra medida para melhorar o processo é identificar o paciente e o BAM de acordo com o nível que ele foi triado. Como a triagem utiliza cores para classificar os níveis, a sugestão é de que as pulseiras de identificação tenham a cor de acordo com o nível que o paciente foi classificado. Para o BAM, no mesmo pode ser colado um adesivo da cor do nível de classificação. Podendo identificar visualmente o paciente e o BAM, sem dúvida ele será priorizado também na etapa de diagnóstico e tratamento (administração de medicamentos, realização de exames, entre outros), pois muitas vezes, os profissionais que atuam nessa etapa não sabem ao certo o nível de gravidade de cada paciente.

O paciente que entra no PS pelo SIATE ou SAME, não é triado, ele é classificado e identificado automaticamente no nível mais grave, que exige tempo zero de espera.

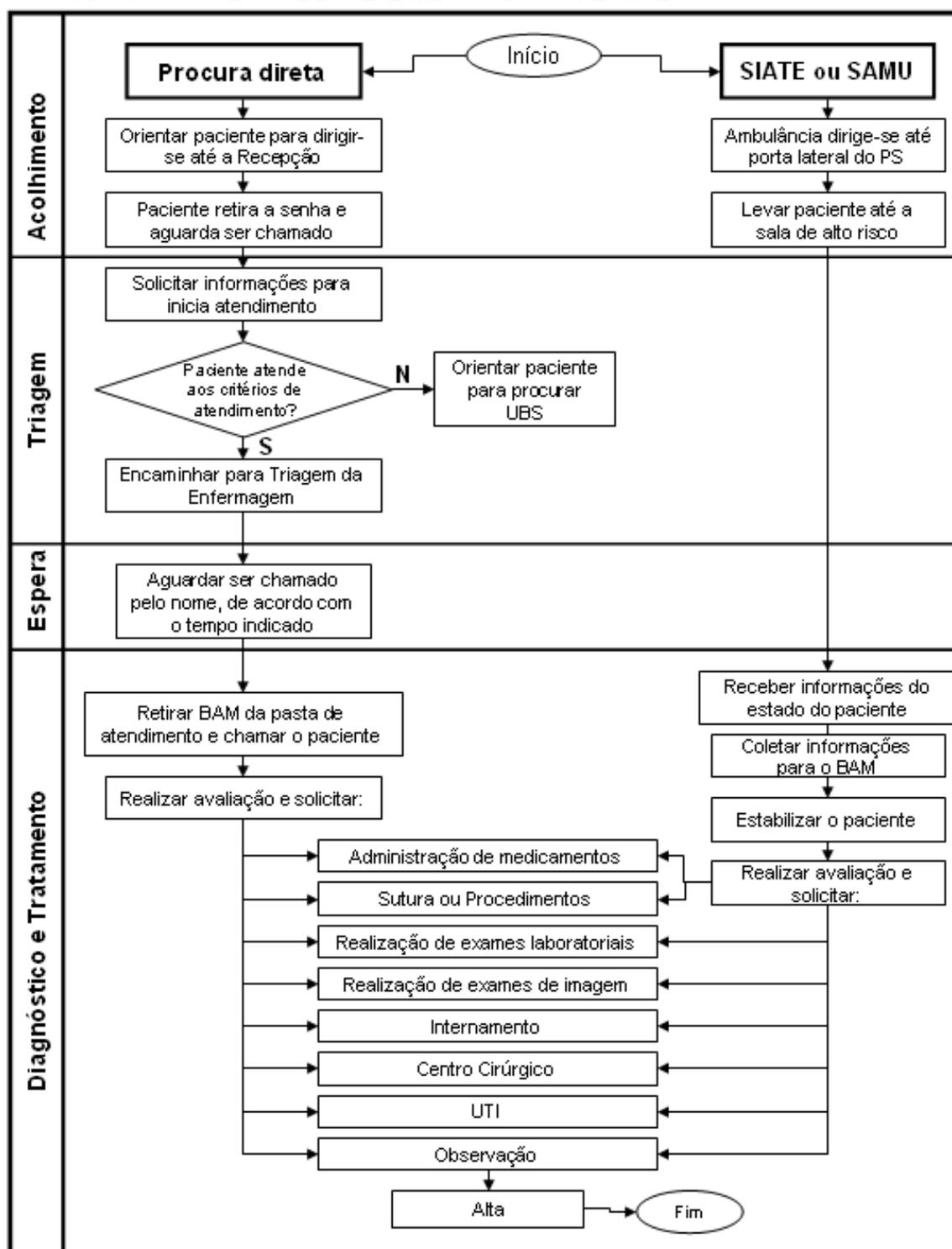
Em relação as atividade de transferência para Unidade de Internamento, Centro Cirúrgico e UTI, a medida seria um acordo com os responsáveis por essas unidades, para que os mesmos disponibilizassem vagas exclusivas para pacientes do PS. Essa é uma ação que interfere em outros processos e decisões de outros profissionais, então não há garantias de resultado positivo. Mesmo assim é uma tentativa válida para melhorar o atendimento e reduzir os tempos de espera, o que permite atender mais pacientes que estão aguardando.

Em relação ao processo do SIATE e SAMU, uma medida para evitar gargalos, é a organização da entrada de veículos no hospital. É necessário fazer identificações no chão, delimitando lugares para estacionar, embarque e desembarque de pessoal e mercadorias. Além disso, definir uma rota exclusiva para ambulância até a porta de entrada do PS. Uma medida simples, mas que pode evitar transtornos no momento de chegada da ambulância, fazendo com que o tempo para iniciar o atendimento não seja prolongado.

As medidas citadas exigem que todos os profissionais que atuam no PS, sejam orientados e treinados. Além disso, manter e melhorar o processo exige controles e pessoas comprometidas. O item 4.3 vai identificar a existência ou não dessas medidas.

Abaixo, segue o processo com as sugestões de melhoria.

FIGURA 17 – PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS REVISADO.



FONTE: A Autora, 2013.

### 4.3 IDENTIFICAR E DESCREVER AÇÕES REFERENTES A QUALIDADE NO PS

A terceira etapa tem como objetivo identificar o uso e aplicação de métodos e ferramentas da qualidade no processo de atendimento do PS. A necessidade de identificá-las tem duas razões, uma delas será para conhecer e analisar a eficiência das ferramentas e métodos no processo, e a outra para que as sugestões dadas pela pesquisadora, na próxima etapa da pesquisa, não sejam repetidas ou então para que as ações já implantadas sejam reforçadas.

Para identificar as ações, foram organizados dois grupos focais. Um deles com os profissionais da área de gestão e outro com os profissionais da área assistencial. Foram escolhidos os profissionais que são chave do processo, isto é, aqueles que executam as atividades do processo e aqueles que auxiliam na gestão do mesmo.

Para o grupo 1 foram convidados profissionais da área de gestão, sendo eles: Coordenador Administrativo (responsável pela recepção do PS), Auxiliar Administrativo da recepção e o Segurança. Para o grupo, também foi convidada a coordenadora do Escritório da Qualidade do hospital.

Para o grupo 2 foram convidados o Responsável Técnico do PS, uma enfermeira da unidade, um técnico de enfermagem, coordenador de suprimentos, coordenador do laboratório e coordenador da área de exames de imagem.

O convite para participar do grupo focal foi feito pessoalmente com cada profissional, no mesmo momento em que o processo estava sendo mapeado, justamente com as pessoas que tiveram participação direta em alguma das atividades. Os grupos foram realizados uma semana após o acompanhamento do processo e ocorreu dentro do próprio hospital. Por questões de privacidade, o nome dos responsáveis não serão citados, eles serão identificados por seus cargos e funções.

Abaixo segue a descrição dos resultados obtidos com cada grupo.

### **Grupo Focal 1 – Área de Gestão**

O grupo 1 foi composto pelo coordenador de atendimento do PS, 1 auxiliar administrativo, 1 segurança da unidade e a coordenadora do Escritório de Qualidade do hospital. O tempo estimado foi de 1 hora e 45 minutos, mas o total foi de 40 minutos. Antes de iniciar as perguntas, de acordo com o roteiro (Apêndice B) a pesquisadora fez uma breve apresentação pessoal (nome, instituição de ensino e o programa que esta cursando), explicou os objetivos da pesquisa e quais são os possíveis benefícios que o PS e a sociedade podem ter com os resultados da pesquisa (melhoria do processo de atendimento). Também foi esclarecido que todos têm a liberdade de responder, ou não, as perguntas que serão realizadas. Logo, a pesquisadora questionou se haviam dúvidas sobre o objetivo do grupo. Segundo os mesmos, nenhuma dúvida até o momento. Dessa forma, as perguntas foram iniciadas. A primeira pergunta foi:

#### **1. Existe um Sistema de Gestão da Qualidade no PS?**

Segundo o coordenador de atendimento, não há nenhum sistema de gestão da qualidade específico para o PS. Argumentou que alguns meses atrás foi iniciado o atendimento de acordo com uma classificação de risco, que foram comprados equipamentos e adquirido um software para fazer a gestão do processo. O atendimento funcionou durante 40 dias, mas infelizmente voltou ao processo antigo (modelo que foi descrito nesta pesquisa) em função da falta de profissionais treinados para realizar a classificação. O mesmo completou explicando que 8 profissionais estão aguardando para realizar o treinamento, que é dado pela Secretaria Municipal de Saúde. A coordenadora de qualidade confirmou que por parte do Escritório de Qualidade não há

nenhum sistema específico para gestão dessa unidade.

Considerando que o processo de classificação de risco não está acontecendo e nenhum outro foi citado, conclui-se que não há sistema de gestão da qualidade específico para o PS.

## 2. Existe uma política de qualidade no PS?

A coordenadora da qualidade afirma que existe uma política de qualidade corporativa, que é aplicada também no PS. Foi questionado pela pesquisadora qual é e como funciona essa política no PS. Segundo a mesma, a política tem como principal objetivo promover melhoria contínua dos serviços de gestão e do atendimento médico hospitalar. Para que isso ocorra, o objetivo tem três metas, que são: garantir a satisfação e segurança do paciente, estabelecer mapeamento e qualidade dos processos e promover a educação contínua.

Em função da política, a pesquisadora perguntou quais são os meios utilizados para garantir que as metas sejam atingidas no PS. Segundo o coordenador de atendimento, estão sendo desenvolvidos indicadores que serão enviados mensalmente ao Escritório da Qualidade, para que o mesmo possa acompanhar os resultados do PS. A coordenadora completou dizendo que pesquisas de satisfação com os clientes, serão retomadas no setor. O coordenador de atendimento comentou que assim que o sistema de classificação de risco volte a acontecer, será possível monitorar melhor o atendimento, visto que o módulo do sistema MV para essa função tem muitos relatórios com essa finalidade. A pesquisadora pediu alguns exemplos de relatório que o sistema poderá emitir, segundo o coordenador são relatórios do tempo de espera, tipo de classificação e resultados do atendimento (se o paciente foi internado, ficou só em observação e recebeu alta, entre outras possibilidades).

### 3. Os profissionais do PS recebem treinamentos periodicamente?

Sim, foi a resposta do coordenador de atendimento. A pesquisadora questionou quais são os temas dos treinamentos. O mesmo responde que são treinamentos referentes ao uso do sistema MV e outros de atendimento ao cliente. A coordenadora da qualidade complementa dizendo que também são promovidos para os funcionários do hospital treinamentos sobre o Programa dos 5'S, com objetivo de explicar do que se trata o programa para os novos funcionários e reforçar para aqueles que já o conhecem.

### 4. São utilizados métodos de gestão da qualidade no PS? Quais?

A resposta do coordenador de atendimento e coordenadora da qualidade foi de que não há nenhum método sendo aplicado no PS. Em função da resposta a pesquisadora citou como exemplo, a utilização do método do PDCA para implantar e monitorar novas atividades, ou o MASP para identificar problemas. Mesmo assim, a resposta continuou negativa.

### 5. São utilizadas ferramentas da qualidade no PS? Quais?

As ferramentas da qualidade utilizadas no PS, incentivadas pelo Escritório da Qualidade são os 5'S e os POPs (Procedimento Operacional Padrão), resposta dada pela coordenadora. A mesma ainda afirma que o programa de 5'S é avaliado trimestralmente, em todas as unidades do hospital, e os procedimentos são atualizados anualmente. A pesquisadora questiona por que o POP é considerada uma ferramenta de qualidade para o PS, e a coordenadora da qualidade afirma os procedimentos são explicados em formato descritivo e também de fluxograma, o que pode caracterizar o documento como uma ferramenta de qualidade para o setor.

#### 6. Existem custos para o PS, referentes a qualidade?

Segundo o coordenador de atendimento e coordenadora da qualidade, não há nenhum custo.

#### 7. As ações implantadas no PS são planejadas e posteriormente monitoradas?

Segundo o coordenador de atendimento, toda e qualquer ação nova no PS é definida e validada em conjunto com a direção do hospital. Conforme a ação o monitoramento é feito por meio de relatórios do sistema ou acompanhada pessoalmente. A pesquisadora questiona se o Escritório da Qualidade acompanha as ações e resultados, e segundo a coordenadora apenas quando é solicitado pela direção são entregues relatórios com a descrição do andamento ou resultados.

### **Grupo Focal 2 – Área Assistencial**

O grupo 2 foi composto por um dos médicos plantonistas (no lugar do Responsável Técnico do PS, que não pode participar por motivos profissionais), uma enfermeira da unidade, um técnico de enfermagem, coordenador de suprimentos (no lugar da Farmacêutica responsável, que também por motivos profissionais não pode participar) e a coordenadora do laboratório. O coordenador da área de exames de imagem também não pode estar presente e não indicou ninguém para participar no seu lugar.

O tempo estimado também dura de 1 hora e 45 minutos, mas o total foi de 45 minutos. Assim como realizado com o grupo 1, antes de iniciar as perguntas, a pesquisadora fez uma breve apresentação pessoal e explicou os objetivos da pesquisa. Não houve dúvidas sobre a formação do grupo e logo a primeira pergunta foi realizada:

### 1. Existe um Sistema de Gestão da Qualidade no PS?

Segundo o médico, no momento não existe um Sistema de Gestão da Qualidade, e mesmo o processo de classificação de risco não está acontecendo mais, mas, será retomado assim que houverem profissionais treinados. A coordenadora do laboratório afirma que independente do processo de classificação de risco, o Laboratório atende as solicitações do PS e UTI de maneira diferenciada. Existe um sistema de impressão centralizada para todos os pedidos de exame do hospital, isto é, o pedido é feito na unidade solicitante e chega na impressora do laboratório, onde um auxiliar vai classificar os pedidos e priorizar solicitações do PS e UTI. Com a solicitação em mãos, o coletador vai até o paciente, coleta o material e traz para o laboratório processar. Também estão sendo definidas metas para atender esses dois setores, eles serão medidos por indicadores do tempo de solicitação e tempo de entrega dos resultados. A princípio a meta será de uma hora para entregar os resultados, mas ainda será melhor estudado, pois é um processo novo.

A enfermeira afirma que não há nenhum sistema de qualidade, mas que todos os pacientes são atendidos da melhor maneira possível e seguindo todos os protocolos que devem ser aplicados a pacientes de urgência e emergência. A pesquisadora questionou se esses protocolos estão documentados e disponíveis para consulta de todos profissionais. A mesma afirmou que são protocolos de conhecimento geral dos profissionais da área, que todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem aprendem na faculdade ou cursos de formação.

### 2. Existe uma política de qualidade no PS?

A enfermeira afirma que no PS não existe uma política de qualidade específica, mas toda a equipe de enfermagem segue a política da instituição para prestar atendimento com qualidade e segurança aos pacientes. O médico concorda com a afirmação e diz que não apenas a enfermagem presta atendimento com

qualidade e segurança, mas sim toda a equipe que presta atendimento na unidade.

A pesquisadora questiona se referente aos atendimentos, existem formas de mensurar se eles estão sendo realizados com qualidade e segurança. O médico responde que pesquisas de satisfação eram feitas na unidade, mas não sabe se continuam. A enfermeira diz que alguns indicadores são monitorados na unidade, como: nº de pacientes em ventilação mecânica, grau de dependência, paradas cardiorrespiratórias e quedas. Todos os dados são preenchidos na intranet e há cada três meses é realizada uma reunião junto à Gerência de Risco do hospital, que avalia e discute sobre os indicadores de cada unidade. A pesquisadora questiona se dessas reuniões são definidos planos e prazos para melhorar os indicadores que apresentaram anomalias. Segundo a enfermeira, para cada unidade são sugeridas ações, e os resultados são apresentados na reunião seguinte.

### 3. Os profissionais do PS recebem treinamentos periodicamente?

A enfermeira explica que o setor de Educação Continuada de Enfermagem promove periodicamente treinamentos para toda equipe de enfermagem do hospital, inclusive para os funcionários do PS. O médico diz que a equipe médica sempre esta se reciclando e participam de congressos, feiras, seminários e eventos sobre a área em que cada um atua.

A coordenadora do laboratório diz que seus funcionários recebem treinamentos mensalmente sobre técnicas específicas para cada função, sempre com objetivo de aprimorar o serviço. O coordenador de suprimentos diz que a última ação mais próxima de treinamento, foi uma visita de *benchmarking* em outro hospital para conhecer o funcionamento e as melhores práticas do Almojarifado e Farmácia, que poderiam ser replicados no hospital.

A pesquisadora questiona todos, se dentre todos os treinamentos realizados, algum deles é específico para atendimentos no PS. A coordenadora do laboratório

responde que especificamente não, mas que de alguma forma os treinamentos refletem no atendimento que é feito no PS também. Os demais participantes concordam de que o mesmo aplica-se para os seus setores.

#### 4. São utilizados métodos de gestão da qualidade no PS? Quais?

Todos os participantes desconhecem métodos de qualidade utilizados no PS. A pesquisadora cita o exemplo do método PDCA para implantar e monitorar novas atividades, ou então MASP para identificar problemas, mas mesmo assim, todos desconhecem a aplicação desses métodos ou outros semelhantes.

#### 5. São utilizadas ferramentas da qualidade no PS? Quais?

A enfermeira destaca que o programa dos 5'S é amplamente divulgado e utilizado na unidade. A mesma afirma que o 5'S beneficia no trabalho, pois garante a organização do ambiente, armários, gavetas, pastas e murais. É muito positivo principalmente em função do grande número de profissionais que trabalham no PS, pois assim todos sabem onde estão e onde devem ficar os materiais que são de uso comum e nada some do lugar. O coordenador de suprimentos concorda com a enfermeira e explica que na farmácia todas as prateleiras e gavetas são identificadas com etiquetas que contém o nome do medicamento, localização e vencimento, que ajudam no momento de dispensar os medicamentos, evitando erros.

A pesquisadora pergunta ao grupo se há mais alguma ferramenta e todos afirmam que não.

#### 6. Existem custos para o PS, referentes a qualidade?

Assim como no grupo 1, todos desconhecem custos referentes a qualidade.

### 7. As ações implantadas no PS são planejadas e posteriormente monitoradas?

A coordenadora do laboratório afirma que todas as ações aplicadas no PS, assim como em outras unidades, sempre passa por um planejamento antes de ser implantada, e após implantada serão desenvolvidos indicadores para medir os resultados. O médico explica que referente ao atendimento é impossível planejar ações, visto que cada paciente tem um caso diferente para ser tratado. O mesmo diz que muitas ações novas no PS, quando não referentes a atendimento, geralmente começam a acontecer e muitos nem sabem. Exemplo disso são mudanças de formulários, sistema, solicitações de medicamento ou exames, entre outros mecanismos administrativos. O mesmo afirma que parece não haver planejamento de quem está implantando as mudanças.

O coordenador de suprimentos diz que as mudanças geralmente são internas, isto é, são mudanças que ocorrem só dentro da farmácia e não afetam a dispensação de medicamentos para o PS, e quando elas ocorrem, os profissionais que trabalham no setor são informados e se necessário vão receber treinamento. O controle será feito de acordo com a implantação do novo processo.

Segundo a enfermeira, sobre as ações novas que a equipe deve desempenhar, geralmente são convocadas reuniões para explicar como deverão ocorrer e quais resultados devem ser entregues. O monitoramento geralmente é feito em reuniões para comentar os resultados ou dificuldades da nova atividade.

#### 4.3.1 Análise dos resultados dos grupos

A realização dos grupos focais teve como principal objetivo identificar ações referentes a qualidade no PS. Os grupos foram separados em função da diferença entre a gestão e o atendimento assistencial, isto é, uma separação dos profissionais

que executam atividades de apoio para que as atividades de assistência direta ao paciente possam ocorrer. Por serem atividades bem distintas, poderia haver uma política, sistema, métodos e ferramentas de qualidade diferentes.

A análise dos resultados será feita na mesma sequência que as perguntas foram realizadas.

Em relação a primeira pergunta: Existe um Sistema de Gestão da Qualidade no PS, o grupo 1 (gestão) afirma que por determinado período o processo de classificação de risco foi implantado, mas atualmente não acontece mais. A mesma resposta foi dada pelo grupo 2 (assistência), complementado pela coordenadora do laboratório, que afirma tratar de maneira diferenciada as solicitações do PS. Da mesma forma, a enfermeira afirma, que mesmo não havendo um sistema de qualidade, os pacientes são tratados de acordo com protocolos específicos.

Segundo MARANHÃO (1994) um SGQ é um conjunto de recursos e regras, implementado de forma adequada e funcionando com objetivo de orientar cada parte da empresa, para executar suas tarefas corretamente, em tempo e de acordo com o objetivo comum. Não foi citado por nenhum dos grupos um conjunto de regras que devem ser seguidos, tão menos que todos trabalham de acordo com um objetivo comum.

FEIGENBAUM (1994) comenta que um SGQ é a combinação da estrutura operacional de trabalho, documentada em procedimentos, para o direcionamento de ações coordenadas da mão de obra, máquinas e informações, de acordo com os melhores e mais práticos meios de assegurar a satisfação quanto a qualidade. Nesse caso, apenas a enfermagem relata seguir procedimentos específicos de atendimento a urgência e emergência. Mesmo assim, não caracteriza-se como uma ação coordenada, visto que são específicos da equipe de enfermagem.

Ainda em relação ao conceito de Feigenbaum, nas respostas dadas, nenhuma ação que assegura a satisfação do cliente foi citada, isto é, as atividades são

executadas, mas a satisfação do cliente não esta sendo mensurada.

Nenhum dos grupos citou algo a respeito de iniciativas ou planos de implantação do processo de acreditação hospitalar, que seria o SGQ mais adequado para o hospital e conseqüentemente, do qual o PS seria parte integrante. Portanto, conclui-se que não há um SGQ no PS, tão menos que a unidade faça parte de um corporativo. Não foi intenção desta pesquisa verificar se a instituição tem um SGQ, mas foi possível notar que ele é inexistente.

Referente a segunda pergunta, se existe uma política de qualidade no PS, a resposta foi afirmativa por parte dos dois grupos. Todos conhecem a política e desenvolvem suas atividades em função da mesma, que é: “Garantir a satisfação e segurança do paciente, estabelecer mapeamento e qualidade dos processos e promover a educação contínua”.

Conforme Oliveira (2009), a política da qualidade constitui-se de em um documento que explicita de forma concisa o compromisso da Direção com a qualidade, servindo como um guia para as ações gerenciais, técnicas e operacionais. Paladini (2007) ainda reforça a ideia afirmando que não é possível estruturar o processo de gestão da qualidade sem haver uma política bem definida, conhecida e bem entendida.

Sendo assim, considera-se que há uma política de qualidade no PS, e a mesma é conhecida por todos os colaboradores. Ainda não é efetiva a mensuração dos resultados que a política proporciona ao PS, mas pode ser percebido que algumas ações (indicadores e pesquisa de satisfação) estão sendo planejadas para breve implementação.

A terceira pergunta aborda a questão dos treinamentos que são realizados aos funcionários que atuam no PS. Os dois grupos afirmaram que são realizados treinamentos periodicamente. Visto que o profissional é o ponto chave de um processo, treinamentos e capacitações devem ser práticas constantes. Kurcgant (2005) e Oliveira (2009) destacam que para o bom desempenho da GQ o treinamento é imprescindível,

especialmente para gerência e área operacional. Um profissional bem capacitado, além de realizar suas atividades de forma correta, auxilia na redução dos custos e desperdícios, e coopera para satisfação do cliente.

Sobre a quarta e quinta pergunta, se são utilizados métodos e ferramentas de gestão da qualidade no PS, os dois grupos afirmaram que nenhum método é utilizado, já em relação as ferramentas os dois grupos citaram o uso da ferramenta dos 5'S e as vantagens da sua aplicação. Além disso, o POP também foi citado como uma ferramenta pelo grupo 1, visto que o mesmo utiliza em sua descrição fluxogramas.

Fora essas duas ferramentas, nenhuma outra foi citada. Pode-se considerar que existem ferramentas da qualidade sendo utilizadas na unidade, mas quando comparado com a gama de opções das ferramentas de qualidade que poderiam ser utilizadas (5W2H, Brainstorming, Matriz de GUT, Estratificação, Folha de verificação, Espinha de Peixe, entre outros) para otimizar as atividades, o uso dessas duas ferramentas torna-se menos significativo.

A sexta pergunta foi em relação aos custos com qualidade no PS. Os dois grupos responderam que não há nenhum custo. Considerando que existem poucas ações referentes a qualidade no PS, as respostas são adequadas quando afirmam que não há custo algum.

Finalmente, a última pergunta foi referente ao planejamento da unidade, com a seguinte pergunta: As ações implantadas no PS são planejadas e posteriormente monitoradas? O grupo 1 responde que as ações são implantadas em conjunto com a direção dos hospital e monitoradas por relatórios ou pessoalmente. Já no grupo 2 cada profissional apresenta de uma maneira diferente como as ações são planejadas. O médico é o único que afirma não ter condições de planejar as ações de sua equipe, e percebe que quando ações de outros setores são implantadas, tem a impressão de que não são planejadas, pois todos ficam sabendo apenas no momento de executá-las.

Referente a esse assunto, o método mais difundido é o PDCA, que em todo

seu ciclo trata do Planejamento, Execução, Ação e Checagem. Em nenhum momento ficou claro, ou foi citado, que existem um ciclo para as novas ações. Sendo assim, é fácil perceber que não há um planejamento efetivo, tão menos que há um acompanhamento das novas ações.

Diante de todas as respostas, percebe-se que a gestão da qualidade ainda é pouco abordada dentro do PS. A inexistência de um SGQ é o primeiro elemento dificultador de uma unidade onde a qualidade deve ser um elemento essencial. Nesse caso especificamente, um SGQ poderia ser a adoção de um programa de acreditação, como foi citado no item 2.2.2 deste trabalho. Já o fato de haver uma política da qualidade corporativa, já é considerado um ponto positivo, pois, a partir dele, mais ações podem ser promovidas. Além disso, o fato da política já ser conhecida por todos os colaboradores, minimiza a barreira da resistência quanto as ações de qualidade que venham a ser implantadas.

Outro ponto de melhoria seria a adoção de métodos e ferramentas da qualidade. Em um ambiente onde o fator crítico de sucesso do processo é o tratamento e a vida de um paciente, é essencial que todas as atividades sejam planejadas e monitoradas. Para isso, utilizar métodos de planejamento e ferramentas para mensuração do funcionamento e dos resultados do processo é fundamental. Em um processo onde não há controle e os seus resultados são desconhecidos, a chance de melhorias serem implantadas é praticamente nula.

Dessa forma, o próximo capítulo tem como objetivo apresentar métodos e ferramentas da qualidade que poderiam ser adotados para controlar e melhorar o processo de atendimento do PS.

#### 4.4 MÉTODOS E FERRAMENTAS DE GQ PARA MELHORIA E CONTROLE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DO PS

Após ajustar o processo de atendimento do PS e verificar que não existem ações ou um SGQ que possam garantir seu controle e melhoria contínua, é de extrema importância identificar e apontar métodos e ferramentas da qualidade com o objetivo de prestar esse suporte.

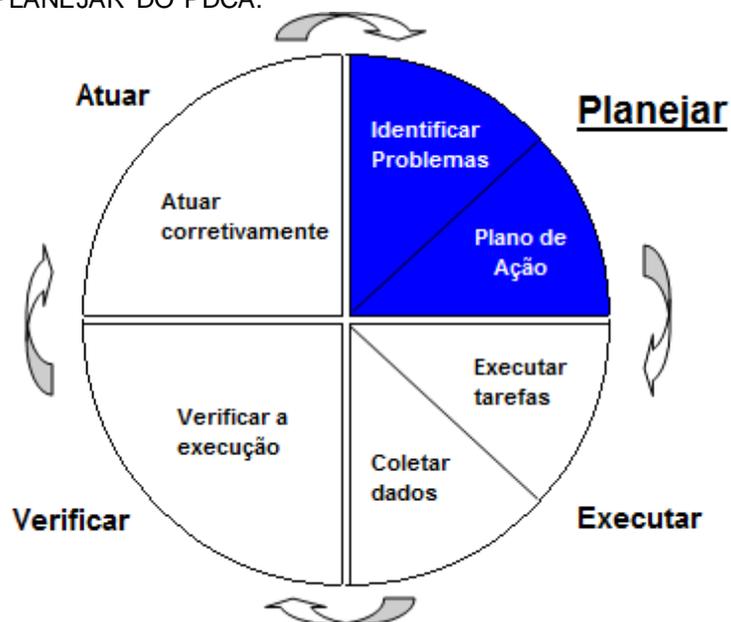
O gerenciamento do processo exige acompanhamento permanente, monitoração contínua (atividades, sequência, recursos, indicadores, entre outros), revisões periódicas e adequações quando necessário. Em função dessa necessidade, o primeiro passo é a adotar de um método que possa garantir o controle e melhorias do processo.

O método abordado pelo ciclo PDCA é uma boa opção para suprir tal necessidade. É um método que visa controlar e conseguir resultados eficazes e confiáveis para empresa. Ele pode ser utilizado de forma contínua para o gerenciamento das atividades. Consiste em uma sequência de atividades lógicas, baseadas em dados e fatos. É um eficiente modo de apresentar e manter as melhorias no processo, pois padroniza as informações do controle de qualidade e as torna fáceis de utilizar.

O PDCA é composto por fases: Planejar, Executar, Verificar e Atuar sobre melhorias e controles. Para fazer o método funcionar deve-se coletar dados, medir resultados, compará-los aos objetivos e adotar medidas corretivas adequadas.

A fase de Planejamento permite identificar problemas e traçar planos de ação.

FIGURA 18 – FASE PLANEJAR DO PDCA.



FONTE: A Autora, 2013.

Para cada ação dessa fase é possível utilizar uma ferramenta da qualidade. Para identificação de problemas podem ser utilizadas a Folha de Verificação/Checklist e a Estratificação. A Folha de Verificação, ou Checklist como também é conhecida, é um formulário estruturado que facilita o registro e a coleta de dados. Essa é uma ferramenta que pode substituir suposições por fatos.

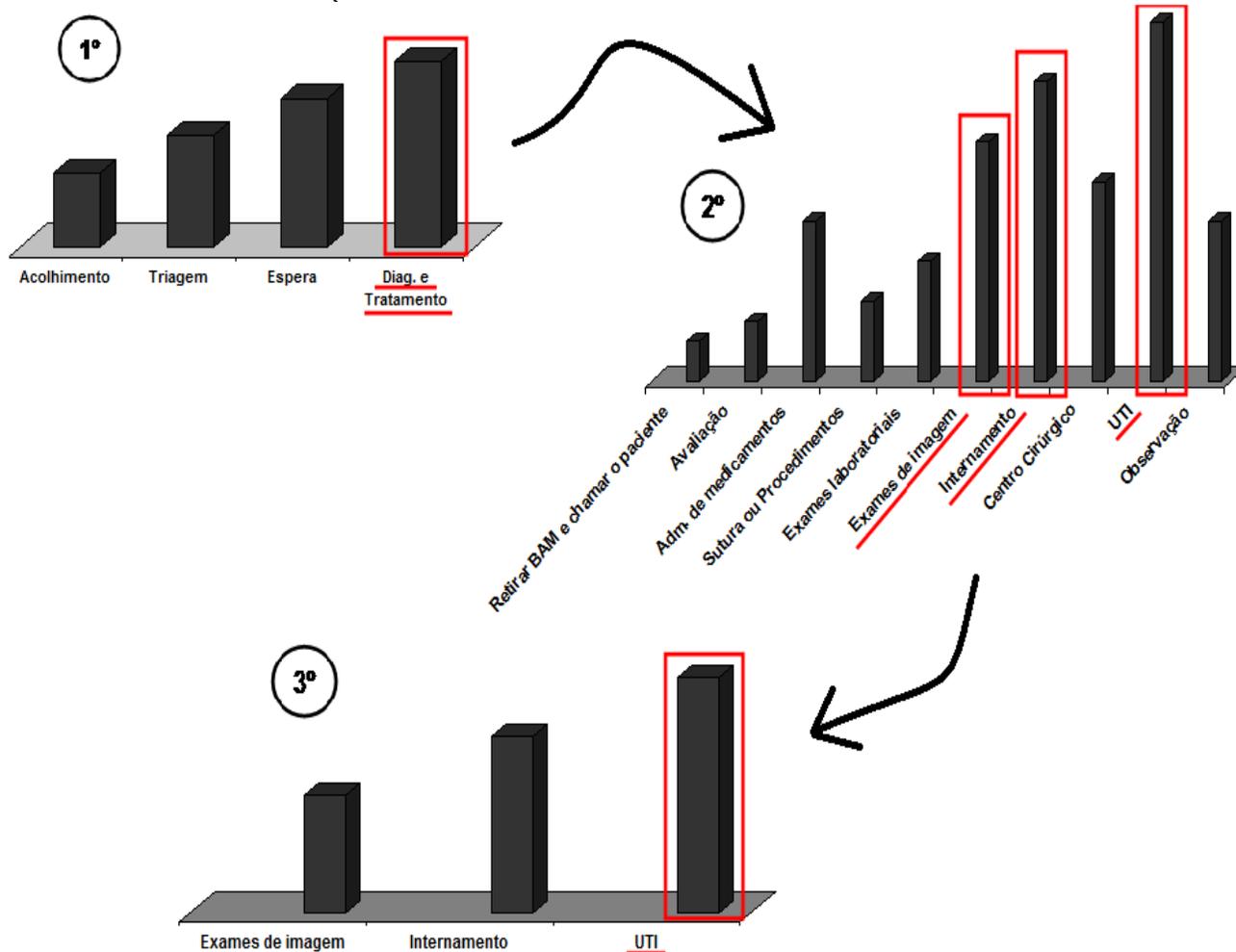
Para construir uma Folha de Verificação é importante determinar exatamente o que vai ser observado, seu objetivo, período da coleta de dados, responsável, local e se possível testar a ferramenta antes de aplicá-la (e adequá-la se necessário).

Para ilustrar o uso da Folha de Verificação, optou-se por verificar os tempos de atendimento de cada etapa do processo de atendimento do PS. Essa é uma boa ferramenta a ser utilizada enquanto o sistema MV não passar por uma customização para disponibilizar relatórios para visualização dos tempos de atendimento. A Folha de Verificação ficaria conforme a Figura 18:



execução. A coleta de dados para estratificação de cada subgrupo pode ser feita com o apoio da Folha de Verificação adaptada para cada situação, ou outra ferramenta que os responsáveis pela análise considerem adequada. A Figura 19 apresenta como ficaria a Estratificação:

FIGURA 20 – ESTRATIFICAÇÃO.



FONTE: A Autora, 2013.

A Estratificação dos dados em subgrupos permite identificar a atividade que esta causando maior impacto e gerando o gargalo no processo, isto é, auxilia na identificação do problema e permite focar esforços apenas no que realmente é

necessário.

A outra ação da etapa de Planejamento é a criação de um Plano de Ação para eliminar ou reduzir os problemas identificados. O Plano de Ação pode ser desenvolvido com auxílio de duas ferramentas, o *Brainstorming* e o 5W2H.

O *Brainstorming* ou Tempestade de Ideias é utilizado antes da definição do plano de ação, pois é uma técnica que servirá de apoio para geração de ideias sobre o assunto a ser resolvido, possíveis causas de problemas ou ações a serem tomadas. Quanto mais ideias, maior a chance de se encontrar a solução de um problema e maior será também o número de conexões e associações a novas ideias e soluções (BRASSARD, 1994).

Visto que o problema identificado foi o tempo de transferência para UTI (conforme já comentado, de forma ilustrativa), o grupo para realizar o *Brainstorming* deverá contar com profissionais dessa unidade. Mas, como a ferramenta não limita o número de participantes, tão menos define o perfil dos mesmos, demais profissionais podem participar. A multidisciplinaridade do grupo permite reunir diferentes ideias e pontos de vista, aumentando a possibilidade de soluções ou ações tangíveis.

Para realizar o *Brainstorming* é necessário apresentar o problema, determinar um tempo limite, esclarecer que julgamentos e críticas não podem ocorrer, todos têm direito de propor sua ideia e nenhuma delas será descartada. O grupo deverá ter um líder, para direcionar o grupo e alguém para anotar as ideias, que devem ficar expostas para todos os participantes (quadro, projetos, *flip chart*, etc). Nenhuma ideia pode ser manipulada e só serão excluídas as ideias em duplicidade.

Todas as ideias devem ser classificadas, analisadas e melhoradas. Elas podem servir como ponto inicial para definição das ações do Plano de Ação, que será desenvolvido para eliminar ou reduzir o problema identificado. Para ilustrar o uso das ideias geradas no *Brainstorming*, como ponto inicial do Plano de Ação, supõe-se que as ideias escolhidas tenham sido:

- Definir leitos de UTI exclusivos para pacientes do PS;
- Adaptar leitos no PS, com capacidade para manter pacientes em estado grave;
- Limitar a entrada de pacientes graves quando não houver previsão de liberação de vagas de UTI.

Para montar o plano de ação, a sugestão é a utilização do 5W2H, que tem esse nome em função da primeira letra das seguintes palavras em inglês:

- **What** – O que?,
- **Who** – Quem?,
- **Where** – Onde?,
- **When** – Quando?,
- **Why** – Por que?;
- **How** – Como?;
- **How Much** – Quanto.

A ferramenta é uma sequência de atividades que precisam ser desenvolvidas e devem ter o máximo de clareza para todos os envolvidos. Funciona como um mapa de atividades, onde se estabelece o que deverá ser feito, quem vai fazer, quando, como, onde e por que, além disso, tem a opção de citar os custos envolvidos para cada ação (quando houver).

De acordo com as ideias do *Braisntorming* (meramente ilustrativas, servindo apenas como exemplo), o Plano de Ação de acordo com a ferramenta 5W2H ficará mapeado conforme apresenta a Figura 20:

FIGURA 21 – 5W2H.

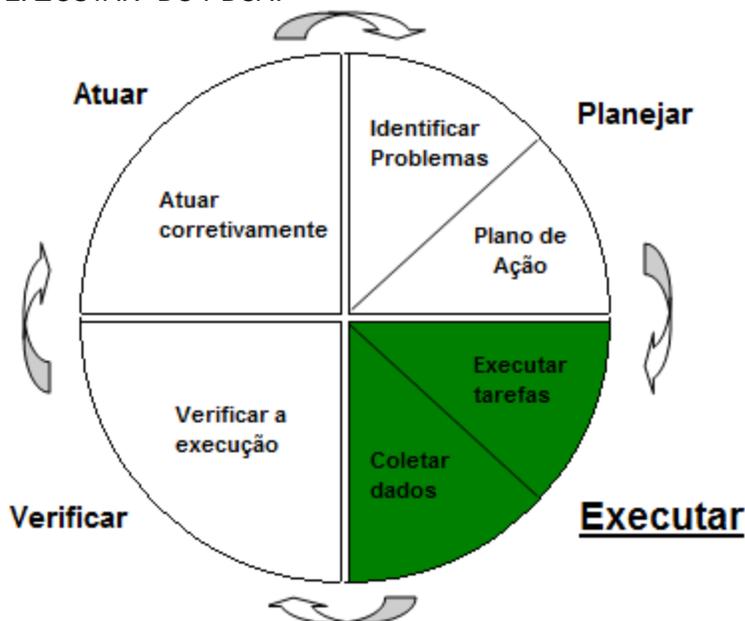
What? (O que?)	Who? (Quem?)	Where? (Onde?)	When? (Quando?)	Why? (Por que?)	How? (Como?)	How Much? (Quanto?)
Definir leitos de UTI exclusivos para pacientes do PS.	(Definir responsável)	UTI	Até Dezembro 2013	Agilizar e garantir a transferência de pacientes do PS para UTI.	Negociar junto com a Diretoria do hospital a disponibilização de leitos para o PS.	R\$ 1.111,11
Adaptar leitos no PS, com capacidade para manter pacientes em estado grave.	(Definir responsável)	PS	Até Outubro 2013	Oferecer condições aos pacientes que precisam de UTI e aguardam a vaga no PS.	Identificar materiais e equipamentos necessários; Realizar cotação; Negociar custos com a Direção; Realizar a compra.	R\$ 1.111,11
Limitar a entrada de pacientes graves quando não houver previsão de liberação de vagas de UTI.	(Definir responsável)	PS	Até Agosto 2013	Paciente encaminhado para hospital com vaga de UTI disponível.	Antecipar ao SIATE e SAMU falta de vagas na UTI.	Sem custos.

FONTE: A Autora, 2013.

Cada ação do plano terá definido um responsável e um período para realização, além de descrever como e por que cada ação deve ser desenvolvida. Mesmo com datas definidas, o plano deve ser acompanhado periodicamente para verificar o que já foi realizado ou quais dificuldades podem surgir no momento de colocá-las em prática. Nada impede que o plano passe por modificações ao longo da sua execução, o importante é que elas sejam repassadas para todos os participantes do plano e principalmente, que sejam registradas.

A próxima etapa do PDCA é a Execução do plano de ação definido na etapa anterior. Depois de definir onde pretende-se chegar e de planejar os passos para alcançar os resultados esperados, é o momento de executar o que foi definido no plano para solucionar o problema identificado.

FIGURA 22 – FASE EXECUTAR DO PDCA.



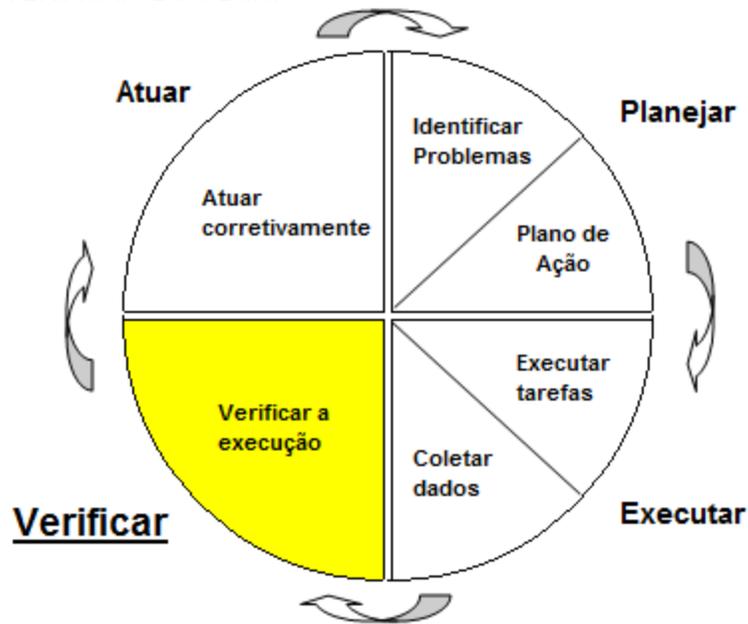
FONTE: A Autora, 2013.

Um dos aspectos mais importantes dessa etapa é o envolvimento das pessoas na execução das tarefas, pois se não há comprometimento, não haverá resultados. Portanto, é importante divulgar o plano para todos e apresentar claramente as ações e razões dessas tarefas. Uma das maneiras de garantir o comprometimento é o investimento em treinamentos e o constante trabalho de conscientização da equipe em relação aos objetivos e os resultados que podem ser conquistados.

Durante o período de execução é importante coletar dados, mensurar resultados e documentar as mudanças, pois na próxima etapa essas informações serão necessárias.

A terceira etapa do ciclo consiste em verificar se o que foi planejado está sendo executado. Para isso irá utilizar as informações que foram coletadas na etapa anterior. Se as ações não estão sendo efetivas e os objetivos não estão sendo alcançados, é necessário retornar até a primeira fase (Planejar) e fazer uma nova análise, para criar outro Plano de Ação, isto é, girar o PDCA.

FIGURA 23 – FASE VERIFICAR DO PDCA.



FONTE: A Autora, 2013.

Caso essa situação aconteça é sugerido emitir o “Relatório de Três Gerações”, um documento que relata o esforço de se atingir os objetivos por meio do giro do PDCA (WERKEMA, 1995).

O Relatório de Três Gerações deve mostrar:

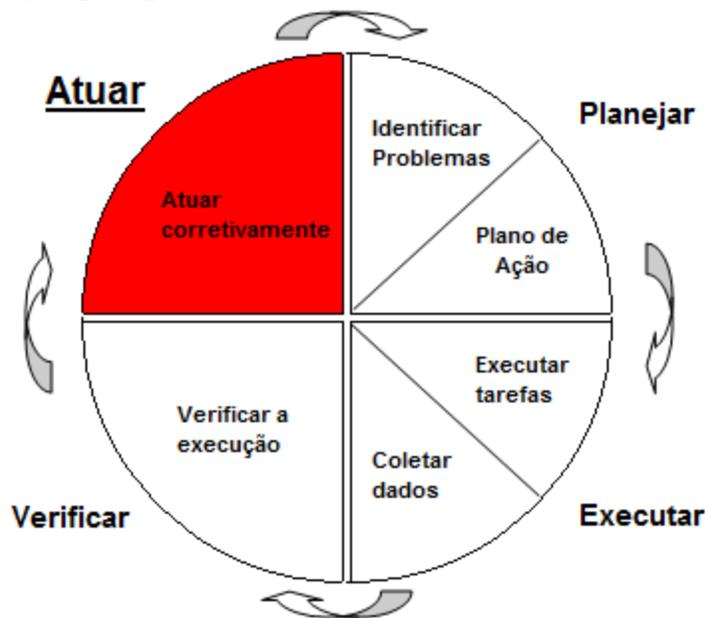
- O que foi planejado (passado);
- O que foi executado (presente);
- Os resultados obtidos (presente);
- Os pontos problemáticos, responsáveis pelo não atingimento da meta (presente);
- O novo plano para atingir os objetivos (futuro).

Caso as ações e resultados estejam alinhados com o que foi definido no plano, elas serão revistas na próxima fase.

Por fim, a quarta e última fase do PDCA é Atuar. Nessa fase são

padronizadas as ações positivas do plano de ação e que não precisam mais de nenhuma melhoria.

FIGURA 24 – FASE ATUAR DO PDCA.



FONTE: A Autora, 2013.

Caso sejam detectadas falhas no padrão, devem ser tomadas ações corretivas, visando corrigir o processo, remover e bloquear as causas, de modo que os problemas não voltem a ocorrer. Em muitos casos, são necessários pequenos ajustes, sem maiores prejuízos aos objetivos. De toda forma é necessário identificar, bloquear e eliminar as falhas. Isto é, identificando qualquer anomalia, todos os ciclos do PDCA giram novamente até que sejam eliminados todos os problemas.

#### 4.4.1 Outras ferramentas da qualidade

Além das ferramentas que já foram sugeridas, existe uma gama imensa de

outras que podem auxiliar no controle e melhoria do processo.

Quando os problemas são identificados, independente do uso de ferramentas, geralmente surgem mais de um ou dois. Nem sempre é possível resolver todos ao mesmo tempo e para isso existe a Matriz de Prioridades, mas conhecida como Matriz de GUT, onde G=Gravidade, U=Urgência e T=Tendência. São parâmetros tomados para se estabelecer prioridades na eliminação dos problemas, principalmente se forem relacionados entre si.

A técnica pode ser utilizada para orientar decisões complexas, que envolvem muitas questões. O primeiro passo para o seu desenvolvimento é listar todos os problemas e na sequência refletir sobre cada um com as seguintes perguntas:

- Qual a Gravidade do problema, quais efeitos e impactos (para pessoas e resultados) podem surgir caso ele não seja corrigido?
- Qual a Urgência de se eliminar o problema?
- Qual a Tendência do problema se tornar progressivamente maior, ou então diminuir ou desaparecer?

Para cada pergunta devem ser atribuídos valores entre 1 e 5, onde 5 representa um problema extremamente grave, com ação imediata, e com tendência de piorar rapidamente. É possível utilizar como base para a atribuição das notas, a seguinte escala:

FIGURA 25 – ESCALA DE NOTAS PARA MATRIZ DE GUT.

Nota	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA
1	Sem gravidade	Pode aguardar	Não vai piorar
2	Pouco grave	Pouco urgente	Vai piorar a longo prazo
3	Grave	Mais rápido possível	Vai piorar
4	Muito grave	Urgente	Vai piorar em pouco tempo
5	Extremamente grave	Ação imediata	Vai piorar rapidamente

FONTE: A Autora, 2013.

Após atribuir as notas para cada problema, os valores serão multiplicados e os resultados classificados, com objetivo de identificar a prioridade de tratamento para cada um. Para ilustrar a aplicação da Matriz de GUT, serão utilizados problemas que possivelmente podem surgir e ser identificados no PS, conforme Figura 26:

FIGURA 26 – MATRIZ DE GUT.

Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	Total	Sequencia
Demora no atendimento	3	3	2	18	4º
<b>Falta de cortesia da equipe médica</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>1º</b>
Infraestrutura inadequada	3	4	3	36	3º
Número de funcionários insuficiente	4	4	3	48	2º

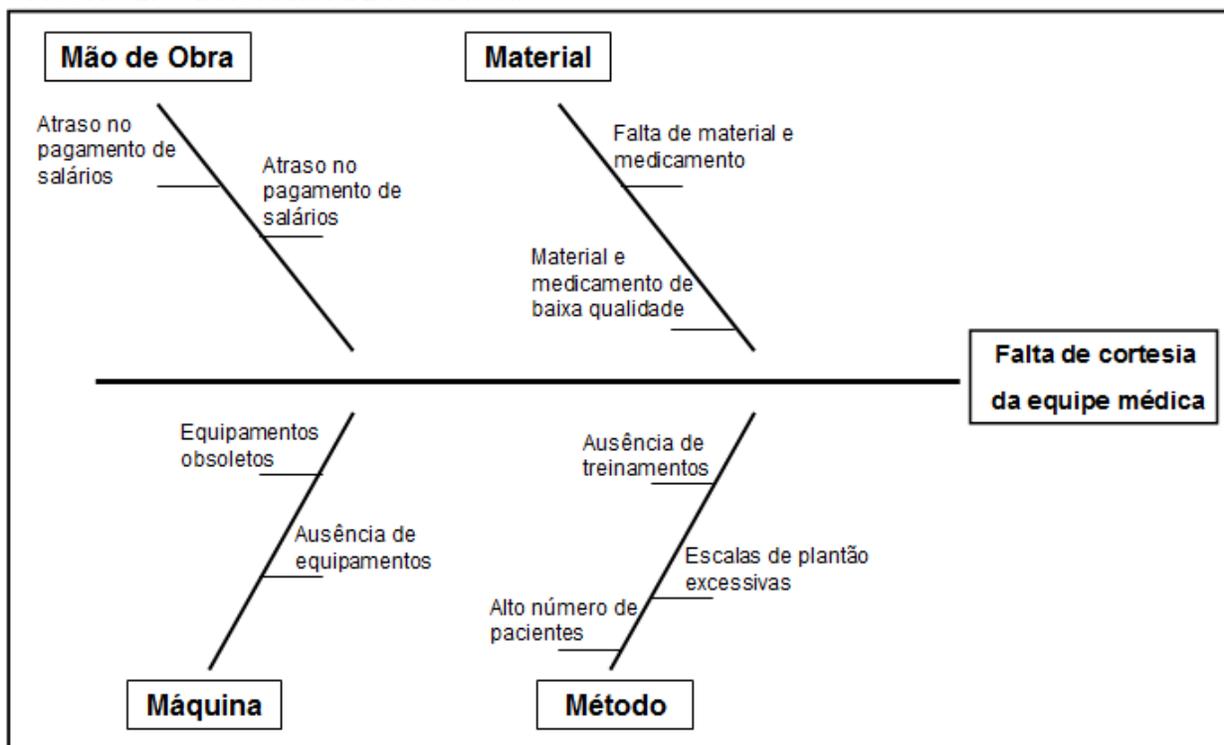
FONTE: A Autora, 2013.

Após montar a Matriz de GUT e identificar o problema que deverá ser tratado com prioridade, outra ferramenta pode ser usada em conjunto antes de iniciar um plano de ação para eliminar ou reduzir o problema, é o Diagrama de Ishikawa, conhecido também como Diagrama de Causa e Efeito ou Espinha de Peixe.

O diagrama tem como objetivo identificar as relações entre causas e efeitos, na busca de explicações e caminhos para resolver os problemas. Como possibilita visualizar as principais causas do problema, com o resultado é possível atacar diretamente a causa raiz. Os aspectos tratados no diagrama são: Mão de Obra, Material, Máquina e Material.

Para sua execução é necessário definir o problema que será tratado e reunir a equipe de trabalho para discutir cada aspecto, relacionando as principais causas de cada um. Para ilustrar a aplicação do diagrama, conforme Figura 27, será utilizado o problema que foi priorizado na Matriz de GUT (Falta de cortesia da equipe médica).

FIGURA 27 – DIAGRAMA DE ISHIKAWA.



FONTE: A Autora, 2013.

Visto que as principais causas foram identificadas, é possível tratá-las diretamente no plano de ação que será criado para solucionar o problema.

Outra ferramenta da qualidade muito útil e que pode ser aplicada na gestão do processo de atendimento do PS é o Diagrama ou Gráfico de Pareto. A ferramenta é um gráfico de barras verticais, que permite determinar quais problemas resolver e quais as prioridades. O princípio de Pareto apresenta que para 80% das dificuldades vêm de 20% dos problemas, isto é, existem poucos itens complexos e muitos itens triviais, que são os principais causadores de problema.

Para construir o gráfico é preciso determinar o problema que será investigado, coletar dados a respeito (pode ser realizado com checklists, folhas de verificação, pesquisas de satisfação ou relatórios gerados pelo sistema). Com os dados coletados é necessário fazer a tabulação, organizar em categorias por ordem

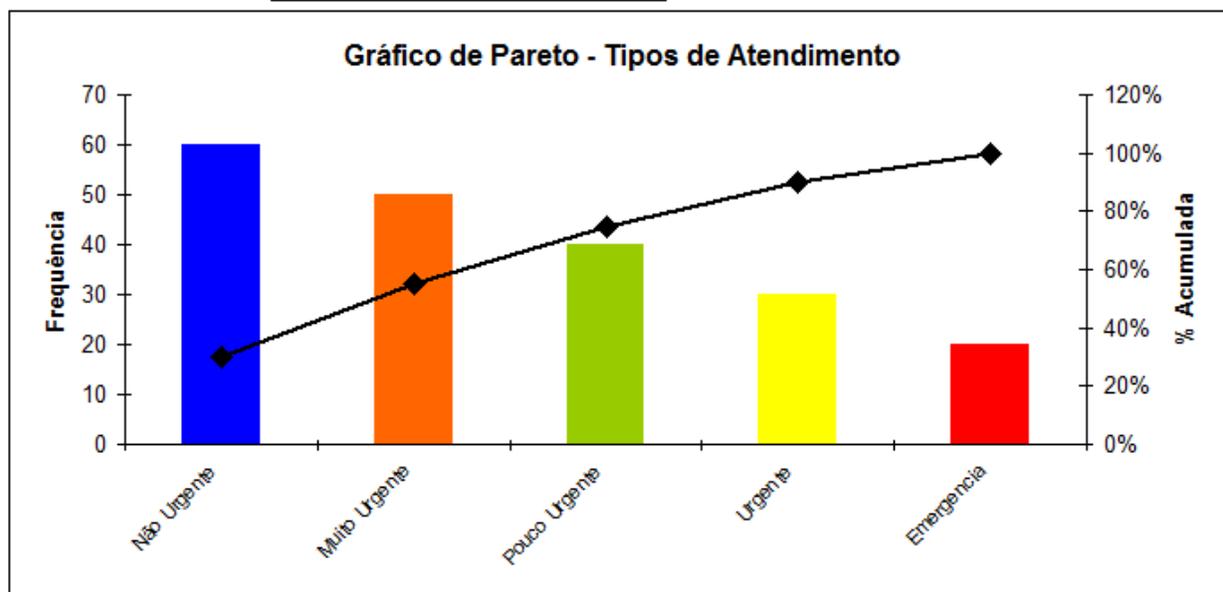
decrecente de frequência, calcular o total, as frequências relativas e acumuladas.

Para ilustrar o uso da ferramenta, serão utilizadas duas situações que se analisadas pelo Gráfico de Pareto, podem auxiliar na organização e planejamento do processo de atendimento. São situações com dados fictícios, mas de situações aplicáveis na unidade.

O Gráfico 6 apresenta a frequência e a porcentagem acumulada dos tipos de atendimento no PS.

GRÁFICO 6 – GRÁFICO DE PARETO – TIPOS DE ATENDIMENTO.

Tipo de atendimento	Frequencia	Freq. Acumulada	%
Não Urgente	60	60	30%
Muito Urgente	50	110	55%
Pouco Urgente	40	150	75%
Urgente	30	180	90%
Emergencia	20	200	100%
Total	200		



FONTE: A Autora, 2013.

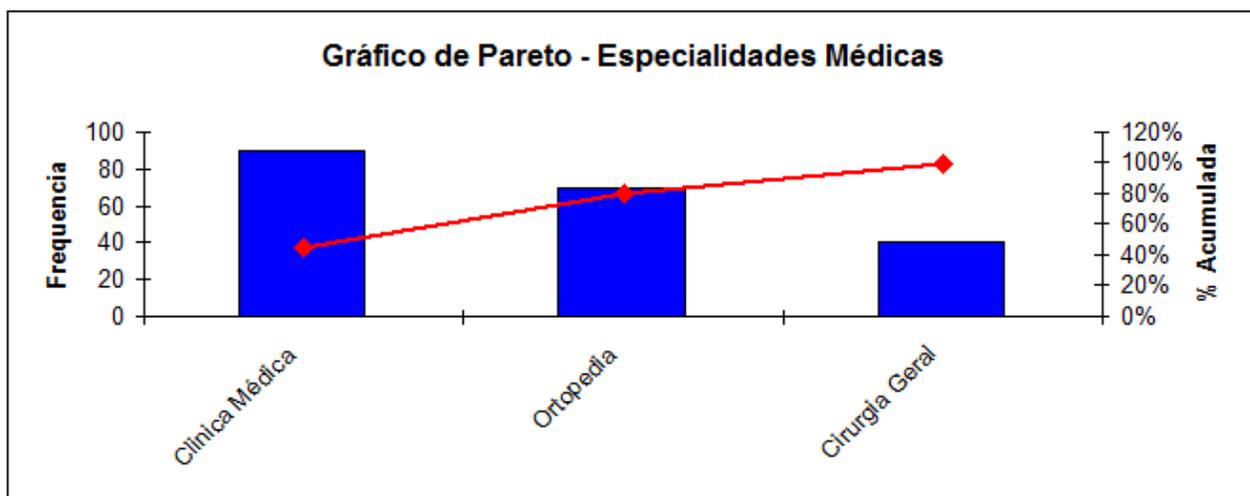
Visualizando o gráfico acima é possível notar que o número de atendimentos aos pacientes classificados como Emergência, é menor, mas trata-se de um tipo de atendimento não trivial, que torna o processo complexo. Já, o maior número de

pacientes atendidos, são os classificados como não urgentes, casos triviais que podem criar gargalos para o processo, em função do volume e não complexidade.

Outro exemplo de aplicação do Gráfico de Pareto é na identificação das especialidades médicas que atendem no PS, conforme Gráfico 7:

GRÁFICO 7 – GRÁFICO DE PARETO – ESPECIALIDADES MEDICAS.

Especialidade	Frequencia	Freq. Acumulada	%
Clinica Médica	90	90	45%
Ortopedia	70	160	80%
Cirurgia Geral	40	200	100%
Total	200		



FONTE: A Autora, 2013.

Nota-se que a Clínica Médica é a especialidade responsável pelo maior número de atendimentos do PS, enquanto a Cirurgia Geral pelo menor número. Comparando a complexidade das duas especialidades é possível comprovar que a especialidade que atende o menor número de pacientes é a que torna o processo mais complexo em função da gravidade e tipos de pacientes atendidos (traumas).

O uso da ferramenta para os dois casos apresentados, permite que a unidade possa identificar e reconhecer quais tipos de atendimentos são mais realizados e quais especialidades médicas são mais procurados. É possível também, reconhecer qual

representa mais complexidade a gestão do processo. Com esse tipo de informação, os responsáveis pela unidade podem fazer um planejamento prévio da quantidade, tipo de materiais e medicamentos que devem estar a disposição, quantidade e tipo de profissionais que devem ser alocados, entre outras ações para manter ou melhorar a qualidade do processo de atendimento.

O uso de ferramentas da qualidade não limita-se apenas as que foram citadas nesse capítulo. Existem outras opções, com diferentes aplicações, como por exemplo: Histograma, Gráfico de Dispersão, Gráfico Sequencial, Matriz SWOT, entre outros. A escolha pelas ferramentas que foram utilizadas justifica-se pela fácil compreensão dos participantes e principalmente pela fácil aplicação e rápidos resultados para o processo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão da qualidade pode ser considerada um elemento essencial e diferenciador nos processos de atendimento hospitalar. Qualquer hospital dada a sua missão em cuidar de vidas, deveria preocupar-se com controles e melhorias do atendimento que oferece, de tal forma a permitir efetiva integração das áreas de gestão e assistenciais, com uma única razão: garantir qualidade e satisfação para os seus pacientes. Da qualidade e satisfação fazem parte a humanização, o respeito e a adoção de medidas que visem atender as necessidades e exigências da sociedade.

Ao pensar em qualidade nas instituições hospitalares o PS merece uma atenção especial em função da sua missão e das diversas situações de imprevisibilidade com que convive. A equipe que atua nessa unidade nunca sabe ao certo quais tipos de adversidade vai enfrentar ao longo do seu plantão. Toda essa situação se configura pelo aumento da demanda de atendimentos, causada por inúmeras situações enfrentadas pela sociedade, desde o aumento crescente da violência, entre acidentes de trânsito, de trabalho e violências, até a fragilidade da atenção básica à saúde.

Uma coisa é certa, o paciente que busca por esse tipo de atendimento esta passando por uma situação de sofrimento, seja ela com risco de vida ou não. O mínimo que ele espera é receber um atendimento que resolva seu problema dentro de um tempo aceitável e com qualidade.

Por essas razões a presente pesquisa buscou responder a seguinte questão: De que forma a Gestão da Qualidade pode contribuir para melhoria do atendimento em um Pronto Socorro? Em busca dessa resposta, o objetivo da pesquisa foi identificar os gargalos e definir oportunidades de melhoria para o processo.

Para cumprir com o objetivo e responder a questão, quatro objetivos foram

desenvolvidos e definidos como as etapas da pesquisa. A primeira etapa foi mapear o processo de atendimento do PS. Não houve nenhuma barreira ou dificuldade para o seu desenvolvimento. O conhecimento prévio da pesquisadora, a disposição e cordialidade de todos os profissionais e pacientes acompanhados foi excepcional para garantir o resultado. Apesar do sucesso na obtenção do resultado dessa etapa, percebeu-se que a maturidade dos profissionais da unidade, em gestão de processos, qualidade e melhoria contínua, ainda é relativamente baixa, demonstrando que os mesmos devem ser capacitados frequentemente no assunto.

Em relação ao roteiro utilizado, considera-se que sua adoção foi muito positiva, visto que em muitos momentos até mesmo os profissionais da unidade não conseguem distinguir exatamente os limites de cada etapa ou atividade do processo, o que conseqüentemente não permite visualizar e controlar o andamento do fluxo de atendimento ao paciente.

A segunda etapa da pesquisa foi a identificação das atividades críticas e gargalos do processo. Havia sido definido na metodologia que sua execução e análise seriam feitas de acordo com documentos primários e secundários da unidade (relatórios, intranet, procedimentos, manuais, entre outros). Nesse momento surgiu a primeira dificuldade da pesquisa, pois não foram identificados documentos que pudessem servir de parâmetro para análise. Foram feitos levantamentos na intranet, site institucional, documentos físicos e murais. Mas, os únicos documentos disponíveis foram procedimentos técnicos da enfermagem e procedimentos operacionais para o uso do sistema na recepção da unidade.

Sabe-se que existem normas para o funcionamento de uma unidade de PS, como, por exemplo, a Portaria 2.048/02, que estabelece princípios e diretrizes para os sistemas de urgência e emergência, entre normas, critérios de funcionamento, classificação de serviços e núcleos de educação. Também existe a RDC 50, que dispõe de regulamento técnico para planejamento, programação e elaboração de

projetos físicos. Além das normas da ANVISA, que é o órgão regulador dos estabelecimentos de saúde.

É possível que as normas e regras existentes para unidade sejam de conhecimento dos gestores da instituição, mas de qualquer forma é um aspecto negativo, visto que para identificar problemas e propor melhorias, os profissionais devem ter acesso e conhecimento das normas e regras vigentes. É importante por parte dos gestores, repassar informações e promover treinamentos e palestras de orientação e conscientização para os profissionais que atuam na unidade.

Visto que os documentos foram insuficientes para identificar os gargalos e atividades críticas, a medida tomada pela pesquisadora foi acompanhar novamente todo o processo de atendimento, dessa vez com o objetivo de medir os tempos de cada etapa e atividade, além de identificar outros fatores que, de alguma forma, podem interferir nos resultados do processo, seja pelo tempo, organização ou método utilizado.

É importante lembrar que o acompanhamento dos tempos das etapas e atividades não estavam contemplados na metodologia da pesquisa. Essa foi uma alternativa encontrada pela pesquisadora para cumprir com os objetivos definidos para pesquisa.

De qualquer maneira, o resultado dessa etapa foi a identificação das atividades críticas e gargalos com base em ações que interferem e prejudicam, ou que podem prejudicar, o desenvolvimento e os resultados do processo.

Tendo conhecimento das atividades críticas e gargalos, o outro resultado da segunda etapa de pesquisa foi a proposta de um processo com melhorias, baseado em medidas tangíveis e de fácil implementação.

A terceira etapa da pesquisa foi por meio da observação e respostas dos dois grupos focais, sendo um de profissionais da área de gestão e outro da área assistencial. O resultado dos grupos permitiu verificar que não existe um sistema de

qualidade no PS e o uso de métodos e ferramentas de qualidade são insuficientes para controlar e melhorar o processo de atendimento. Referente aos custos com qualidade, que seriam o Programa dos 5'S e os procedimentos operacionais, nada é mensurado, até por que a equipe ainda não identifica claramente que essas ações são referentes a gestão da qualidade na unidade.

Os pontos positivos identificados foram as realizações de treinamentos e a existência de uma política de qualidade. Nota-se que a política ainda apresenta poucos resultados, mas já é uma iniciativa positiva para iniciar a implantação de um sistema de gestão da qualidade.

Finalmente, a quarta etapa sugeriu como método de qualidade, o PDCA e oito ferramentas (Folha de Verificação, Estratificação, *Brainstorming*, 5W2H, Relatório de Três Gerações, Diagrama de *Ishikawa*, Matriz de GUT e Gráfico de Pareto) que podem auxiliar no controle e melhoria das atividades e do processo de atendimento como um todo.

Cada objetivo foi desenvolvido pontualmente, a fim de responder a questão da pesquisa, mas antes da conclusão, é importante relatar fatores que influenciam a resposta.

De maneira geral, o processo de atendimento do PS funciona mesmo sem: documentos padronizados de regras e normas de funcionamento, um SGQ que contemple métodos e ferramentas da qualidade, indicadores de controle e produção, processo de acreditação e um protocolo de classificação de risco. A ausência de todos esses itens não impede que a unidade deixe de atender os pacientes. Então por que deveriam aderir a tantas recomendações?

A justificativa é a melhoria dos processos, a padronização dos procedimentos executados por todos os envolvidos, a adoção de melhores práticas e compartilhamento dos conhecimentos gerados na execução do mesmo. Se atualmente ele funciona mesmo sem os itens apresentados, no momento que passem a ser

utilizados e implantados as chances de haver melhorias são consideráveis. Nenhuma empresa, tão menos um hospital pode deixar de fazer a gestão dos seus negócios, caso contrário, estão fadados a desaparecer do mercado.

Sendo assim, a resposta para questão da pesquisa é de que a adoção de um sistema de gestão da qualidade, composto por gestão de processos, métodos para controle e planejamento de ações, combinados com ferramentas da qualidade, são formas de auxiliar na identificação de problemas e norteadores das possíveis soluções. Empresas que não controlam os seus processos não tem condições de gerenciá-los e uma empresa sem o mínimo de gerenciamento, não terá melhorias.

O desdobramento desta pesquisa poderia considerar a implantação do processo sugerido, que contempla a triagem com classificação de risco, em conjunto com o uso do método e ferramentas que foram sugeridos, a fim de identificar se efetivamente haveria melhorias no processo.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Silvio. **Integração das ferramentas da qualidade ao PDCA e programa Seis Sigma**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2002.

AMARO, A.; PÓVOA, A. e MACEDO, L. **A arte de fazer questionários**. Relatório de pesquisa. Porto: Faculdade de Ciências, Departamento de Química da Universidade do Porto. 2005.

ANDO, Y. **How to Improve Your Process Using "The QC Story" Procedure**. Tokyo: Juse Press, LTD. 1994.

ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. **Percepção da qualidade dos serviços de odontologia**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 25. Anais, Porto Alegre, 2005.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002b**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <<http://legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=19024&word=Portaria>>. Acesso em: 04 mai. de 2012.

APH – Atendimento Pré Hospitalar. **SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência**: APH no Brasil. Disponível em: <<http://novo.aph.com.br/pr.php#>>. Acesso em: 25 de fev. de 2013.

Associação Brasileira de Engenharia da Produção - ABEPRO. **Áreas e Subáreas de Engenharia de Produção**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <<http://www.abepro.org.br/interna.asp?p=399&m=424&ss=1&c=362>>. Acesso em: 19 de mai. de 2012.

BACHMANN, G. M. **O uso da análise fatorial na determinação das dimensões da qualidade percebida em uma biblioteca universitária**. Curitiba, 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências) Setor de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná.

BAL, J. **Process analysis tools for process improvement**. The TQM Magazine. v. 10, n. 5, p. 342-354, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron Books. 1995.

BITTAR, O.J.N.V. Cultura e Qualidade em hospitais. **Hospitais:** administração da qualidade e acreditação de organizações complexas, Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para qualidade. **Revista Ass Médica Brasil**, v. 46, n. 1, p. 70-86, 2000.

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital:** qualidade & produtividade. Sarvier, 1997.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. **Intervenções para Solucionar a Superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar:** Uma Revisão sistemática – Card. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

BONATO, V.L. **Programas de Qualidade em Hospitais do Município de São Paulo.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BONI, V. QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós Graduandos em Sociologia** Política da UFSC, v. 2, n. 1, jan/jul, 2005.

BPMN. Business Process Management Notation. **Needram:** Business Process Management Initiative, 2004. Disponível em: <<http://www.bpmn.org/>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde/SUS. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1944.

CAMPOS, E.R. **A Gestão da Qualidade e o Processo de Informatização Norteando as Mudanças Organizacionais para Atingir a Qualidade Total.** 1998. Tese (Mestrado em Gestão da Qualidade) – Instituto de Matemática, Estatística e Ciência da Computação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

CAMPOS, V.F. **T.Q.C:** Controle da Qualidade Total (no estilo japonês). Belo Horizonte: Fundação Christiano, 1992.

CERQUEIRA, J. P. de et al. **Iniciando os conceitos de qualidade total.** Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. São Paulo: Pioneira, 1994.

CERVO, A. & BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**: para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 2002.

CPZAPSKI, C. A. **Qualidade em estabelecimentos de saúde**. São Paulo: SENAC, 1999.

CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to na emergency departament in the Republico f Irland. **Accident & Emergency Nursing**, v.11, n.2, 2003.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado em Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 58, mar-abr 2005.

DAVENPORT, T. H. **Reengenharia de Processos**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DE SORDI, J. O. **Gestão por processos**: uma abordagem da moderna administração. São Paulo: Saraiva, 2005.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, 2006.

DONABEDIAN, A. Os sete pilares da qualidade. **Archive of Pathology Lab Med**, v. 114, p.1115-1118. 1990.

DONABEDIAN, A. **Seminar on Quality Assessment and Assurance**, São Paulo, PROAHSA, 1993.

DRUCKER, Peter. **Administração**: responsabilidades, tarefas e práticas. São Paulo: Pioneira, 1975.

FEINGENBAUM, A. V. **Controle da Qualidade Total**. São Paulo: Makron Books, 1994.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOCAULT, M. **Power and Knowledge**. Brighton: Harvester Press; 1979.

GIANESI, I. G. N.; CORREA, H. L. **Administração estratégica de serviços**: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A. C. **Técnicas de pesquisa em economia**. São Paulo: Atlas, 1988.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 2, mar./abr. 1995.

GOLDIN, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOLDRATT, E. M. A meta: **um processo de melhoria contínua**, Ed. Nobel, São Paulo, 2002.

GONÇALVES, E. L. As empresas são grandes coleções de processos. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 40, n. 1; jan./mar. 2000.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar.1998.

GRAÇA L. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. [site da Internet] [acessado 2012 mar]. Disponível em:<<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos93.html>>. Acesso em: 17 de mai. de 2012.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1. ed. Brasil, 2010.

GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM. **Triagem no serviço de urgência**. Manual do formando. 2. ed. BMJ, 2002.

GUIA CURITIBA. **Emergência e Traumas: SAMU**. Disponível em: <http://www.clinicas-curitiba.com/emergencia.htm>. Acesso em: 25 de fev. de 2013.

GUIMARÃES, J. I. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia código azul – registro de ressuscitação – normatização do carro de emergência. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v81s4/20229.pdf>>. Acesso em: 03 de jun. 2012.

HAMMER, M.; CHAMPY, J. **Reengineering the Corporation**. New York: HarperBusiness, 1994.

HARRINGTON, H. J.; ESSELING, E. K. C.; NIMWEGEN, H. V. **Business Process Improvement Workbook**: documentation, analysis, design and management of business process improvement. New York: McGraw Hill, 1997.

HWANG, U; RICHARDSON, T e SONUYI, O. **The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture**. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 54, no. 2, pp. 270–275, 2006. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15325415.2005.00587.x/abstract;jsessionid=BD96DCE25E6C014E3E9607B5130BC9A0.d04t01>>. Acesso em: 02 de mar de 2013.

JESUS, P.B. R., CARVALHO, D. V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde: uma contribuição de enfermagem. **Revista Mineira Enfermagem**, 2002, v.6, n.1, p. 48-56.

JOHNSTON, R.; CLARK, G. **Administração de operações de serviço**. São Paulo: Atlas, 2002.

JURAN, J. M. **Planejando para qualidade**. 3 ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

KERSHAW, R. **Using TOC to cure healthcare problems**. Management Accounting Quarterly, Spring, 2000.

KLUCK, M. & PROMPT. C.A. **O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial**. In: Quinto Neto, A., Bittar, OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa, 2004.

KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KUME, H. **Métodos estatísticos para melhoria da qualidade**. São Paulo: Editora Gente, 1993.

KURCGANT. P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LIMA, L.P. **O Desafio Gerencial da Multiinstitucionalidade dos Hospitais Universitários: o Caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, fevereiro de 2004.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, L. A. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgências e emergências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, jul./set. 2006.

LONGO, R. M. **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação**. In: SEMINÁRIO SOBRE GESTÃO DA QUALIDADE NA EDUCAÇÃO: EM BUSCA DA EXCELÊNCIA, 1995, São Paulo. Texto para discussão n. 397. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.dcce.ibilce.unesp.br/adriana/ceq/Material%20complementar/historia.pdf>>. Acesso em: 25 mai. de 2012.

LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACKWAY-JONES, K. et al. **Emergency Triage / Manchester Triage Group**. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. Disponível em: <[http://www.amazon.com/Emergency-Triage-Machester-Group/dp/0727915428#reader\\_0727915428](http://www.amazon.com/Emergency-Triage-Machester-Group/dp/0727915428#reader_0727915428)>. Acesso em: 15 jun. de 2012.

MALIK, A. M., SCHIESARI, L. M. **Qualidade na Gestão Local de Serviços de Saúde**. São Paulo, Editora Fundação Petrópolis LTDA. 1998.

MAÑAS, A.V. Inovação e Competitividade – Um Enfoque na Qualidade. **Gestão da Qualidade**: tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

MARANHÃO, M. ISO Série 9000. **Manual de Implementação**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1990.

MBA – **Manual Brasileiro de Acreditação**: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília, 2010.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

NERY, S. R., et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 1411 – 1419, 2009.

NIST – **National Institute of Standards and Technology**. Federal Information Processing Standards Publication. Washington, DC, 1993.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

O'DWYER, G.; PACHECO, S; SETA, M.H. Avaliação Dos Serviços Hospitalares de Emergência do Programa Qualisus. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf>>. Acesso em: 8 de jun. de 2012.

OAKLAN, J. S. **Gerenciamento da qualidade total**: o caminho para aperfeiçoar o desempenho. São Paulo: Nobel, 1994.

OLIVEIRA, O.J. **Gestão da Qualidade: Introdução à História e Fundamentos**. In: OLIVEIRA O.J. (Org.). **Gestão da Qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

OLIVEIRA, P. C. **A construção de um processo de avaliação do sistema de educação a distância do SENAC EAD/RS e a busca das suas possíveis interfaces com os critérios de excelência da fundação nacional da qualidade**. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Pediatria**, 3 ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2005.  
ONA, Organização Nacional de Acreditação. **Conheça a ONA**. Disponível em: <[www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)>. Acesso em: 03 jul. 2012.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília, 2004. OPAS/OMS.

OULD, M. A. **Business Process: Modeling and Analysis for Re-engineering and Improvement**. New York: Wiley, 2005.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. & BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, 41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. & BERRY, L. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v.64, n. 1, 1988.

PEDROSA, T.M.G. **Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da organização nacional de acreditação e as normas da série NBR ISO 9000:2000**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina da UFMG, 2004.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 15, jul/set 2007.

RDC 50. **Resolução da Diretoria Colegiada: RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=25622&word=rdc>>. Acesso em: 04 mai. de 2012.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. 75f. Dissertação (Mestrado em

Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ROONEY A.L. e OSTENBER P.R. **Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde.** Projeto de Garantia de Qualidade, Centro dos Serviços Humanos- CHS. USA: USAID, 1999, 64p.

SABBADINI, F. S.; GONÇALVES, A. A **A unidade de emergência no contexto do ambiente hospitalar.** 2008. Disponível em: <<http://www.saocamilo.rj.br/rea/h/artigosabbadini.pdf>> . Acesso em: 20 de mai. de 2012.

SANTOS, L. R. Gestão da maturidade de processos essenciais - convergência para o futuro. **Revista Eletrônica de Administração**, v.2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v2n1/v2n1a01.pdf>>. Acesso em: 12 de jul. de 2012.

SCHEER, A.W. **ARIS – Business Process Frameworks.** 2. ed., Berlin, 1998.

SELEME, Robson; STADLER, Humberto. **Controle da Qualidade: As Ferramentas Essenciais.** Curitiba: IBPEX, 2008.

SLACK, N. et al. **Administração da produção.** São Paulo: Atlas, 1996.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.2, 2005.

SOURNIA, J. C. & RUFFIE, J. **As Epidemias na História do Homem.** Lisboa: Edições 70, 1986.

SOUZA, R. B. de; SILVA, M. J. P. da; NORI, A. **Pronto Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes.** 2007. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista-2007/revista-2007\(2\)/PRONTO-SOCORRO.pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista-2007/revista-2007(2)/PRONTO-SOCORRO.pdf)>. Acesso em: 2 de jun. de 2012.

THOMPSON, C; HAYHURST, C; e BOYLE, A. How have changes to out-of-hours primary care services since 2004 affected emergency department attendances at a UK district general hospital? **a longitudinal study.** Emergency Medicine Journal, vol. 27, no. 1, pp. 22–25, 2010. Disponível em: < <http://emj.bmj.com/content/27/1/22>>. Acesso em: 10 de abr. de 2012.

TRIPODI, T, FELLINI. P&MEYER, M. **Análise de pesquisa social:** diretrizes para uso de pesquisa em serviço social e ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

TRIVIÑOS, A. N. S. **A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

ULBRICH, E. M., et al. – **Protocolo de Enfermagem em Atendimento Emergencial:** Subsídios para o Acolhimento as Vitimas. Universidade Federal do Paraná, abr/jun de 2010.

VARVÁKIS, G.;SELIG, P. M. ; PINTO, J. G. C. ; COSTA, N. S. A. A.; DIAS, P. M. **Gerenciamento de processos:** metodologia base para a melhoria continua. In: ENEGEP, 1997, Gramado - RS. ENEGEP, 1997.

VASCONCELLOS, P. P. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WERKEMA, M. C. **As Ferramentas da Qualidade no Gerenciamento de Processos,** 1ª ed., Belo Horizonte, Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1995.

YIN, R.K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARA MAPEAMENTO DE PROCESSOS

Área	Processo	Recursos	Profissional
<b>Atendimento</b>	Acolhimento		
	Triagem		
	Espera		
	Diagnóstico e Tratamento		

Área	Processo	Recursos	Profissional
<b>Gestão</b>	Acolhimento		
	Triagem		
	Espera		
	Diagnóstico e Tratamento		

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE APOIO PARA GRUPO FOCAL

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação da pesquisadora;</li> <li>2. Explicação do método;</li> <li>3. Apresentação dos objetivos da pesquisa;</li> <li>4. Delimitação do tema em questão: <b>Iniciativas da Qualidade no Pronto Socorro</b></li> </ol>		
Área	Pergunta para discussão/Profissional respondente	
<b>Atendimento</b>	1. Existe um sistema de gestão da qualidade no PS?	
	2. Existe uma política de qualidade no PS?	
	3. Os profissionais recebem treinamentos periodicamente?	
	4. São utilizados métodos de gestão da qualidade no PS? Quais?	
	5. São utilizadas ferramentas da qualidade no PS? Quais?	
	6. Existem custos referentes a qualidade? Quais?	
	7. As ações são planejadas e posteriormente monitoradas?	

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação da pesquisadora;</li> <li>2. Explicação do método;</li> <li>3. Apresentação dos objetivos da pesquisa;</li> <li>4. Delimitação do tema em questão: <b>Iniciativas da Qualidade no Pronto Socorro</b></li> </ol>		
Área	Pergunta para discussão/Profissional respondente	
<b>Gestão</b>	Existe um sistema de gestão da qualidade no PS?	
	Existe uma política de qualidade no PS?	
	Os profissionais recebem treinamentos periodicamente?	
	São utilizados métodos de gestão da qualidade no PS? Quais?	
	São utilizadas ferramentas da qualidade no PS? Quais?	
	Existem custos referentes a qualidade? Quais?	
	As ações são planejadas e posteriormente monitoradas?	