

**Ícaro Guilherme Donadi Ferreira Calafiori**

**MANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO  
DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA: COMO  
COMEÇAR**

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – Escola Paulista  
de Medicina, para obtenção do título de  
Mestre Profissional em Tecnologia,  
Gestão e Saúde Ocular.

São Paulo

2020

**Ícaro Guilherme Donadi Ferreira Calafiori**

**MANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO  
DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA: COMO  
COMEÇAR**

Dissertação apresentado à Universidade Paulista de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre Profissional.

**Orientadora:**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciene Barbosa de Sousa.

São Paulo

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,

Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Calafiori, Ícaro Guilherme Donadi Ferreira

Manual de implantação da qualidade no atendimento do paciente em serviços de oftalmologia: como começar

/ Ícaro Guilherme Donadi Ferreira Calafiori. - São Paulo, 2020.

xiii, 63f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Gestão e Saúde Ocular.

Título em inglês: Manual for implementing quality in patient care in ophthalmology services: how to start.

1. Gestão da qualidade em oftalmologia. 2. Qualidade de assistência em oftalmologia. 3. Acreditação em hospitais. 4. Qualidade, acesso e avaliação da assistência a saúde. 5. Gestão da Qualidade em saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM TECNOLOGIA, GESTÃO E SAÚDE**  
**OCULAR**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. Mauro Silveira de Queiroz Campos

Coordenador do curso de pós-graduação: Prof. Dr. Jose Álvaro Pereira Gomes

**Ícaro Guilherme Donadi Ferreira Calafiori**

**MANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO  
DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA: COMO  
COMEÇAR**

Banca examinadora

Prof. Dr. Luiz Henrique Soares Gonçalves de Lima

Prof. Dr. Marinho Jorge Scarpi

Prof. Dr. Tatiana Moura Bastos Prazeres

Prof. Dr. Myrna Serapião do Santos

## **Dedicatória**

Gostaria de dedicar o presente estudo a todos profissionais de saúde, que já exercem esta profissão com muito esmero, competência e sabedoria, para que possam acrescentar a qualidade em seu atendimento, proporcionando segurança ao paciente e maior adesão em suas condutas.

Gostaria também dedicá-lo a todos gestores, para que através do uso deste manual possam aderir à Gestão da Qualidade, melhorando sua forma de liderar e de motivar os colaboradores.

## **Agradecimento**

Agradeço, primeiramente, a Deus pela honrosa oportunidade de poder elaborar o presente manual dedicado à qualidade e à melhoria dos serviços de oftalmologia.

Agradeço a minha família, berço dos meus valores. Em especial, aos meus avós, Hortência, Wanira e Luiz, e aos meus pais, Maria Luiza e Guilherme, que me ensinaram desde infância o verdadeiro sentido e a essência da qualidade, além da gratidão a minha amada esposa Loyanne pelo apoio e carinho, pois com ela pude compreender o primordial sentido da excelência em nosso casamento. Agradeço aos meus filhos Dante e Luigi, exemplos de filhos bons, pela motivação de querer ser sempre um melhor pai, esposo e filho.

Agradeço a todos meus professores, mestres e doutores, que me ensinaram com expressiva qualidade, desde a escola, a faculdade, a residência e o *fellow-ship* em retina e vítreo. Estes grandiosos mestres me estimularam trabalhar com excelência, inspirando minhas condutas clínicas e cirúrgicas.

De maneira muito especial, dedico meus agradecimentos à Dra. Luciene Barbosa de Sousa, a quem muito admiro e que, muito mais do que orientadora, representa modelo de qualidade em suas atitudes profissionais e enobrece a classe médica, além de me orientar e estimular a fazer tal manual.

Agradeço a todos os administradores, coordenadores e colaboradores do Hospital Fundação Banco de Olhos de Goiás, por terem me aberto as portas, me proporcionando uma formação com qualidade e, agora pela oportunidade de poder contribuir com o crescimento deste hospital através do cargo de Diretor Clínico, motivo de toda minha gratidão e honra.

## Resumo

**Introdução:** Desde que o homem passou a discernir e fazer escolhas, a qualidade passou a fazer parte do cotidiano. Inicialmente, apenas nos produtos, mas posteriormente nos serviços e, por fim, na área da saúde. Assim, como os clientes desejavam um bom atendimento, em que suas necessidades e desejos fossem satisfeitos, as empresas também passaram a entender a importância de oferecer essa qualidade aos seus consumidores.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é a construção de um manual que auxilie de forma mais fácil a implantação de uma gestão voltado para a qualidade nos serviços de oftalmologia.

**Método:** Para a construção deste manual foi realizada pesquisa de vários artigos nos principais sites de busca e leitura nos principais livros de qualidade.

**Resultado:** As organizações passaram a desenvolver e a fornecer serviços não só em conformidade com o que o paciente desejava, mas também passaram a almejar encantá-los, surpreendendo suas expectativas, como uma forma de conquistar e fidelizar seus clientes. Surgiu, então, a Gestão da Qualidade, com o propósito de não apenas valorizar os clientes, mas também proporcionar uma nova forma de gerir, com o desenvolvimento de processos padronizados, uso de ferramentas para entender as prioridades da organização e motivação dos seus colaboradores. Neste programa a ser implantado, observou-se um aumento da eficiência da empresa, com aumento dos clientes e, conseqüentemente do lucro. Também conquistou-se a diminuição das perdas, desperdícios, fim dos retrabalhos e eliminação das falhas. Outra vantagem foi o aumento do poder de negociação com os fornecedores, que começaram a ver a organização que implantou a qualidade com maior credibilidade. Sendo assim, esse manual tem como objetivo auxiliar empresas menores, que não possuem a capacidade financeira de contratar profissionais especialistas em qualidade, a implantar o programa da qualidade nos serviços de oftalmologia.

**Conclusão:** Com a fundação desta nova política, as organizações oftalmológicas podem buscar as certificações dos processos implantados e acreditação da organização como um todo, para que possam, dessa forma, demonstrar a todos, sejam clientes, colaboradores ou fornecedores, que aquelas instituições seguem fielmente os padrões de qualidade.

**Palavras - chave:** Gestão da Qualidade em saúde; Acreditação de hospitais; Qualidade de assistência de saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência de saúde.



## **Abstract**

**Introduction:** Since man began to discern and make choices, quality has become part of everyday life. Initially, only in products, but later in services and, finally, in the health area. Thus, as customers wanted good service, in which their needs and desires were satisfied, companies also came to understand the importance of offering this quality to their consumers.

**Objective:** The objective of this work is the construction of a manual that will help in an easier way the implementation of a management focused on quality in ophthalmology services.

**Method:** In order to build this manual, several articles were searched on the main search and reading sites in the main quality books.

**Result:** The organizations started to develop and provide services not only in accordance with what the patient wanted, but also started to aim to enchant them, surprising their expectations, as a way to win and retain their customers. Then came Quality Management, with the purpose of not only valuing customers, but also providing a new way of managing, with the development of standardized processes, the use of tools to understand the priorities of the organization and the motivation of its employees. In this program to be implemented, there was an increase in the company's efficiency, with an increase in customers and, consequently, profit. Losses, wastes, end of rework and elimination of failures were also achieved. Another advantage was the increase in negotiation power with suppliers, who began to see the organization that implemented quality with greater credibility. Therefore, this manual aims to help smaller companies, which do not have the financial capacity to hire professionals specialized in quality, to implement the quality program in ophthalmology services.

**Conclusion:** With the foundation of this new policy, ophthalmological organizations can seek the certifications of the implanted processes and accreditation of the organization as a whole, so that they can, in this way, demonstrate to all, whether customers, employees or suppliers, that those institutions follow faithfully quality standards.

**Keywords:** Quality Management; Accreditation; Quality of health care; Health Care Quality, Access, and Evaluation

## **Lista de Quadros e Tabela**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1: Tabela das fases de implantação relacionando com o tempo de cada etapa..... | 11 |
| Quadro 2: Correlação entre as ferramentas.....  | 26 |
| Quadro 3: Pontuação da ferramenta GUT.....  | 30 |
| Quadro 4: Exemplo de aplicação Matriz GUT.....  | 31 |
| Quadro 5: Ilustração do Diagrama de Causa-Efeito.....                                 | 32 |
| Quadro 6:Tabela da Matriz Swot.....   | 34 |
| Quadro 7: Exemplo de Diagrama da arvore.....  | 36 |
| Quadro 8: Quadro de exemplificação da ferramenta Fluxograma.....                      | 37 |
| Tabela 1: Exemplificação de uso da Ferramenta Histograma.....                         | 38 |

## Lista de abreviações e siglas

JCI – Joint Commission International

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

GQT – Gestão da Qualidade Total

Decs – Descritores da Ciência da Saúde

ISO – *International Organization for Standardization*

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

TQC – *Total Quality Control*

SMART – Específico, Mensurável, Atingível, Relevância, Temporal

PDCA – Planejar, Fazer, Verificar, Agir

5W2H – “Quê? , “Quem?”, “Quando?”, “Quanto?”, “Como?”, “Onde?”, “Por quê?”, “Para quê?”

GUT – Gravidade, Urgência, Tendência

5S – cinco sentidos de qualidade (Seiri, Seiton, Seisou, Seiketsu, Shitsuke)

CEP – Controle Estatístico de Processos

DMAIC – Definir, Medir, Analisar, Melhorar, Controlar

DFSS – Design for Six Sigma

DMADV – Definição, Medição, Análise, Projeto/Design, Verificação

TPM – Manutenção Produtiva Total

SWOT – Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças

FMEA – Análise dos Modos e dos Efeitos das Falhas

INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial

SIPOC – *supplier, input, processes, output, customers*

MASP – Método de Análise e Solução de Problemas

IAC – Instituição Avaliadora Credenciada

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CME – Central de Materiais e Esterilização

UTI – Unidade de terapia Intensiva

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

IQC – Instituto Qualisa de Gestão

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade

QUALISS – Programa de Monitoramento de Qualidade dos Prestadores de Serviços Suplementar na Saúde

## Sumário

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>01</b> |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>07</b> |
| <b>3</b>     | <b>METODOLOGIA</b> .....  | <b>08</b> |
| <b>4</b>     | <b>RESULTADOS : MANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE NOS ATENDIMENTOS DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA</b> ..... | <b>09</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO</b> .....  | <b>09</b> |
| <b>4.1.1</b> | <b>Fase da Idealização</b> .....  | <b>11</b> |
|              | 4.1.1.1 Gerente da Qualidade.....   | 12        |
|              | 4.1.1.2 Plano de qualidade.....   | 13        |
|              | 4.1.1.3 Custos com qualidade.....   | 15        |
| <b>4.1.2</b> | <b>Fase da Conscientização</b> .....  | <b>15</b> |
|              | 4.1.2.1 Treinamento dos colaboradores.....  | 16        |
|              | 4.1.2.3 Motivação dos colaboradores.....  | 17        |
|              | 4.1.2.4 Conquistar o corpo clínico.....   | 19        |
|              | 4.1.2.5 Participação de todos .....   | 19        |
| <b>4.1.3</b> | <b>Fase da Concretização</b> .....  | <b>20</b> |
|              | 4.1.3.1 Transição para a gestão de qualidade.....   | 20        |
|              | 4.1.3.2 Desenvolvimento de Processos.....   | 22        |
| <b>4.1.4</b> | <b>Fase da Melhoria Contínua</b> .....  | <b>24</b> |
|              | 4.1.4.1 Satisfação do cliente.....  | 24        |
|              | 4.1.4.2 Fidelização dos clientes.....   | 25        |
| <b>4.2</b>   | <b>FERRAMENTAS DA QUALIDADE</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>4.2.1</b> | <b>Ferramenta de Troca de Conhecimento</b> .....  | <b>27</b> |
|              | 4.2.1.1 <i>Benchmarking</i> .....   | 27        |
| <b>4.2.2</b> | <b>Ferramenta de Geração de Alternativas</b> .....  | <b>27</b> |
|              | 4.2.2.1 <i>Brainstorming</i> .....  | 27        |
|              | 4.2.2.2 Círculos de Qualidade.....  | 28        |

|  |    |
|--|----|
| <b>4.2.3 Ferramentas de Priorização</b> .....                          | 29 |
| 4.2.3.1 FMEA ( <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> ) .....         | 29 |
| 4.2.3.2 Matriz GUT.....  | 30 |
| <b>4.2.4 Ferramentas para Identificar Causa</b> .....                  | 31 |
| 4.2.4.1 Diagrama de Causa – Efeito.....                                | 31 |
| 4.2.4.2 Cinco Porquês.....   | 32 |
| 4.2.4.3 Método 5W2H.....   | 33 |
| <b>4.2.5 Ferramentas de Avaliação de Alternativas</b> .....            | 33 |
| 4.2.5.1 Matriz SWOT.....   | 33 |
| 4.2.5.2 Método dos Seis Chapéus.....                                   | 34 |
| <b>4.2.6 Ferramentas de Planejamento das Ações</b> .....               | 35 |
| 4.2.6.1 Ciclo PDCA .....   | 35 |
| 4.2.6.2 Diagrama da Árvore .....                                       | 36 |
| <b>4.2.7 Ferramentas de Gráficos / Simplificação do Processo</b> ..... | 37 |
| 4.2.7.1 Fluxograma.....  | 37 |
| 4.2.7.1 Histograma.....  | 38 |
| <b>4.2.8 Ferramentas de Implantação</b> .....                          | 39 |
| 4.2.8.1 Programa 5S.....   | 39 |
| 4.2.8.2 Seis Sigma.....  | 40 |
| 4.2.8.3 Lean.....  | 41 |
| 4.2.8.4 Metodologia Scrum.....   | 41 |
| <b>4.3 CERTIFICAÇÕES / ACREDITAÇÕES</b> .....                          | 43 |
| 4.3.1 ONA.....   | 44 |
| 4.3.2 <i>Joint Commission International</i> .....                      | 46 |
| 4.3.3 <i>Accreditation Canada International</i> .....                  | 47 |
| 4.3.4 Certificação ISO.....  | 48 |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....   | 51 |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....   | 55 |
| <b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                              | 57 |

## 1 INTRODUÇÃO

Desde que o homem passou a discernir e fazer escolhas, a qualidade passou a fazer parte do cotidiano. Inicialmente, apenas nos produtos, mas posteriormente nos serviços e, por fim, na área da saúde.

Surgiu, então, a Gestão da Qualidade, com o propósito de não apenas valorizar os clientes, mas também proporcionar uma nova forma de gerir, com o desenvolvimento de processos padronizados, motivação dos seus colaboradores e uso de ferramentas para entender as prioridades da organização.

A gestão da qualidade irá estudar o mercado, avaliando suas oportunidades de crescimento, ameaças e potencialidades, assim como também irá controlar os erros com ações corretivas e preventivas, além de envidar esforços no sentido de sanar as falhas, perdas e desperdício(1).

Na saúde, a busca por qualidade na prestação de serviço começou com uma enfermeira inglesa, Florence Nightingale, com a implementação em 1854 do primeiro modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde, avaliando dados estatísticos e gráficos. (2).

Em 1924, nos Estados Unidos, iniciou-se a avaliação da qualidade com o Programa de Padronização Hospitalar, o PPH, com o surgimento do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que visava melhorar a qualidade na assistência aos pacientes. Após a segunda grande Guerra Mundial, com as dificuldades para manter o programa foi fundado a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Esta empresa de natureza privada, surgiu com o objetivo de conscientizar as organizações de saúde sobre a qualidade, divulgando esta cultura da qualidade na área médico-hospitalar (3).

Com a evolução da gestão da qualidade houve a necessidade de padronizar e para unificar os programas de gestão da qualidade nas organizações, surgindo em Genebra a *International Organization for Standardization (ISO)*. Foi criada a família de normas ISO 9000, cujo foco é gerenciar a qualidade na cadeia produtiva. Para uma instituição de saúde obter esta certificação, necessita passar por uma grande mudança comportamental e cultural, desenvolvendo uma melhoria dos processos (1,4).

O aparecimento no Brasil ocorreu na década de 30 com surgimento da Comissão de Assistência Hospitalar com o desenvolvimento de Normas e Portarias visando qualidade e avaliação hospitalares. Porém o ápice implantação da qualidade surgiu no final da década de 90 com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em que estimula instituições de saúde a atingirem padrões cada vez mais elevados de qualidade (5,6).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade é a comparação do nível de cuidado atual com o que foi definido e planejado inicialmente. Desta forma a ideia de qualidade não é entendida do mesma forma por todos pacientes. A qualidade na saúde é muito subjetiva, devido à dificuldade de diferenciar a qualidade do atendimento e cuidados assistenciais essenciais. Portanto, são utilizadas duas vertentes para diferenciá-las, com relação aos aspectos humanitários e técnicos. Os aspectos humanitários se referem às necessidades dos pacientes, sendo um conceito bastante valorizado, por se tratar da vida das pessoas. Enquanto isso, o aspecto técnico está relacionado com o avanço da tecnologia e da ciência aplicados à saúde (7).

Estamos atualmente vivendo no Século da Qualidade, devido a grande conscientização dos clientes e das empresas que buscam a qualidade na forma de atendimento. Os pacientes, conscientes do poder que possuem em suas mãos, procuram instituições acessíveis, de custos baixos, mas com grande efetividade e segurança (8).

Atualmente, a assistência oftalmológica passa a ser valorizada pela sua resolubilidade, ou seja, correta prescrição e adaptação aos óculos ou sucesso cirúrgico com o ganho da qualidade de vida, com a melhora da visão. Outro ponto muito valorizado são os atendimentos personalizados, variando de acordo com as necessidades e valores dos clientes.

Assim sendo, anteriormente as tomadas de decisões eram baseadas na experiência do profissional e em seu treinamento técnico, mas na contemporaneidade passam a dar lugar a tomadas de decisões baseadas em evidencia de estudos, não permitindo que as ações possam ferir a segurança, nem tampouco abalar as expectativas do paciente.

Os médicos que até detinham de total controle de na assistência, passam a dividir a responsabilidade com o próprio paciente, de maneira que as condutas que eram



impostas, agora as informações são passadas aos pacientes para que o mesmo possa discutir com o médico assistente qual a melhor conduta a ser tomada, como por exemplo a urgência ou não de realizar uma facectomia, ou o tempo de retorno levando em consideração o tempo e dificuldade de deslocamento do paciente. Lembrando que esta possibilidade de conduta compartilhada deve sempre seguir o princípio da não maleficência (9)

Ao paciente recorrer a alguma instituição de saúde é criada uma expectativa nos pacientes, conforme a personalidade deles, seus valores sociais e culturais, em relação a capacidade de resolubilidade de suas necessidades no contexto dos cuidados e da evolução da doença (10).

Dessa forma, atendimentos mais personalizados proporcionam uma melhor comunicação e um maior envolvimento do paciente no processo terapêutico e, conseqüentemente, numa melhora na qualidade nos serviços de saúde. Esse aumento da satisfação gera uma redução do sofrimento, da ansiedade e do estresse do paciente (41).

Há uma relação direta entre a qualidade dos serviços hospitalares e a satisfação dos pacientes, principalmente quando esses desejam voltar ao mesmo hospital ou recomendam para um familiar ou amigo. Afinal, os clientes não avaliam somente o tratamento médico-hospitalar, mas também uma boa relação medico-paciente, confiando nas condutas dos prestadores de serviço (12).

A satisfação dos clientes aumenta a confiança no serviço, melhorando o cumprimento das orientações fornecidas e, conseqüentemente, há uma grande adesão terapêutica e um aumento na resolubilidade dos problemas de saúde que ensejaram a procura dos pacientes (7)

Uma das principais insatisfações dos pacientes refere-se a qualidade de informações recebidas pelos profissionais de saúde. Há estudos que mostram uma relação positiva entre o nível de instrução dos pacientes sobre o procedimento que irão realizar e sua contentamento. Dessa forma, atendimentos mais personalizados proporcionam uma melhor comunicação e um maior envolvimento do paciente no processo terapêutico e, conseqüentemente, há uma máxima satisfação dos clientes, o que gera redução do sofrimento, da ansiedade e do estresse ( Melo, 2006).

Atualmente, os métodos utilizados na área da saúde são pautados pela Gestão da Qualidade Total (GQT) que potencializa a consciência de qualidade em todos os processos da empresa, objetivando a garantia da satisfação do cliente, promovendo o trabalho em equipe para buscar o envolvimento de toda a organização, almejando constantemente a solução de problemas e a diminuição de erros. As decisões de mudança devem ser tomadas rapidamente, assim que detectado o problema com base em dados, através do controle dos processos, deixando de ser usado o método empírico, passando a usar evidências dos indicadores. (13,14).

Com o objetivo de desenvolver a qualidade na assistência em saúde, foi criado por Donabedian a Tríade da Qualidade com avaliação segundo a estrutura, processo e resultado (6,15,16).

1. Estrutura: se relaciona com itens necessários para o atendimento, como recursos físicos, materiais, organização administrativa e financeira;
2. Processo: corresponde às atividades envolvidas na relação médico-paciente, englobando os cuidados diretos, não diretos e os perfis dos profissionais;
3. Resultado: produto final da assistência prestada, leva em consideração o tratamento da enfermidade, satisfação do atendimento padronizado e o cumprimento às expectativas dos pacientes.

O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos identificou seis dimensões para o cuidado da saúde com qualidade, como segurança, oportunidade, efetividade, foco no paciente, eficiência e equidade (17).

1. Segurança: evitar que a assistência provoque danos e prejuízos ao paciente;
2. Oportunidade: tratamento favorável a circunstância;
3. Efetividade: condutas baseadas em evidências;
4. Foco no paciente: respeitando suas necessidades e preferências;
5. Eficiência: evitando desperdícios materiais e de tempo;
6. Equidade: oferecer maior cuidado aos mais necessitados

Com a gestão da qualidade os pacientes passam a serem denominados clientes, em que há uma valorização da pessoa que procura atendimento oftalmológico, ou seja, suas necessidades passarão a ser valorizadas e será um desafio para a instituição satisfazer suas necessidades(6).

Para avaliar a qualidade institucional, é necessária a realização de pesquisas com toda a equipe multidisciplinar, centrando o esforço para a satisfação das expectativas e das necessidades dos consumidores finais, que são os pacientes(7,8).

Para implantar uma gestão de excelência, todos os setores da organização passaram a ser responsáveis pela qualidade de atendimento, não mais somente a gerência, havendo, pois, a necessidade da padronização dos processos para que todos colaboradores sigam um modelo predefinido de acordo com os valores da instituição. Os processos devem ser pautados em projetos e planos que visem a segurança do paciente e a valorização dos colaboradores e fornecedores, a fim de atingirem maior competitividade e qualidade (6,18).

Exemplo disso é que todos os setores de trabalho se encontram interligados, de modo que a enfermagem necessita da agilidade da farmácia, a qual necessita do comprometimento da entrega dos materiais pelo almoxarifado, o qual necessita da aquisição dos produtos pelo setor de compras (16).

Efetivamente, serão valorizados os atendimentos no serviço oftalmológico com excelência, quando os pacientes percebem as mudanças que contribuem para sua segurança e o cumprimento das suas necessidades e desejos. (7).

Os clientes estão cada vez mais conscientes dos seus problemas e de seus direitos, tornando-se mais exigentes e com elevadas expectativas na prestação dos serviços oftalmológicos. Sendo valorizados por eles o uso da tecnologia e da ciência nos atendimentos recebidos. Finalmente, as amenidades também se afiguram sobejamente importantes, referindo-se ao bem estar e conforto do paciente. Desta forma, a arquitetura do hospital deve propiciar melhor utilidade dos espaços, bem como uma agradável luminosidade e o conforto nas salas de espera (7).

Necessitando se adaptar as mudanças atuais, proporcionadas pela grande concorrência que estamos vivendo, as empresas que implantam a gestão da qualidade devem desenvolver uma ideologia organizacional estabelecendo sua Missão, Visão e Valores. A missão é o objetivo central de que a empresa foi criada, ou seja, o que propõem a fazer. Visão retrata um futuro desejado para organização, simulando um cenário possível, sendo uma razão de excelência da instituição. Valores representa a cultura organizacional, ou seja, são princípios ou crenças que guiam as decisões e comportamentos dentro da empresa. (19)

O sucesso de uma organização oftalmológica depende de um bom planejamento estratégico, o qual proporciona uma sustentação cultural, estabelecendo o conceito claro do que está sendo realizado, permitindo maior conhecimento dos seus propósitos e a forma de pensar. (20)

Neste novo programa de gestão é essencial que os profissionais se apoiem na literatura, desenvolvendo *benchmarking* para validarem, terem suporte e consistência na implementação de seus projetos, adequando-os à realidade de cada serviço (14).

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo do presente estudo é elaborar um manual prático e oferecer a devida orientação técnica para que a Gestão da Qualidade seja implementada, sobretudo, em serviços de oftalmologia menores ou intermediários (que possuem um quadro de funcionários restrito e que, portanto, não possuem um departamento voltado especialmente à Qualidade).

### 3 MÉTODO

A confecção do presente manual prático de implantação da qualidade nos serviços de oftalmologia iniciou-se a partir de uma revisão bibliográfica de artigos e livros dedicados a conceitos e exemplos de Gestão da Qualidade, bem como a ferramentas da qualidade e os principais manuais de acreditação.

A pesquisa foi direcionada aos serviço de saúde, destacando-se a área da oftalmologia, tendo sido utilizado arcabouço teórico de livros especialmente elaborado a esta temática, assim como materiais científicos extraídos da internet, a exemplo de artigos, dissertações e teses em língua portuguesa e estrangeiras.

Junto aos sítios da internet foram realizadas buscas nas plataformas da PubMed, *Web of Science*, Google Acadêmico, Scielo e Lilacs com auxílio do Decs (Descritores da Ciência da Saúde) entre os meses de setembro de 2018 e novembro de 2019, foi utilizada uma grande variedade de palavras-chave tendo em comum os serviços de oftalmologia como foco nas pesquisas, as quais, porém, não lograram êxito. Sendo assim, muitos artigos referentes à qualidade na saúde de forma generalizada foram encontrados, mas, nenhum artigo que envolvesse a especificamente os serviços de oftalmologia foi encontrado.

Desta feita, os principais tópicos pesquisados e que serão investigados no presente manual podem ser consubstanciados nos seguintes tópicos:

- Conceito e exemplos de Gestão da Qualidade voltada para área da saúde, com alguns artigos que descreviam algumas etapas de como seria a implantação em hospitais;
- Ferramentas da qualidade, delineando a melhor forma de utilização e seus objetivos;
- Acreditação e certificação, seguindo os manuais das organizações acreditadoras e alguns exemplos de hospitais acreditados.

Consta elucidar que, mesmo não envolver pacientes diretamente, sendo apenas uma revisão de literatura científica sobre a temática proposta, este estudo foi submetido no ano de 2017 ao Comitê de Ética em Pesquisa, com o numero 8638071217.

## **4 RESULTADOS : MANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE NOS ATENDIMENTOS DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA**

Este manual tem como finalidade propiciar aos proprietários médicos a compreensão da importância de se implantar o programa de qualidade em suas instituições e como fazê-lo de forma eficiente, aliando custo-benefício, auferindo maior qualidade e rendimento, sem prejuízo da prestação de um serviço plenamente satisfatório para seus clientes.

Afinal, a realidade contemporânea tem demonstrado que os hospitais maiores, que contam com Setor da Qualidade, não só implantaram esta política, como também conseguiram sua acreditação. Desta feita, almeja-se democratizar a Qualidade em serviços de oftalmologia, propagando-se de forma mais acessível o melhor tratamento possível a ser oferecido aos clientes, independentemente do porte da instituição, buscando-se uma diminuição de custos em tempo de crise e cumprindo o principal ideal dos profissionais de saúde, que é oferecer saúde com qualidade e excelência aos pacientes.

### **4.1 ETAPAS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO**

Nos serviços oftalmológicos, a implantação da Gestão da Qualidade se faz necessária para conseguir sobreviver a grande dificuldade em que vivemos, com diminuição das receitas e aumento das despesas.

Atualmente, os hospitais oftalmológicos sofrem com o aumento do custo de aquisição de equipamentos tecnológicos e gastos empreendidos com insumos, por serem cotados com moeda estrangeira. Maquinas estas que propiciam maior segurança ao paciente, como retinografo que permite a visualização de toda periferia da retina, eliminando falhas de não diagnostico de lesões periféricas da retina, aparelhos de facomulsificação que apresentam melhores fluídicas e redução dos riscos de complicações intra-opertória, entre tantos outros que diariamente vem surgindo.

Em relação a receitas, os hospitais vêm apresentando uma redução do faturamento, devido a grande concorrência, tabela defasada dos planos de saúde e Sistema Único de Saúde. Assim sendo, gestão da qualidade nas instituições tem com objetivo

diminuir o desperdício, aumentar a efetividade e eficiência das atividades e, dessa forma, conseguirem aumento dos lucros e maior competitividade (21)

A implantação do programa de qualidade nos serviços oftalmológicos assegura maior atuação no mercado, com aumento das consultas, cirurgias e exames. As instituições que prestam atendimento com excelência apresentam maior competitividade, conquistando novos clientes e fidelizando os antigos pacientes (22).

O paciente se torna sinônimo de cliente externo, ou seja, não pertence ao hospital, mas utiliza os serviços dessa instituição. Esta nova denotação, não irá alterar a forma de atendimento dentro do consultório, apenas a forma que o hospital ou a clínica irá conquistar esta pessoa.

Para implantação da qualidade eficiente é muito importante à valorização dos colaboradores, havendo um amplo desenvolvimento dos mesmos para que desempenhem suas funções com grande motivação (1,4).

Também existem os clientes internos que são as pessoas que trabalham na organização, como, por exemplo, os médicos não sócios do hospital e os profissionais de empresas terceirizadas, que trabalham por contrato e sem vínculo empregatício, além dos médicos parceiros, muito comuns na oftalmologia, que encaminham seus pacientes para exames e cirurgias para grandes clínicas (16).

Dessa maneira, tanto o cliente interno como o externo devem ter suas necessidades atendidas e o hospital tem o desafio de satisfazê-las. Para isso, todos os setores da instituição devem estar estimulados, motivados, preparados e cientes para prestar um serviço de qualidade à altura da expectativa e das necessidades dos clientes externos, bom como compreender qual o objetivo da organização, bem como para a consecução de melhores resultados. Com efeito, essas ações devem ser pautadas em projetos e planos que visem a segurança do paciente e a valorização dos colaboradores e dos fornecedores, a fim de atingirem maior competitividade e qualidade (6).

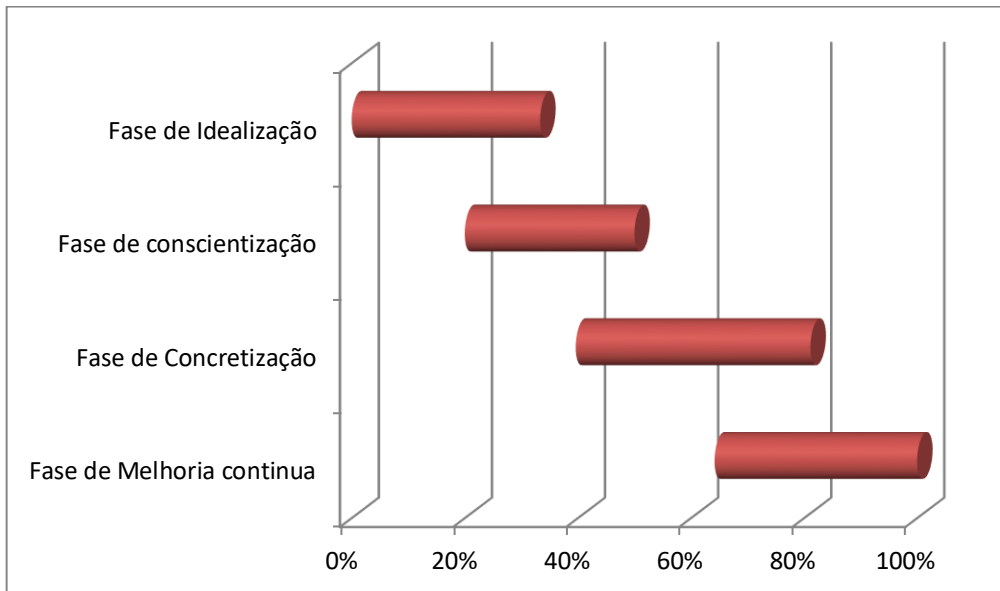
Deve ser estimulado um ambiente de compartilhamento do conhecimento, com o desenvolvimento de novas competências e aprimoramento das habilidades existentes para potencializar o saber dos colaboradores, promovendo o desenvolvimento social dentro da instituição (14).



Segundo Foster, “A qualidade nunca é um acidente, é sempre o resultado de grande intenção, muito esforço, direção inteligente e execução habilidosa” (23), fatores que somente são conquistados com árduo esforço, estudo, dedicação e esmero de toda uma instituição.

As fases que serão enumeradas a seguir não são contínuas, podendo ser implantada uma determinada etapa antes mesmo do término da anterior, como podemos observar no quadro abaixo:

**Quadro 1: Tabela das fases de implantação relacionando com o tempo de cada etapa**



#### 4.1.1 Fase da Idealização

A primeira etapa de Implantação da Gestão da Qualidade é conhecida como Fase da Idealização. Neste primeiro momento, deve haver a motivação dos diretores do serviço a prestarem o devido auxílio e colaboração para que as práticas necessárias sejam concretizadas.

Após a motivação dos diretores e donos das clínicas para o desejo de seguir o programa da qualidade, deve ser criado o Escritório, Comissão ou Comitê da qualidade. Em algumas vezes faz necessário à presença de um profissional que tenha conhecimento nas normas e diretrizes da Gestão da Qualidade, conhecido como Gerente da Qualidade.

Esta equipe de qualidade deve ser formada por coordenadores dos diversos setores da instituição com a interação do gerente da qualidade, cujo objetivo é proporcionar um direcionamento técnico do sistema da qualidade e promover uma articulação entre os departamentos. Em organizações que almejam a acreditação, podem viabilizar as ações de acordo com as normativas existentes em cada manual.

Para divulgar esta mudança cultural entre os colaboradores devem ser escolhidos facilitadores em cada setor na organização, como um efeito multiplicador, estimulando seus colegas colaboradores, auxiliando o Comitê da Qualidade no monitoramento e na proposição de metas. A diversidade de profissionais participantes no comitê da qualidade facilita o processo de implantação, uma vez que cada coordenador terá sua experiência prática em cada departamento (22,24).

A aproximação das áreas técnica e estratégica é muito importante para promover as mudanças estruturais e paradigmáticas na instituição. Esse movimento da qualidade gera um desenvolvimento crescente e coeso para o envolvimento dos diversos setores da instituição (14).

#### 4.1.1.1 Gerente de qualidade

O gerente de qualidade tem grande importância na Implantação da Gestão da Qualidade, porém não é obrigatória sua presença. Seu principal objetivo é definir objetivos e metas que viabilizem as políticas de qualidade na instituição. Este profissional se dedica ao gerenciamento da política de qualidade institucional, participando do direcionamento técnico do sistema da qualidade, especialmente com o desenvolvimento e a implantação do planejamento estratégico, definindo modelos de controle dentro do processo de qualidade (22).

Outra importante função desta gerência e ainda mais complexa, está relacionada com a conscientização dos colaboradores para obtenção da qualidade, pois sua atuação ocorre para formar e qualificar de maneira particular e efetiva cada colaborador e também a articulação entre eles, e continuamente motivar de toda equipe (22).

Estes profissionais além de possuírem competência técnica, devem exercer a liderança, saber superar resistência e conflitos, além de ter conhecimento do mercado para

melhor direcionamento dos processos aproveitando oportunidades e promovendo um redirecionamento em caso de ameaças. Devem também ter um grande conhecimento nos processos globais da instituição para poder sempre ajustá-los de acordo com as necessidades dos seus clientes. Portanto, devido a esta grande necessidade de conhecimento técnico e de sabedoria, sua escolha acaba sendo a etapa mais crítica e definitiva para o sucesso de um processo de implantação da gestão da qualidade com excelência e eficácia (22).

Seu posto muitas vezes é questionado, já que a qualidade deve ser tarefa de todos, mas sua presença tem grande importância por ser uma personificação física da mudança de cultura, permitindo maior motivação entre os funcionários.

É muito importante no momento da implantação os coordenadores de cada departamento juntamente com o gerente da qualidade definirem facilitadores, que são os profissionais com maior adesão a mudança cultural. Estes irão, rotineiramente, se reunir com o gerente da qualidade fixando metas e objetivos setoriais, em consonância com as metas globais. Pela proximidade com os demais colaboradores conseguirão manter motivados constantemente os funcionários deste setor (22).

#### 4.1.1.2 Plano de qualidade

Nas primeiras reuniões de implantação, deverão ser demonstradas de maneira introdutória as vantagens da gestão da qualidade, definindo os objetivos da organização frente à competitividade encontrada nos dias atuais, estabelecendo metas, estratégias e o plano de qualidade.

Este Plano de Qualidade deve ser formulado de forma detalhada as etapas e fases, estabelecendo desde o projeto até as ações finais, permitindo formas de acompanhamento e controle das ações, com uma previsão de resultados e indicando a responsabilidade pela execução das ações (22), para que cada colaborador tenha conhecimento do trabalho que lhe é esperado e que lhe será cobrado. (24)

Prazos devem ser definidos para sua concreta instalação, devido a grande mudança comportamental, de costumes e na forma de pensar, sendo, normalmente

alcançados excelentes resultados com 2 (dois) a 3 (três) anos. Nesse período, serão necessárias muita educação, dedicação e treinamento dos colaboradores (24).

Nesta etapa serão também necessários a seleção e o cadastramento de fornecedores, assim com escolha de equipamentos, materiais e instrumentais que também atendam aos padrões de qualidade, devendo cada um ser avaliado por critérios rigorosos de qualidade.

Neste momento é muito importante o uso de uma ferramenta da qualidade conhecido como *Brainstorn*, para o desenvolvimento em conjunto com os colaboradores de planos de implantação do programa da qualidade.

#### 4.1.1.3 Custos com qualidade

A implantação do programa da qualidade nas organizações permite que as despesas sejam gerenciadas, possibilitando uma priorização na redução de gastos em setores que estão acontecendo desperdício e que não agrega valor (25).

Durante a implantação haverá os gastos com planejamento, como no desenvolvimento dos processos, que irá envolver estudos para compreender a cultura organizacional e custos com o processo de acreditação.

Nas organizações de saúde, existem os custos de conformidade, que são gastos realizados com processos que atendam as necessidades dos clientes. E os gastos de não conformidade, que ocasionados pela falha deste processo. Estudos mostram que o custo da não conformidade pode chegar a 20 % do lucro da empresa, enquanto os custos da conformidade, quando bem gerenciada, pode chegar apenas a 2,5% (26).

Para iniciar o processo de excelência organizacional o ponto de partida deve ser a redução destes gastos de não conformidade (não-qualidade) através de processos bem elaborados, treinamento dos colaboradores, adesão do corpo clínico ao programa e gerenciamento da rotina.

Para a redução desses gastos é necessária a participação de todos os setores dentro da organização, desenvolvendo ações específicas para solucionar estas falhas. Os

resultados por serem sentidos a longo prazo podem gerar uma desmotivação generalizada, isso requer que rotineiramente sejam desenvolvidas ações para a motivação da equipe (22).

Dentro do consultório, os oftalmologistas podem aderir ao programa de Gestão de Qualidade, reduzindo os custos de retrabalho. Por exemplo, ao realizar a refração do paciente é muito importante que ele compreenda o exame, para que não haja um erro na prescrição da dioptria, uma vez que a não adaptação dos óculos prescritos irá necessitar de um retorno desnecessário ou, até mesmo a possibilidade de nunca mais atender este paciente por descontentamento do mesmo.

Estes erros proporcionam grande prejuízo ao hospital e ao profissional, com o desencantamento e perda da credibilidade do cliente, bem como a destruição da imagem da organização, estando envolvidos custos com garantias, devoluções, atendimento a reclamações e responsabilidade civil (25).

Desta forma, todo trabalho que for realizado na instituição deve ser desenvolvido corretamente, com parcimônia e conferido na primeira oportunidade para que não haja necessidade de ser refeito, ou seja, aplicando o lema de “erro zero” (25).

A implantação da política de qualidade deve ocorrer sempre de forma evolutiva, considerando que as mudanças de valores e a forma de pensar das pessoas. Não devem ocorrer de forma impositiva, sendo fruto de um processo de modificação do pensamento de maneira gradual. Dessa forma, acaba levando tempo para serem adotadas e geram ações que são constantemente alteradas, devido à dinamicidade da qualidade (22).

#### **4.1.2 Fase da Conscientização**

A grande dificuldade encontrada para implantar este programa é a conscientização dos colaboradores sobre a necessidade de planejar, haja vista que muitos têm a falsa ideia de que para alcançar qualidade não há necessidade desse planejamento. Os funcionários devem ser conscientizados da sua importância, por conseguirem benefícios concretos e resultados muito compensadores.

Portanto, na gestão da qualidade total há a necessidade de treinamento contínuo dos colaboradores para haver uma mudança cultural, em que o executor de alguma ação

passa a se tornar um gestor desta ação. Assim, irão ajudar seus supervisores a elaborarem planos de ação com maior efetividade, já que se tornam exímios conhecedores das suas necessidades (24).

Para melhor adesão entre os colaboradores, sua viabilização deve ocorrer de modo participativo, com a presença de todos colaboradores. As políticas devem ser pautadas em dados, gerados a partir de aferições dos índices propostos em cada processo organizacional. (22).

Para a implantação do programa de qualidade há a necessidade de investir na capacitação profissional, através de cursos e educação continuada, gerando sua satisfação, para prestar o melhor atendimento aos clientes internos e externos, atendendo com prazer e encantamento, sem se tornar uma obrigatoriedade (27).

#### 4.1.2.1 Treinamento dos colaboradores:

Como estes programas são limitados, devem ser realizados periodicamente e de forma planejada, para que, desta forma, o colaborador esteja pronto pra agir em qualquer dificuldade e desenvolver ações para melhorar em qualquer oportunidade (24).

**Treinamento compulsório:** quando a empresa, por razões estratégicas, almeja alguma acreditação ou normatização, sendo necessário seguir exigências para certificação ou exigências legais, como a expedida pela Vigilância Sanitária (22).

**Treinamento por oferta:** em que há o entendimento da gerência de que é necessário realizar determinado curso, ou seja, as ordens são dadas pela gerência e cabe ao subordinado acatar. Entretanto, esta forma de treinamento não deve ser utilizada, já que apresenta menor envolvimento dos colaboradores e maior desmotivação (22).

**Treinamento por demanda:** realizado diante da solicitação dos próprios colaboradores, manifestando o engajamento desses e o interesse em desempenhar um trabalho com maior qualidade (22).

O processo de treinamento deve ser informal, possibilitando uma melhor forma de consolidar a implantação do programa de qualidade, mas amparado por planejamento, padronização das ações, buscando criar competências entre os funcionários com a

ampliação da capacidade de trabalho, realçando habilidades e aprimorando suas atitudes (22).

O treinamento deve ter objetivos bem definidos e valorizar a cultura organizacional da empresa, evitando que seja realizado de forma aleatória com normas pré-definidas e que não se molde aos costumes da organização que está implantando a gestão de qualidade. O que pode levar a uma grande desmotivação de toda a organização, desde os colaboradores até os diretores.

Assim sendo, processos que estejam gerando resultados satisfatórios, mesmo diferentes do que são propostos nos manuais de acreditação, devem ser estimulados a continuidade de suas ações. Haja vista que não existe uma regra fixa para sua implantação, apenas orientação das melhores maneiras a se seguir.

O trabalhador do modelo conservador de gerenciamento necessita ser rotineiramente inspecionado pelo seu supervisor, gerando descontentamento do colaborador e retrabalho do supervisor.

Já na gestão da qualidade total, o colaborador é estimulado a propor ações aos seus líderes que vão ao encontro dos objetivos da instituição, dando a eles a liberdade de tomar pequenas decisões, o que agiliza o atendimento aos clientes, diminui o retrabalho dos supervisores e, conseqüentemente, eleva a satisfação dos funcionários, que se sentem capazes e se tornam mais comprometidos com a organização.

#### 4.1.2.2 Motivação dos colaboradores

O programa de motivação para os colaboradores é essencial neste momento da implantação, uma vez que os funcionários devem saber o motivo pelo qual o hospital está promovendo a gestão da qualidade, conscientizando a importância de todos no processo, destacando suas vantagens.

A motivação dos colaboradores requer dedicação, esforço e foco do comitê de qualidade. Devem ser propostas metas que tenham grande aceitação das pessoas, a fim de que se sintam estimuladas e se dediquem ao desenvolvimento da empresa.

Os colaboradores desempenham uma função muito importante para construir uma identidade da instituição. Para isso é necessário a escolha de profissionais com a cultura de promover um trabalho com qualidade no momento do recrutamento e da seleção (28).

Devem ser estimulados a propor soluções criativas, que aumentem a eficiência e agilidade dos processos com maior economia, uma vez que são eles que se encontram trabalhando diretamente em alguma área e a conhecem de forma precisa, sendo capazes também de prever oportunidades de melhoria e superar os desafios encontrados no dia a dia. Espera-se que os colaboradores busquem atualizações à procura de novas estratégias para aprimorarem os processos (22).

Para estarem estimulados e confiantes, os colaboradores necessitam sentir segurança com relação a sua permanência empresa, com uma política de estabilidade no emprego, salários justos, conquista de premiações (jantares, viagens, medalhas...) e possibilidade crescimento na instituição. Evitando prêmios em espécie por se tornarem dependentes, gerando cada vez mais custos para motivarem (24).

Devem ser elaboradas campanhas pelo comitê de qualidade juntamente com a direção ações que promovam a participação dos colaboradores, como competições entre setores para criação das melhores frases sobre qualidade ou caixa de sugestões. (22).

O espaço físico de trabalho também gera motivação e engajamento dos colaboradores, fazendo necessária higiene constante no local, segurança do trabalhador e boas condições para proteção à saúde física e mental durante o labor.

As alterações na política organizacional só serão efetivas se houver, de fato, uma mudança de postura, de comportamento e de atitudes vindas da administração, sendo visualizada pelos colaboradores com um modelo de referência para consolidação das mudanças a serem implantadas. Nesse sentido, segundo Paladini, “nenhuma outra ação tem tanto reflexo na intensidade do envolvimento quanto o exemplo” (22).

Indicadores que poderão ser utilizados como instrumento de averiguação da implantação do programa de motivação, como índices de rotatividade dos funcionários, nível de engajamento do colaborador na filosofia proposta, índices de satisfação do trabalho, índices de contribuições individuais para resolução de problemas, índices de trabalho mais produtivo, dentre outros que dependerão da realidade concreta de cada instituição (22).



#### 4.1.2.3 Participação de todos

Para a plena atuação e obtenção de resultados satisfatórios do programa da qualidade é necessária a participação de todos os colaboradores de forma permanente, desde a gerência até mesmo os colaboradores da limpeza. A abordagem desses processos deve ser realizada de forma sistêmica para auferir o maior aproveitamento dos colaboradores.

A alta direção será responsável pela gerência de todo o controle da qualidade da instituição, desde a etapa de planejamento e treinamento, bem como nos serviços prestados, sendo também responsáveis pela garantia da qualidade (24).

Bons líderes serão aqueles que reconhecerão os problemas na instituição de forma rotineira, pois este programa de qualidade é um grande solucionador de eventos indesejáveis. Espera-se um bom relacionamento interpessoal com seus subordinados, para estimular a participação de todos no desenvolvendo de ferramentas para solucionar esses eventos e conquistarem oportunidades de crescimento (22). As ações corretivas devem ser mais próximas do problema, para não prorrogar sua resolução, evitando o desgaste da empresa (29).

As empresas formam uma cadeia de fornecedores e clientes internos com o objetivo de atender as necessidades do consumidor final na mais elevada qualidade e com o mais baixo custo. Uma empresa não é competitiva sozinha! (24), sendo imprescindível a cooperação a dedicação de cada um de seus colaboradores e fornecedores.

#### 4.1.2.4 Conquistar o corpo clínico

Em um estudo com hospitais brasileiros de médio porte, Manzo destacou que a resistência dos médicos a adentrarem nesta mudança cultural representa o principal entrave de implantação da gestão da qualidade e da conquistar da acreditação (30).

Isso se deve ao receio desses profissionais que estão perdendo o controle sobre suas decisões clínicas. No entanto, o objetivo de implantar o programa de qualidade é solucionar as necessidades dos pacientes, enquanto a padronização das decisões clínicas é resultado de protocolos desenvolvidos a partir de estudos multicêntricos (30).

Para conquistar os médicos da instituição devem ser adotados programas de valorização destes profissionais, com desenvolvimento de cursos de atualização, gerando protocolos clínicos. Outra grande ação a ser realizada é a produção de indicadores assistenciais, com uma metodologia clara, em que o profissional com melhores resultados passam a ser referencia para a instituição naquele determinado período. (31)

### **4.1.3 Fase da Concretização**

A implantação do programa de qualidade na instituição oftalmológica deve ser planejado, com o desenvolvimento de cronograma efetivo e detalhado, em que as ações de maior visibilidade devem ser resolvidas em período mais curto, como técnicas para minimização as falhas e diminuição dos custos. Já o desenvolvimento de processos preventivos pode necessitar de uma mudança cultural, levando um pouco mais tempo para sua efetivação (22).

A implantação do programa de qualidade objetiva a padronização das ações, com otimização de recursos e controle rígido dos custos. Apresenta também uma visão estratégica pautada nas mudanças mercadológicas com a valorização dos seus colaboradores (22).

#### **4.1.3.1 Transição para a gestão de qualidade**

A transição do modelo tradicional de administração para a Gestão de Qualidade envolve algumas fases que são importantes serem submetidas para conseguir de uma maneira menos traumática a implantação desta nova filosofia na gerência dos hospitais oftalmológicos, rompendo com antigas práticas e instaurando um novo e moderno plano de ação em conformidade com as normas internacionais de qualidade.

Fase de direcionamento das ações: será determinado pelo nível de qualidade almejado pela organização, a partir de uma pesquisa da necessidade dos clientes, ou seja, deve-se evitar que a qualidade seja determinada por quem trabalha na instituição. Neste momento será importante a criação de meios de avaliação contínua, interação do comitê de qualidade com todos os setores da organização (22).

Fase de padronização das ações: em que deve ser criado um modelo de gerenciamento objetivo e padronizado, nomeando permanentemente o departamento da qualidade. Tornando a gestão independente da forma de pensar das pessoas, ou seja, evitando que este modelo seja alterado a cada troca de colaborador (22).

Fase de desenvolvimento dos processos: nesta terceira etapa será destacado o componente operacional da gestão da qualidade, com desenvolvimento de ações que proporcionem a otimização dos processos e prevenção de erros. Desta forma, será eliminada a ideia de que qualidade deve ser conseguida com a correção dos defeitos (22).

Serão estudados mecanismos que detectem e eliminem os erros antes que impactem sobre a segurança do paciente, como por exemplo, evitar que se faça a dilatação desnecessária da pupila do paciente ou, até mesmo, que operem o olho errado (22).

Fase de melhoramento do processo: nesta quarta fase, será momento de estruturar o processo de forma interativa, com o estabelecimento de meta para cooperação entre os departamentos, fixando seus objetivos e priorizando o atendimento das necessidades dos clientes (22).

Fase de envolvimento do colaborador: nesta última etapa tem como objetivo o inclusão dos recursos humanos para motivar o colaborador para alcançar os objetivos globais da instituição, evitando, assim, a visão segmentada dos setores (22).

Fase de envolvimento inter-setorial: deve ser eliminada a competição entre os setores, propondo uma harmonização entre eles, em que cada profissional irá de forma sinérgica agregar valor a organização. Essas medidas são importantes para alcançar as metas e objetivos propostos pela alta direção (22).

Serão criados procedimentos que evitem o isolamento setorial e que esses objetivos setoriais possam atrapalhar o desenvolvimento da organização (22).

Fase do planejamento estratégico da qualidade: em que serão priorizadas oportunidades de crescimento a partir de um estudo do mercado, pois o referencial de crescimento deve ser focado para área externa da organização, e não apenas internamente. O foco desta fase deve minimizar ações e gastos que não agreguem valor para instituição (22).

Fase do controle da qualidade: em que será confrontado o que foi planejado e o que realmente conseguiu ser produzido. Deverá ser ampliado o controle para todos os setores, com escopo não somente de corrigir as falhas, mas evitar que elas ocorram. (22).

O tempo de implantação depende das necessidades e da cultura do local em que será implantada, ou seja, deve ser aprimorada a gestão existente, aproveitando-se o que de positivo a instituição já possui, vindo apenas a somar o que ela necessita, fator este que implica na redução de gastos, aproveitando ao máximo o que é já bom.

Os resultados deste programa de qualidade tendem a ocorrer em médio prazo de forma consistente e em todos os setores, de forma que todos os colaboradores entendam sua importância e que devem trabalhar em conjunto para alcançar os objetivos globais da empresa de saúde.

Ao se implantar a política de qualidade será muito importante a definição de metas a longo prazo para mudanças culturais, porém, deve-se apresentar etapas intermediárias de curto prazo, em que pequenas conquistas sejam motivadores para todos colaboradores. Estas metas devem ter como base indicadores formulados por cada departamento, em conformidade com o planejamento estratégico da organização oftalmológica.

#### 4.1.3.2 Desenvolvimento de Processos

Todas as atividades envolvidas na organização que anteriormente era realizado de forma aleatória pelo colaborador, desde marcação pelo telefone de uma consulta, atendimento do cliente na recepção, agendamento de uma cirurgia, faturamento de uma guia devem ser redigidos em forma de processos.

A criação destes processos visa à padronização das ações e mensuração das etapas envolvidas. São desenhados em forma de fluxos para melhor compreensão dos colaboradores.

A padronização traz muitos benefícios para a organização, como melhor descrição dos objetivos de determinada ação, facilitando o treinamento dos novos colaboradores eliminando a variação cultural existente nas ações dos diversos colaboradores e aumentando a capacidade de realização de tarefas. (32)

Com a mensuração, tem a vantagem de monitorizar todas as etapas do processo com a criação de índices, possibilitando agir rapidamente quando houver algum gargalo ou evento adverso.

Os processos organizacionais são voltados à área assistencial, compreendidos às ações diretamente envolvidas com o paciente. Por sua vez, os processos de gerenciamento são relacionados à área administrativa, aperfeiçoando a estrutura organizacional, como negociação de cirurgias, venda de lentes importadas, monitorização e controle do mercado para visualizar oportunidades e prevenir ameaças (26).

A gestão dos processos é de grande importância para a maturidade gerencial da instituição, pois ajuda na identificação dos pontos críticos, permitindo que todas as ações sejam orientadas de forma padronizadas para alcançarem eficiência e efetividade no atendimento, com poucas perdas e desperdício.

Com a implantação da Gestão da Qualidade as tomadas de decisões serão apoiadas em dados coletados, rotineiramente, através indicadores propostos por cada departamento dentro da organização oftalmológica. Assim sendo, os planos de ações deverão ser desenvolvidas com o caráter técnico, eliminando motivações emocionais ou pessoais (13).

Segundo Deming, “Não se gerencia o que não se mede não se mede o que não define, não se define o que não se entende, não há sucesso no que não se gerencia” (18).

Vamos ao exemplo de uma marcação de cirurgia, deve haver um processo que comunique todas as informações pré-operatória necessárias, como o jejum, uso de medicamentos que devem ser usados e que não devem ser utilizados no dia da cirurgia, onde o paciente deve chegar para o procedimento. Isso porque, se houver alguma falha neste processo a cirurgia será atrasada ou até mesmo cancelada, proporcionando uma sala cirúrgica ociosa com perda de faturamento.

É fundamental que o direcionamento das ações seja pautado para os resultados, evitando que as ações sejam intuitivas e tomadas de forma emocional, sendo que esses atos devem estar atrelados à meta proposta pela alta direção (22).

#### **4.1.4 Fase da Melhoria Contínua**

O ciclo de melhoria é muito importante para manter a mudança cultural e dar continuidade ao plano de implantação, com efeito multiplicador pelos colaboradores. A revisão constante dos processos almeja uma melhora de desempenho. É importante sempre avaliar os índices, para promover correções aos processos que não atingiram a meta e aprimorar quando as metas foram atingidas (26).

Os principais objetivos da implantação da Gestão da Qualidade são a aquisição de ótimos resultados com a elevação do nível de satisfação da clientela, obtenção de uma boa estrutura com a motivação dos clientes internos e padronização dos processos.

##### **4.1.4.1 Satisfação do cliente**

A satisfação dos clientes aumenta a confiança no serviço e o cumprimento das orientações médicas fornecidas, com uma grande adesão terapêutica. Assim sendo, os clientes têm suas necessidades realizadas. (7).

A pesquisa de satisfação tem como objetivo principal avaliar a percepção do cliente frente às novas ações desenvolvidas para melhorar os serviços da organização. Assim sendo, sua opinião deve nortear as prioridades a serem desenvolvidas pela gerência e pelo comitê da qualidade (18).

O questionário deve conter perguntas de fácil compreensão, com respostas fechadas de múltiplas escolhas deixando um espaço para escrever críticas e elogios. A sugestão é de que seja uma pesquisa com poucas perguntas para que maior adesão dos clientes.

A pesquisa pode ser aplicada por algum colaborador, por contato telefônico ou por mensagem após a consulta, podendo ser necessário realizar ações promocionais que estimulem os clientes a preencher este formulário.

#### 4.1.4.2 Fidelização dos clientes

Outra grande vantagem da implantação da qualidade na gestão hospitalar é a fidelização do cliente, haja vista que conquistar um novo cliente pode ter um custo em média seis vezes mais caro que manter a cartela de pacientes (26).

Pesquisas feitas nos Estados Unidos mostram que clientes insatisfeitos contam sua experiência negativa para o dobro de pessoas em relação aos satisfeitos. Enquanto clientes encantados se tornam fiéis a organização e passam a indicar o serviço para as outras pessoas (26).

Neste programa de qualidade é essencial que os profissionais se apoiem na literatura, desenvolvendo *benchmarking* para validarem, terem suporte e consistência na implementação de seus projetos, adequando-os à realidade de cada serviço (14)

Afinal, a melhora dos processos são gradativas, uma vez que, infelizmente, não é possível enraizar toda a mudança cultural e adaptação dos processos instaurados em todos os setores simultaneamente (18).

## 4.2 FERRAMENTAS DA QUALIDADE

O uso das Ferramentas da Qualidade torna mais simples a implantação do programa de qualidade. Dessa forma, são técnicas que facilitam sua aplicação, permitindo obtenção de resultados em curto prazo e facilidade de uso, podendo qualquer colaborador colocar em prática esta nova política (26).

As ferramentas são desenvolvidas em etapas, sendo que para o sucesso do seu uso todas devem ser realizadas corretamente. Podem auxiliar no desenvolvimento dos planos de ação, descobrir as causas das falhas, listar as prioridades para aprimoramento ou desenvolver gráficos que auxiliem a visualização dos colaboradores (26).

O uso das ferramentas tem grande importância por abordar os problemas de modo eficaz, disciplinando a todos em prol da resolução das falhas e almejando aumento da produtividade. Existe uma numerosa quantidade de ferramentas, o seu uso irá depender da maturidade de cada organização. Segue a seguir um quadro com as principais ferramentas da qualidade que podem ser utilizadas no momento da implantação(18).

**Quadro 2: Correlação entre as ferramentas**

| <b>FASE</b>                                 | <b>FERRAMENTA</b>                                   |
|---|---|
| <b>Identificação do problema</b>            | Brainstorming                                       |
| <b>Geração de alternativas</b>              | Círculos da Qualidade                               |
| <b>Estabelecimento de prioridades</b>       | Matriz GUT / FMEA<br>Gráfico de Pareto              |
| <b>Identificação e avaliação das causas</b> | Diagrama de causa e efeito<br>Cinco Porquês<br>5W2H |
| <b>Avaliação de alternativas</b>            | Matriz SWOT<br>Seis chapéus                         |
| <b>Planejamento das ações</b>               | PDCA<br>Diagrama da árvore                          |
| <b>Métodos de Implantação</b>               | Seis Sigmas<br>Lean                                 |



## 4.2.1 Ferramenta de Troca de Conhecimento

### 4.2.1.1 *Benchmarking*

O *Benchmarking* consiste na busca pela liderança contínua, buscando ser a melhor organização do ramo, tornando-se uma inspiração para as demais instituições. (25).

O objetivo desta ferramenta é aprender com a experiência da administração de outras empresas, almejando uma melhor organização dos próprios processos. Portanto, trata-se de uma pesquisa entre as organizações do mesmo ramo para detectar as melhores práticas gerenciais (25).

Metodologia:

- Planejamento: identificação as empresas referências e será determinado o método de coleta;
- Análise dos dados obtidos e o planejamento dos níveis de desempenho futuros;
- Ação: implementação de ações específicas, monitorando os progressos e desenvolvendo novos planos de ação.
- Maturidade: definição de novas metas para melhorias, implantando planos para solucionar falhas, avaliando resultados e desenvolvendo novas avaliações (25).

Utilizar esta ferramenta será uma oportunidade de crescimento com aperfeiçoamento de suas práticas, processos e custos, para melhorar sua competitividade.

O *benchmarking* pode ser interno, quando os setores servem de inspiração para outros e externo, quando a inspiração vem de outras empresas. O externo pode ser classificado em não competitivo, quando as empresas não são do mesmo ramo e competitivo, quando trabalham no mesmo ramo (25).

## 4.2.2 Ferramenta de Geração de Alternativas

### 4.2.2.1 *Brainstorming*

Conhecida como Tempestade de Ideias, tem grande importância para o início da implantação da qualidade na organização, haja vista que tem por finalidade estimular os colaboradores a produzirem ideias para melhorar a qualidade em suas rotinas. Destarte,

haverá uma maior motivação para aplicação das ações do programa de qualidade. Tal ferramenta foi inicialmente aplicada por Osborn em 1930 (18).

Metodologia:

Os colaboradores devem estar reunidos em equipes, em que irão sugerir ideias para serem implantadas, a fim de melhorarem a eficiência e a qualidade da instituição.

Vale destacar que as ideias propostas não devem ser julgadas, para que não cause inibição de nenhum colaborador, possibilitando, assim, que sejam feitas livremente, pois uma ideia absurda pode ser uma conexão para outra ideia com relevância (18).

Os resultados das ideias propostas devem ser divulgados aos participantes, para que se tornem valorizados e deem credibilidade ao processo (18).

Existe uma variante desta ferramenta, o *Brainwriting*, quando as ideias são colocadas no papel e, posteriormente, em um círculo formado entre os participantes, as folhas passam perante cada colaborador para que possam agregar de forma individual novas ideias. Assim, após a seleção das melhores ideias, essas serão inseridas em um documento, o qual deve ser distribuído a todos participantes da sessão (18).

Exemplo:

Um bom momento para se usar esta ferramenta é na implantação da gestão da qualidade em cada setor da organização, pois será uma forma de engajamento dos colaboradores, motivando a contribuir com ideias novas para o comitê de qualidade e até mesmo auxiliando na confecção dos processos.

#### 4.2.2.2 Círculos de Qualidade

Os “Círculos de Qualidade” permite o desenvolvimento das pessoas, propiciando não apenas a identificação das ações necessárias a serem colocadas em prática, mas também para propor medidas para resolução dos problemas sinalizados (26).

Metodologia:

Divisão dos colaboradores em pequenos grupos, dividindo a responsabilidade das ações para atingirem junta uma melhoria nos processos.

Assim, o trabalho em equipe permite que os colaboradores façam um intercâmbio de informações e detenham um conhecimento em todas as áreas da organização e não somente no seu setor (26).

Afinal, “o trabalho em equipe é o meio mais eficiente para o envolvimento dos recursos humanos da organização” (26).

Exemplo:

Esta ferramenta é uma versão mais focada do *Brainstorming*, ou seja, todos os participantes devem estar cientes dos problemas dos setores e proporem ações de melhoria. Deve ser usado na etapa de Melhoria Contínua para manutenção da motivação dos colaboradores.

### **4.2.3 Ferramentas de Priorização**

O uso destas ferramentas de prioridade será de grande serventia quando existir varias ações que necessitem de melhorias, como por exemplo, no inicio da implantação do programa da qualidade, em que serão destacadas as ações que devem ter primazia na intervenção.

#### **4.2.3.1 FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)**

A ferramenta FMEA, é bastante utilizada para analisar os métodos e efeito das falhas. Seu principal uso é descobrir em que processos estão acontecendo erros com maior frequência para definir plano de ação e resolução do problema.

Metodologia:

Cada processo analisado será avaliado a probabilidade de ocorrência de uma falha, sua severidade e a probabilidade de sua detecção, podendo ser qualificadas de um a dez, sendo que quando maior o número, mais risco tem de ocorrer. Os produtos desses fatores de avaliação irão gerar um Número de Prioridade de Risco e quanto maior o número, mais prioritária deve ser a resolução desse problema (33).

Exemplo:

Portanto, de maneira mais didática, pode-se verificar, a seguir, as fases de implantação apresentadas no presente estudo e as respectivas ferramentas para aplicação do processo necessário à sua concretização.

#### 4.2.3.2 Matriz GUT

A ferramenta Matriz GUT auxilia os gerentes a priorizarem a resolução dos problemas da organização, haja vista que os problemas são muitos e os recursos existentes são escassos.

Metodologia:

Para o cálculo, a análise se faz por três fatores, quais sejam a Gravidade, a Urgência e a Tendência. A escala da gravidade tem a pontuação de um a cinco, referindo-se ao potencial para trazer prejuízo para organização. Já a urgência tem uma pontuação de uma a quatro, indicando qual a rapidez de resolução do problema para que cause menor impacto nas metas da organização. Por ultimo, a tendência, que tem uma escala de um a cinco, indica a situação do problema caso não seja resolvido (18). Abaixo estão os quadros que mostram a pontuação utilizada na matriz com a prioridade que deve ser tomada as decisões e também um quadro com exemplo de uso desta ferramenta.

**Quadro 3: Pontuação da ferramenta GUT**

| <b>Pontuação</b> | <b>Gravidade</b> | <b>Urgência</b> | <b>Tendência</b>                 |
|------------------|------------------|-----------------|----------------------------------|
| <b>5</b>         | Gravíssimo       | Urgentíssimo    | Agravamento a curto prazo        |
| <b>4</b>         | Muito Grave      | Urgente         | Agravamento a médio/ longo prazo |
| <b>3</b>         | Grave            | Prioridade      | Situação inalterada              |
| <b>2</b>         | Pouco Grave      | Rotina          | Tente melhorar a curto prazo     |
| <b>1</b>         | Sem gravidade    | X               | Tente a melhoras a longo prazo   |

Fonte: Adaptado de Lucinda, 2010.

Quadro 4: Exemplo de aplicação Matriz GUT

| Problemas                              | Gravidade<br>(G) | Urgência<br>(U) | Tendência<br>(T) | Total de pontos<br>(GxUxT) |
|--|------------------|-----------------|------------------|----------------------------|
| <b>Cirurgia Atrasada</b>               | 3                | 3               | 4                | 63                         |
| <b>Troca de lente durante cirurgia</b> | 5                | 4               | 5                | 100                        |
| <b>Óculos prescrito errado</b>         | 2                | 2               | 3                | 12                         |

O produto das pontuações dos requisitos irá nos fornecer um valor e quanto maior for o número, maior será a prioridade a ser tomada pelos gestores (18).

#### 4.2.4 Ferramentas para Identificar Causa

##### 4.2.4.1 Diagrama de Causa - Efeito

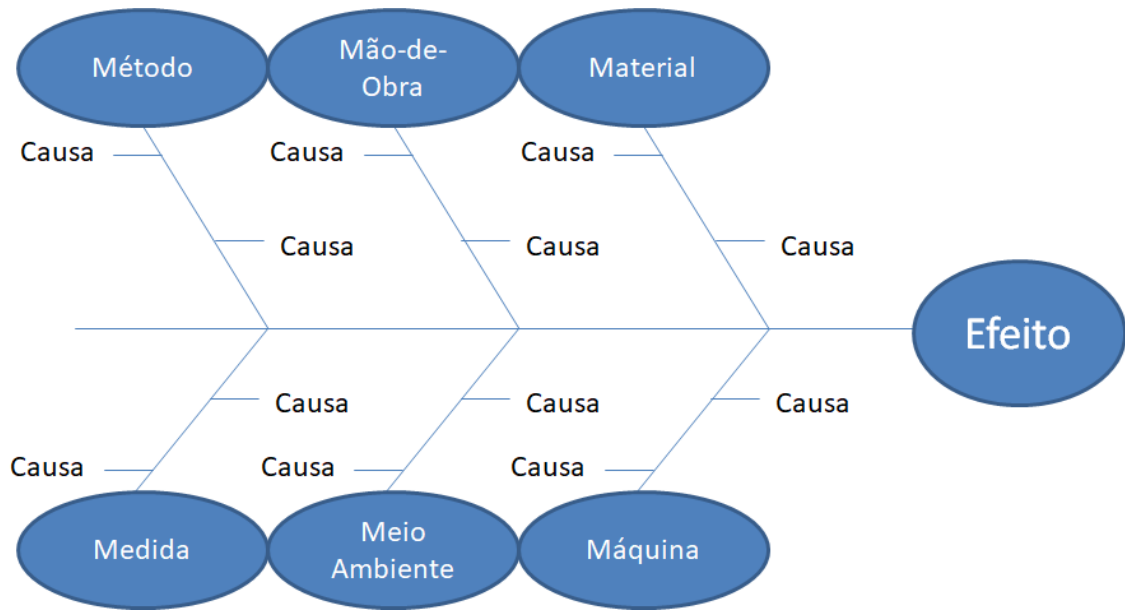
Esta ferramenta também conhecida como Diagrama de Ishikawa ou Gráfico de espinha de peixe, tem como principal objetivo fazer uma análise dos processos. Para isso, sua estrutura é desenvolvida em formato de espinha de peixe, em que o eixo principal mostra um fluxo das consequências enumeradas em forma de espinha (26).

Metodologia:

Inicialmente, deve identificar o problema que precisa ser apreciado, colocando no lado direito do diagrama. Todas as possíveis causas devem ser enumeradas e destacadas, inclusive as aparentemente improváveis, devendo ser colocadas em uma linha oblíqua a partir da linha principal, formando a espinha de peixe (18).

Nesta ferramenta devem ser destacadas as causas que envolvem os colaboradores, o desempenho e a manutenção dos equipamentos, bem como o impacto do ambiente de trabalho, avaliações, medidas, métodos, operações e ações gerenciais.

A seguir é apresentado o esquema ilustrativo do Diagrama de Causa-efeito, em formato de espinha de peixe.

**Quadro 5: Ilustração do Diagrama de Causa-Efeito.**

Fonte: Adaptado de Shigunov Neto, 2016.

#### 4.2.4.2 Cinco Porquês

A ferramenta “cinco porquês” apresenta grande utilidade quando se deseja conhecer as principais causas de um determinado problema. Esta metodologia é muito utilizada em instituições que não apresentam a cultura de trabalho em equipe, nem um método formal de solução dos problemas.

Metodologia:

Esta ferramenta é utilizada buscando as causas dos problemas através de um questionamento simples, iniciando perguntas com a palavra por quê.

Por exemplo:

Para se descobrir a causa de um atraso de cirurgia, serão questionados os motivos por quê não foi entregue as orientações pré-cirúrgicas, por quê não foi informado ao paciente o horário da cirurgia, por quê não foi liberado pelo convênio ou acertado o pagamento, por quê o médico atrasou o início da cirurgia.

Enfim, estes “por quês” não são fixos, variando conforme cada caso concreto e sua respectiva necessidade de solução do problema detectado.

#### 4.2.4.3 Método 5W2H (4QCO2P)

A ferramenta 5W2H consubstancia-se em várias perguntas realizadas em busca da resolução de determinado problema, sendo muito útil como o ponto de partida para essa investigação. Esta ferramenta não deverá ser utilizada sozinha, pois, em muitos casos, servem para conduzir as sessões de *brainstorming* (18).

Metodologia:

1. “Quê?”: utilizado para definição do problema;
2. “Quem?”: irá definir as pessoas envolvidas;
3. “Quando?”: determinar em qual etapa do processo está ocorrendo a falha;
4. “Quanto?”: será avaliado o prejuízo ocasionado pelo problema;
5. “Como?”: será discutido a manifestação das falhas;
6. “Onde?”: será especificado os locais físicos em que ocorre os problemas;
7. “Por quê?”: descobrir as causas;
8. “Para quê?”: propor solução para a falha ocorrida.

#### 4.2.5 Ferramentas de Avaliação de Alternativas

##### 4.2.5.1 Matriz SWOT

A “matriz SWOT” é uma ferramenta que tem como objetivo valorizar os pontos positivos e as oportunidades de crescimento da organização e descartar os pontos negativos/fracos da organização, isto é, suas ameaças para aprimorar as ações, resolvendo seus problemas. Muito utilizada para fazer o planejamento estratégico da organização oftalmologica (33).

Metodologia:

Neste momento de construção desta ferramenta, é muito utilizado o quadro conforme delineado abaixo.

**Quadro 6: Tabela da Matriz Swot**

|                  | Fatores Positivos                        | Fatores Negativos                 |
|------------------|--|-----------------------------------|
| Fatores Internos | <b>S</b> (strengths)<br>FORÇA            | <b>W</b> (weaknesses)<br>FRAQUEZA |
| Fatores Externos | <b>O</b> (opportunities)<br>OPORTUNIDADE | <b>T</b> (threats)<br>AMEAÇAS     |

Fonte: Adaptado de Marques, 2015.

Estes pontos positivos e negativos devem ser colocados em uma tabela para facilitar a visualização dos colaboradores.

#### 4.2.5.2 Método dos Seis Chapéus

O método dos “Seis Chapéus” é muito importante para uma padronização da forma de pensar, haja vista que a discrepância cultural entre os colaboradores podem proporcionar discussões e desgastes que podem atrapalhar o rendimento da equipe (18).

Esta ferramenta permite uma economia de e energia nas reuniões, criando foco e criatividade dos colaboradores, permitindo, assim, uma maior motivação e aderência para cumprir o que foi decidido (18).

#### Metodologia

O processo de pensamento é atingido por meio do uso imaginário de chapéu pelo colaborador, sendo que cada cor desse chapéu será a visão do problema sobre alguma ótica (18).

- Chapéu azul: controle e disciplina confere foco ao processo, sintetizando a maneira de pensar. Normalmente inicia a reunião.
- Chapéu branco representa a lógica, tratando o problema com informações concretas sem cunho emocional, com neutralidade;
- Chapéu amarelo está relacionado com positividade e otimismo, procurando sempre o lado positivo e defendendo a linha de pensamento proposta;



- Chapéu preto representa uma visão crítica, com viés pessimista, refletindo as desvantagens de se adotar determinada ação, analisando os riscos, perigos e prejuízos;
- Chapéu verde: visão da criatividade e da inovação. Oferecendo sugestões novas que nunca foram utilizadas.
- Chapéu vermelho demonstra o envolvimento de emoção e sentimento.

## 4.2.6 Ferramentas de Planejamento das Ações

### 4.2.6.1 Ciclo PDCA

O ciclo PDCA é uma ferramenta de melhoria para controle dos processos, com o desenvolvimento de resultados com maior eficácia e confiança. Seu uso é recomendado para evitar possíveis falhas e erros de análises. Seu ciclo deve ser constante, para conseguir melhoria contínua e suas informações devem ser de fácil compreensão (34).

**Planejamento (P):** se refere à etapa em que as atividades são descritas de forma detalhada, indicando seus custos, o uso de materiais, prazos, enfim, em que são identificadas também as necessidades e as oportunidades de crescimento. Serão, ainda, definidas metas e objetivos da organização (34).

**Fazer / do (D):** em que serão colocadas em prática as ações planejadas, em uma escala reduzida, limitada a alguns setores. Neste momento, deve haver uma capacitação e treinamento dos colaboradores para a implantação das ações, devendo ser discutidos os pontos positivos e negativos dos processos (34).

**Checar (C):** a análise dos indicadores, os quais irão evidenciar o desempenho dos processos, podendo, pois o gerente da qualidade comparar os resultados alcançados com o que foi planejado. Nesta etapa é muito comum desenvolver auditorias para acompanhamento das ações e avaliação da satisfação dos clientes (34).

**Agir (A):** fase esta em que as melhorias começaram a ser vistas na rotina da organização, sendo o momento em que o plano de ação desenvolvido irá ser colocado em prática, identificando a padronização dos processos e possibilitando que se inicie um novo ciclo para que haja uma melhoria contínua na organização (34).

Essa última fase deve gerar apenas ações de melhoria para rotina organizacional, não devendo ser momento para se desenvolver ações corretivas, pois se isso for necessário nos mostra que houve algum erro em alguma fase anterior que se demonstrou ineficiente.

#### 4.2.6.2 Diagrama da Árvore

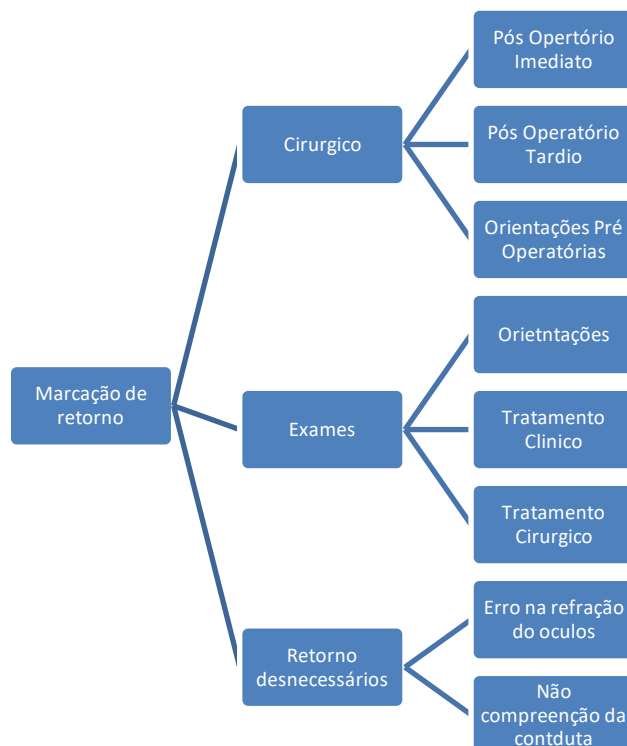
O diagrama da árvore tem como função viabilizar o alcance de objetivos, com enfoque nas etapas secundárias, determinando uma ordem de execução a ser seguida, selecionando ações prioritárias a serem realizadas (26).

Metodologia:

A construção deste diagrama envolve listar as metas secundárias e relacioná-las entre si, de forma que as ações que envolvem mais de uma meta se tornem atividades críticas. Assim, as atividades complexas poderão ser desdobradas em ações mais simples (26).

Como veremos melhor no desenho do quadro abaixo, um exemplo prático de utilização desta ferramenta.

**Quadro 7: Exemplo de Diagrama da árvore:**



## 4.2.7 Ferramentas de Gráficos / Simplificação do Processo

### 4.2.7.1 Fluxograma

O fluxograma representa as etapas de um processo em forma de gráfico, permitindo o rápido entendimento do colaborador. Sua construção permite identificar situações que necessitem de atenção especial, como de possíveis gargalos (26).

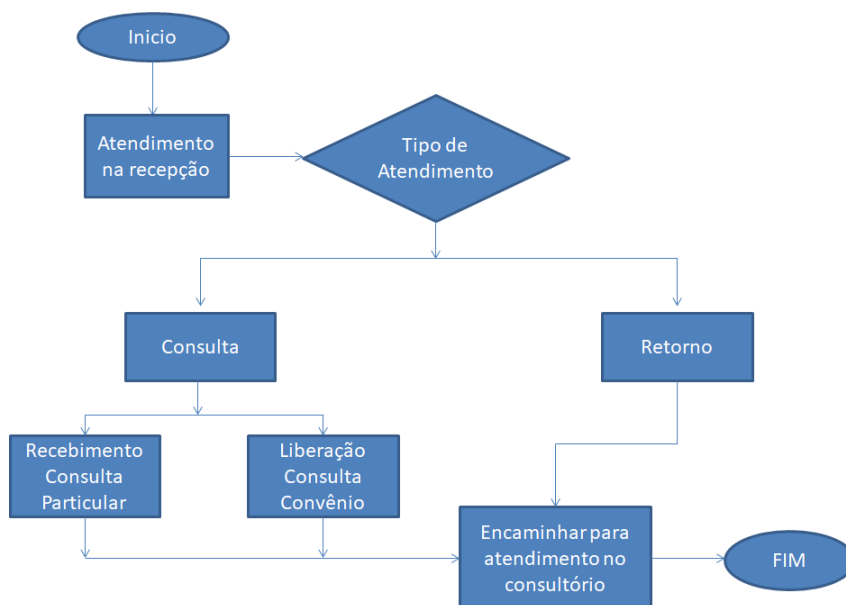
Metodologia:

Símbolos padrão a serem utilizados:

- Retângulo: são colocadas todas as informações;
- Losango são utilizada para as decisões
- Retângulo com a borda irregular compreende a inserção de documentos
- Elipse marca o início e o fim do processo.

Abaixo é observado um exemplo prático da utilização desta ferramenta na recepção da organização de saúde, com a utilização dos símbolos clássicos do Fluxograma.

**Quadro 8: Quadro de exemplificação da ferramenta Fluxograma**



Este fluxograma simplificado mostra uma singela ideia de como deveria ser construído esta ferramenta na organização. Vale lembrar que quanto mais complexa for esta construção, mais variáveis serão analisadas e mais oportunidades de melhorias serão

encontradas. Podendo ser dividido em grandes retângulos que indicam quais os setores envolvidos no processo.

Através do desenho gráfico do fluxograma perante os colaboradores do setor, sua apreciação irá permitir avaliar as oportunidades de melhoria, redesenhando os processos, implantando-os e fazendo o acompanhamento dos mesmos com base dos dados colhidos (18).

#### 4.2.7.1 Histograma

Histograma é um gráfico muito usado na área da estatística pra representar os dados. Como ferramenta da qualidade é bastante usado por ser facilmente visualizado e compreendido pelos colaboradores. (26).

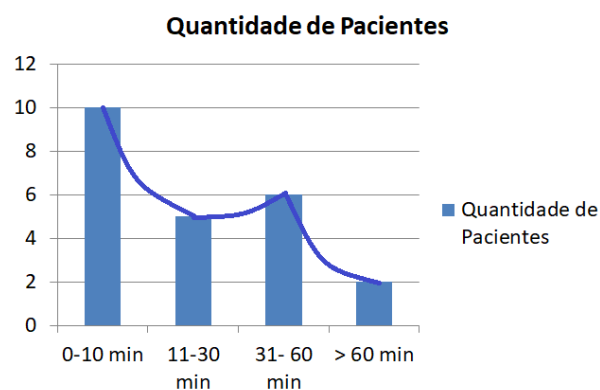
Metodologia:

No eixo horizontal são colocadas as variáveis que desejam ser avaliadas, enquanto na vertical é apresentada a frequência das ocorrências, sendo um gráfico montado com uma linha que conecta o topo dos retângulos, o que dá ideia da curva de frequência de dados (26).

Exemplo:

Quantidade de pacientes aguardando para a realização do procedimento cirúrgico, conforme visto na tabela abaixo.

**Tabela 1: Exemplificação de uso da Ferramenta Histograma:**



Existem algumas formas mais comumente utilizadas, que são: simétrica, assimétrica, truncada, bimodal e pico isolado (18).

## **4.2.8 Ferramentas de Implantação**

### **4.2.8.1 Programa 5S**

O programa 5S consiste em uma ferramenta utilizada baseando-se nos cinco sentidos da qualidade (5S), auxiliando na conscientização dos colaboradores e nos treinamentos, produzindo efeitos contínuos e duradouros através de mudanças de hábitos e comportamentos.

Dessa forma, é um programa que mobiliza, transforma, organiza a instituição e, especialmente, traz uma nova maneira de conceber o trabalho aos colaboradores, com resultados surpreendentes, auxiliando na transformação cultural da organização (35).

1. SEIRI (senso da utilização): propõe que os recursos devem ser utilizados com equilíbrio para evitar ociosidade e carências, eliminando o que for desnecessário.
2. SEITON (Senso da ordenação): comunicação de rápido acesso a todos;
3. para que qualquer pessoa possa ter em mãos qualquer documento a qualquer hora (25).
4. SEISOU (Senso da limpeza): preconiza o hábito da limpeza, eliminando as causas de sujeira;
5. SEIKETSU (Senso da saúde): estimula ações de qualidade ao colaborador, para tornar o ambiente de trabalho sempre favorável;
6. SHITSUKE (Senso da autodisciplina): estipula o comprometimento dos colaboradores para o uso de padrões técnicos e éticos.

Existem algumas literaturas que enumeram mais um senso, que é o Shukan, o qual estabelece um hábito de realizar ações corretas, estimulando os colaboradores revisarem suas atitudes para evitar os erros (25).

#### 4.2.8.2 Seis Sigma

Seis Sigma consiste na diminuição da não qualidade, com redução do desperdício, de custos e melhoria no atendimento aos clientes (25). O uso desta ferramenta visa reduzir a variabilidade dos processos, aumentando sua padronização (26).

Esta ferramenta tem como foco a produção de alta qualidade e medir o sucesso baseando em dados estatístico. São utilizados dois métodos de aperfeiçoamento, o DMAIC e DMADV.

Modelo DMAIC: Definir, Medir, Analisar, Melhorar, Controlar. É usado em processos existentes, que necessitem ser aperfeiçoados.

Modelo DMADV: Definir, Medir, Analisar, Projetar, Verificar. Utilizado para o desenvolvimento de novos processos.

Princípios:

1. Foco no aprimoramento de sistemas que analisam os processos;
2. Análise de dados que auxiliem na medição dos processos e resultados;
3. Redesenho dos processos para se conquistar um aperfeiçoamento contínuo;
4. Envolvimento da alta direção na análise e redesenho dos processos;
5. Comprometimento dos coordenadores e líderes para o redesenho dos processos;
6. Reconstrução dos processos que aumentem a satisfação das necessidades dos clientes por meio de padronização e eliminação dos erros.

Desta forma, a implantação da ideologia Seis Sigmas visa à construção de processos que eliminem os erros, empregando análise estatísticas dos índices colhidos e disciplina para identificar as causas-raiz das falhas, com o intuito de incorporar na estratégia da organização.

Portanto, são propostas ideias de mudanças que gerem melhorias nos vários setores da clinica oftalmológica, tornando seus gestores mais cientes das variações existentes e utilizando os conhecimentos de psicologia para promover a padronização das ações, incentivando e estimulando os colaboradores (36).

#### 4.2.8.3 Lean

A ideologia Lean busca a eliminação do desperdício, ou seja, fazer cada vez mais com menos erros, menos tempo, menos equipamentos, menos espaço e menor equipe, ou seja, um pensamento enxuto. Desta forma, a organização fica mais capacitada a reagir mais rapidamente, com maior eficácia e eficiência nas necessidades dos clientes. (37)

Metodologia:

1. Definição do valor do atendimento;
2. Identificação de todas ações específicas necessária para o atendimento;
3. Fluxo: manter um bom fluxo significa fazer o atendimento na mesma velocidade de chegada do cliente, a fim de evitar a espera;
4. Sistema por demanda: satisfazer o cliente dentro do tempo que o cliente almeja;
5. Perfeição: nesta etapa em que são conferidas o comprimento das demais etapas.

Este processo de mudança cultural com o pensamento Lean permite que as empresas melhorem drasticamente suas atividades de forma a reduzir desperdícios e falhas, aumentando a satisfação dos clientes (25).

A combinação com o Seis Sigmas propõe um sistema mais equilibrado, em que para eliminar os erros propostos na Lean deve reduzir a variabilidade dos processos propostos no Seis Sigmas. Desta forma, a padronização leva uma redução dos erros. (37)

#### 4.2.8.4 Metodologia Scrum

Esta metodologia é utilizada para aprimorar o controle dos processos, empregando abordagens interativas que irão aperfeiçoar e aumentar a previsibilidade na gestão de riscos. O Time Scrum é dividido em três categorias, cada uma delas com responsabilidades muito específicas, desta forma uma pessoa não deve gerir mais de papel.

1. *Product Owner* representa as partes que têm interesse no serviço, ou seja, é a voz dos clientes. Irão agregar valor ao negócio, por estar focado no lado comercial orientando o desenvolvimento do serviço na direção certa, negociando prioridades, escopo e cronograma.

2. Equipe de desenvolvimento deve ter habilidades em todas as setores da organização, são formado por seis a oito pessoas.
3. O *Scrum Master* é responsável por remover os impedimentos e distrações que possam ocorrer na equipe, garantir que a meta seja atingida.

A unidade de desenvolvimento da metodologia Scrum é conhecida por Sprint, que são ciclos de melhorias limitadas a um mês corrido, sempre iniciadas com um reunião de planejamento. Durante o Sprint são realizadas reuniões diárias, que proporcionam um otimização da performance dos colaboradores.



### 4.3 CERTIFICAÇÕES / ACREDITAÇÕES

A obtenção de certificação ou acreditação proporciona uma maior credibilidade da instituição perante a sociedade e a comunidade científica, o que demonstra uma preocupação em atender as necessidades dos clientes por meio de processos padronizados e eficazes (38).

Para entrar em um processo de acreditação são necessárias mudanças culturais de todos os setores da organização de saúde, através de rotinas e de ações voltadas valorização dos clientes e colaboradores. Esse caminho é voluntário e necessita de grande participação e adesão da alta administração.

Portanto, a escolha da certificação a ser adotada dependerá muito das metas, planejamento, disputa com concorrência, conquista e fidelização da clientela. Por exemplo, instituições com perfil mais competitivo priorizam certificações internacionais, por aumento da sua visibilidade e reconhecimento internacional (39).

A certificação pode ser feita pelos próprios clientes (como segunda parte) ou por alguma instituição que irá fazer uma auditoria ou analisar documentos na empresa que pretende obter o certificado e emitir essa certificação segundo os requisitos específicos de cada programa (como terceira parte) (40).

Existem três razões para uma empresa busque uma certificação (40):

1. Conscientização da direção: o que contribui para uma implantação com maior eficácia;
2. Exigência externa: quando se tem uma obrigação para entrar em novos mercados ou conseguir participar de uma licitação, por exemplo;
3. Modismo: razão menos desejável, ou seja, obter a certificação já que outras empresas estão se certificando, para não perderem mercado.

O processo de acreditação deve ser compreendido como um processo permanente de educação, impulsionando para uma mudança cultural de forma progressiva e permanente dos ideais da gestão da qualidade.

### 4.3.1 ONA

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada em 1999, com o objetivo de coordenar a avaliação dos hospitais brasileiros, conferindo às organizações que cumprissem os requisitos do manual da organização o certificado de acreditado (39).

Seu manual foi elaborado a partir da análise de manuais de acreditação de diversos países europeus, dos Estados Unidos e do Canadá, com aval do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Seguindo o modelo de qualidade da Tríade de Donabedian, a qual definia a qualidade em Estrutura, Processo e Resultado(41).

A estrutura física da organização, os equipamentos adquiridos e a quantidade de pessoas envolvidas, seja funcionários, corpo clínico ou enfermagem, devem estar em concordância com a demanda da clientela, evitando que haja um ambiente desfavorável e um atendimento deficitário e sem qualidade (42).

Para a obtenção de bons resultados com o processo de acreditação, inicialmente, deve ser implantado um sistema tecnológico de informação, como o uso de prontuário eletrônico, para que se consiga a coleta e a análise de dados continuamente, de forma a auxiliar a organização a planejar e aprimorar os serviços de saúde oferecidos.

Assim, as organizações que almejam a acreditação do seu serviço devem solicitar junto às Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs), que são credenciadas pela ONA, para a realização de uma avaliação diagnóstica antes da visita de certificação, em que serão desenvolvidos relatórios por setores, indicando os processos que estão em conformidade e os que necessitam de um aprimoramento por não atenderem aos padrões exigidos (42).

O processo de acreditação não é descritivo, ou seja, não há uma fórmula única para se conquistar a acreditação, pois cada organização, através de um levantamento de suas dificuldades, deverá desenvolver uma auditoria interna para conhecer o melhor método de implementação (42).

O manual é subdividido em seções, que são os setores que realizam atividades com maior afinidade, e subseções, que definem a orientação para seguimento dos padrões preconizados pela ONA, que são necessários nos três níveis de acreditação. (5)

1. Gestão Organizacional;
2. Atenção ao paciente;
3. Diagnóstico e Terapêutica
4. Gestão de Apoio

No primeiro nível, que é “acreditado”, como o foco é voltado à segurança, são avaliados os requisitos formais, técnicos e de estrutura, conforme a constituição vigente e se assemelha ao que é almejado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (30).

Já o segundo nível, “acreditado pleno”, como está voltado para a melhoria dos processos, ou seja, a organização da instituição se avalia a interação entre setores, estabelecendo metas, bem como a apreciação dos indicadores. Neste nível também deve ser considerada a imprescindível necessidade de educação, capacitação e treinamento contínuo de toda a equipe de colaboradores, assemelhando as normas ISO (30).

Por sua vez, no último nível, “acreditado por excelência”, observa-se um alinhamento das estratégias e indicadores para o desenvolvimento de um planejamento organizacional. Neste nível, a organização deve apresentar uma cultura de melhoria contínua com maturidade organizacional, em conformidade com o Prêmio Nacional de Qualidade (39).

Para a obtenção dos níveis mais elevados de acreditação há necessidade de se investir em capacitação e treinamento contínuo, com o objetivo de desenvolver habilidades e competências dos colaboradores, enfermeiros e médicos para desenvolvam um trabalho em equipe, com visão estratégica, sem perder a ética e a responsabilidade das ações. Para promover a educação continuada dos padrões e dos ideais desenvolvidos pela ONA foi criado a ONA Educare (5).

Não há uma seção destacada a oftalmologia isoladamente, porém podem ser enquadrados separadamente nas seções de recepção, internação, centro cirúrgico, atendimento ambulatorial e emergência, devendo cada setor da organização seguir alguns requisitos básicos para conseguir alcançar a certificação. Assim, cada setor será avaliado separadamente, porém a acreditação acontece com o hospital inteiro, razão pela qual todos os setores da organização devem estar engajados e atuantes na implantação da qualidade (39).

Os níveis “acreditado” e “acreditado pleno” têm a duração de 2 (dois) anos, enquanto “acreditado por excelência” apresenta a duração de 3 (três) anos. Após esse período, a instituição deve solicitar nova avaliação da ONA.

#### **4.3.2 *Joint Commission International***

A *Joint Commission Internacional* (JCI), a partir de 1999, passou a atuar fora dos Estados Unidos, no Brasil sendo representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), o qual participa na visita para emissão da certificação (39).

O CBA tem como função o desenvolvimento de uma melhora contínua da segurança e da qualidade oferecidas aos pacientes, permitindo a eles acesso e continuidade do tratamento e de suas necessidades (42).

Para solicitar a acreditação pela *Joint Commission*, a organização deve assumir a responsabilidade de aprimorar a qualidade do serviço, devendo prestar o melhor atendimento aos clientes. A metodologia utilizada é conhecida como *Tracer*, em que o foco é verificar o cuidado diariamente com os pacientes. A avaliação poderá ser feita através de entrevistas com os pacientes e profissionais, pela avaliação “*in loco*” em que auxilia na identificação e correção dos cuidados com o paciente e, por último, pela inspeção dos documentos da instituição (43).

O manual usado é o mesmo em todo mundo, o que permite desenvolver *benchmarking* com as melhores práticas assistenciais e gerenciais que nenhuma outra acreditação poderia proporcionar (39).

Ele foi elaborado em categorias, onde algumas têm foco no cliente, contendo “Metas Internacionais de Segurança do Paciente”, “Acesso aos cuidados e continuidade dos cuidados do paciente”, bem como avaliação dos pacientes, direitos dos pacientes e familiares, anestesia, cirurgia, gerenciamento da farmácia e educação dos familiares e clientes. Há, ainda, capítulos que focam na administração da organização, promovendo a gestão da qualidade, em busca da melhoria da qualidade e da segurança do paciente, prevenindo e controlando infecções, gerenciando as instalações, qualificando os profissionais e gerenciando a informação (39).

Existem categorias que irão valorizar a liderança, a direção e o governo, ou seja, a instituição irá identificar e motivar os líderes, que irão definir os serviços prestados em cada setor, eliminando os problemas de comunicação entre os departamentos (43).

Essa certificação não tem classificação em níveis, razão pela qual a organização que implantar sua metodologia será acreditada ou não acreditada. Para a organização ser acreditada deve apresentar conformidade aceitável nos variados padrões, alcançando uma pontuação numérica mínima necessária. Ao final da avaliação, a organização recebe o relatório final de acreditação, indicando o nível de conformidade e um certificado de outorga (43).

Devido ao alto custo para manutenção e a não existência de um nível intermediário de acreditação, poucas instituições procuravam essa metodologia pra serem acreditadas (39).

#### **4.3.3 Accreditation Canada International**

A acreditação canadense é implantada no Brasil pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQC), que desenvolve um programa conhecido com *Qmentum*. Sua metodologia utiliza aspectos estruturais semelhantes da ONA e a lógica processual encontrada na JCI. Não há um manual único a ser adotado, pois esta acreditação se apoia na ideia de que cada organização deve elaborar seu manual para se adaptar às necessidades dos seus clientes (39).

Este programa de acreditação internacional desenvolve Práticas Organizacionais Requeridas, conhecidas com ROP, que são ações desenvolvidas tendo com base evidências que objetivam a diminuição dos riscos, ajudando a melhorar a segurança nas organizações que buscam sua certificação (44).

A metodologia utilizada pela acreditação canadense é a *Triple Aim*, em que se almeja a prestação da assistência de forma efetiva, segura e confiável, com enfoque na prevenção e controle das condições crônicas, sempre buscando uma diminuição dos custos (45).

Esta metodologia se apoia no cuidado centrado no paciente e na família, ou seja, o paciente passa a ser o foco central da assistência. Desta forma, os hospitais que

buscam esta certificação proporcionam com maestria uma experiência excepcional, seja na chegada da recepção até a saída do paciente do hospital.

Assim, representa uma meta imprescindível o respeito ao paciente, bem como parceria, compartilhando a tomada de decisões. Por exemplo, um paciente que irá ser internado recebe detalhadamente informações sobre o procedimento a que irá se submeter durante a internação, com a probabilidade de alta hospitalar, para que aumente a sua confiança e de seus familiares.

Padrões clínicos que são usados na acreditação canadense levam em consideração ambulatório, cuidado especial com pacientes oncológicos, idosos, materno-infantil, serviços comunitários de saúde, atenção domiciliar, reabilitação, cuidados em saúde mental na Unidade de Terapia Intensiva e ao paciente cirúrgico. Já os padrões administrativos levam em conta as lideranças e parcerias, colaboradores, ambiente da organização e gestão da informação, além de também levar em consideração a farmácia, laboratório e o centro diagnóstico de imagem (39).

As instituições em conformidade podem ser classificadas em Ouro, Platina e Diamante, uma vez que suas variações se darão em conformidade com o desempenho avaliado (44).

#### **4.3.4 Certificação ISO**

No Brasil sua tradução e implantação ficaram sob responsabilidade da Agência Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no setor do Comitê Brasileiro de Qualidade (CB-25), com chancela do Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial (INMETRO). A criação dessas Normas ISO 9000 possibilitou a uniformidade dos programas de qualidade a nível internacional, ensejando a fácil avaliação dos serviços prestados para os clientes, já que essas normas garantiam que as necessidades e expectativas dos pacientes seriam plenamente atendidas, evitando que fossem enganados (4).

Na última versão de 2015 houve uma pequena alteração para sete princípios da gestão da qualidade, que passaram a ser: foco no cliente; liderança; engajamento das pessoas; abordagem de processos; melhoria; tomada de decisão baseada em evidência e

gestão de relacionamento. Outra grande novidade desta revisão foi a gestão de riscos (46).

É fato que grandes benefícios são conquistados pelas empresas que buscam a certificação, como a redução da variabilidade das ações, de padronização dos processos, uso de indicadores para melhor análise da evolução da instituição, participação de todos os setores da organização (incluindo a alta diretoria) e valorização das necessidades da clientela (47).

A ISO propôs alguns princípios da qualidade, como foco no cliente, liderança, engajamento dos colaboradores, abordagem por processos, melhoria contínua, decisões baseadas em evidências e gestão de relacionamento. A política de qualidade deve ser autêntica, ou seja, deve demonstrar as verdadeiras intenções da organização, com clareza para que todos possam entender os objetivos, bem como necessita ser concisa, para ser facilmente transmitida pelas pessoas envolvidas em sua implantação (33).

Para iniciar a certificação, deverão ser desenvolvidos o escopo e a abrangência dos processos, com a definição da padronização dos documentos estabelecendo a sequência e a interação entre as etapas do processo. Serão também determinados métodos e técnicas para o controle das ações. Ainda, serão designados colaboradores para serem responsáveis por desenvolver e aplicar as atividades dos processos (33).

Para implantar a certificação são necessários recursos que devem ser utilizados também para sua manutenção e sua melhoria contínua. Assim, afigura-se imprescindível estar presente a provisão de recursos, a infraestrutura e a edificação (ambiente de trabalho) adequados, bem como os recursos humanos com a devida gestão (26).

Até a versão anterior de 2008, deveria ser elaborado um manual de qualidade com a descrição de todos esses processos, com os respectivos responsáveis e com as etapas descritas. Mas, a partir da nova versão de 2015 não é mais necessária sua elaboração para se adquirir a certificação. No entanto, a presença deste material facilita a compreensão dos colaboradores e a manutenção das condutas (33).

Deverá haver um planejamento das visitas dos auditores para que os processos sejam avaliados de forma imparcial e objetiva para a conquista da certificação. Pode ser

optada pela organização a realização de uma pré - auditoria para identificar atividades não conformes, para serem corrigidas antes da auditoria final de certificação (40).

Para obter a certificação, uma empresa externa (organismo certificador) avalia o sistema de qualidade da organização, atestando se sua governança clinica seguem os padrões definidos pela ISO 9001, conhecido como auditoria de terceira parte(26). Essa certificação tem validade de três anos, devendo as organizações que estão implantando a qualidade passar por auditorias de manutenção a cada seis meses ou anualmente, dependendo do caso. Assim sendo, será aprimorada a governança clinica com grande conquista para área assistencial da organização oftalmológica. (26,33).



## 5 DISCUSSÃO

A Acreditação dos serviços de saúde tem como objetivo padronizar ações institucionais para garantir a qualidade assistencial, de acordo com as normas definidas pela organização acreditadora, sendo forma voluntária, em períodos pré-determinados e de forma sigilosa. (3,48)

Os hospitais oftalmológicos que almejam a acreditação, seja qual for a entidade que a organização deseja certificar, produz muitas mudanças culturais nos valores institucionais, alterando a relação entre a alta direção com os colaboradores e profissionais de saúde, desenvolvendo uma melhor forma de atendimento aos pacientes.

A resistência da mudança é uma reação natural do ser humano, o qual evita sair da sua zona de conforto. Quando isso acontece deve ser papel dos líderes de forma direta e educada conscientizar aos resistentes as vantagens da implantação da gestão qualidade e sua acreditação (49).

Com a acreditação será evidenciado que a empresa desenvolve ações que promovam maior segurança ao paciente, proporcionando uma melhor sustentação jurídica em caso de processos. A melhora da imagem e da reputação da organização também pode ser conquistada com a certificação, além da melhoria do desempenho organizacional pela necessidade de treinamento contínuo para qualificar os colaboradores e manterem a certificação (40).

Cada cliente interno passa a ter como prioridade a segurança do paciente, evitando que sofram com mal serviços, como longas esperas, retornos desnecessários, cirurgias sem o devido cuidado de assepsia ou até mesmo perda de prontuários com informações valiosas e sigilosas.

Com a implantação da Gestão da Qualidade, as clínicas oftalmológicas passam desenvolver a Gestão de Risco, em que serão previstas manutenções frequentes de aparelhos de consultório, centro diagnóstico e centro cirúrgico, para que sejam eliminadas ações emergenciais e sem um estudo prévio, algo que poderia levar o desperdício e retrabalho, além de haver perda de tempo de trabalho, onde o médico estará disponível para atendimento mas os equipamentos estarão em manutenção.

Será primordial o uso de ferramentas da qualidade nas diversas etapas de implantação da excelência em atendimentos nos serviços de oftalmologia, para que consigamos maior aproveitamento destes recursos, vamos destacar quando utilizar algumas delas. Existem algumas ferramentas muito utilizadas no momento inicial da implementação, como o *Brainstorm* e o Seis Chapéus, que ajuda no engajamento da equipe, enquanto a Matriz SWOT e o Diagrama 5W2H que auxiliam na elaboração do planejamento estratégico, podendo ser utilizado o Diagrama da Arvore para aprimoramento deste planejamento.

Para confecção dos processos são utilizadas outras ferramentas, como o Fluxograma que permite melhor compreensão das etapas, assim como a Matriz GUT e a FMEA que desenham para o gestor os processos prioritários a serem desenvolvidos. Para aprimoramento destes processos são utilizados o Círculo de Qualidade, em que os colaboradores irão propor melhorias, enquanto o Diagrama de Causa-Efeito e o Cinco Porquês permitem o conhecimento das causas de não conformidade, para sua resolução.

O controle destes processos, almejando a melhoria contínua, será realizado a partir do desenvolvimento de indicadores, que são dados colhidos de alguma etapa do processo e conferidos regularmente. Para melhor visualização destes documentos devem ser desenvolvidos Histogramas, em que estes dados serão alocados em tabelas. Os índices apresentam grande importância para reavaliação e modificação dos processos existentes, por isso é muito utilizado uma ferramenta que se chama Ciclo PDCA.

A Fundação John A. Hartford realizou uma pesquisa para avaliar as experiências nos serviços de saúde com a implantação de programas da Qualidade Total. No estudo os consultores de qualidade com experiência industrial, visitaram hospitais e sob a orientação deles foram empregadas as mesmas ferramentas e métodos usados nas indústrias. Os resultados do trabalho mostraram uma redução dos custos, melhoria na qualidade e aumento de produtividade, tendo sido concluído que a Gestão da Qualidade Total também poderia ser aplicada na saúde (2).

O Hospital Israelita Albert Einstein foi o primeiro centro médico fora dos Estados Unidos a se submeter aos padrões da *Joint Commission*. Segundo Dr. Claudio Lottenberg, o "(...) compromisso com a qualidade começou em 1971, com nossos fundadores, e desde então a busca pelo maior nível de qualidade possível tem sido a

nossa obsessão”. Almejando estar mais próximo da população, foram criadas unidades - satélites em toda a região de São Paulo para atendimentos de baixa complexidade, o que demandaria menores custos. Os casos mais graves seriam encaminhados para uma assistência mais complexa no hospital (45).

Com o auxílio de informação do governo, fato conquistado após o início de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe do hospital Albert Einstein mapeou as necessidades específicas da população de cada região de São Paulo. A forma que os pacientes são atendidos na instituição segue o modelo *Triple Aim*, metodologia utilizada na Acreditação Canadense (Qmentum), em que se identifica caminhos alternativos para melhorar a experiência vivida pelo paciente dentro do ambiente hospitalar e também para a população geral (45).

Os líderes do Einstein reconhecem que, apesar de todo trabalho já realizado, a busca pela garantia de qualidade ainda está nos estágios iniciais, o que vem rendendo uma melhoria na qualidade assistencial e a redução dos custos. Dessa maneira, o trabalho focado no *Triple Aim*, por mais bem sucedido que possa ser, jamais termina e continuamente deve ser almejada sua melhoria.

A governança clínica tem como objetivo promover a qualidade assistencial, gestão de pessoas e processos, além de gestão de risco nas instituições de saúde, fazer um monitoramento clínico com auditorias, regulações e revisões clínicas. Além de maior valorização da autonomia dos profissionais de saúde, proporcionando sustentabilidade e melhoria dos processos. Assim sendo, sua grande finalidade foi trazer a decisão clínica para o contexto gerencial e organizacional(31).

Para implantar a qualidade com eficiência, o serviço oftalmológico deve dispor de um boa liderança, para elaborar uma estrutura organizacional flexível, dinâmico e eficaz. Este profissional deve possuir uma habilidade de inspirar confiança, apresentando comunicação aberta e constante, estabelecendo vínculos e motivando os colaboradores para a transformação cultural desejada. Devem também promover processos decisórios descentralizados, permitindo uma liberdade para inovação e capacitação para mudanças (50).

Afinal, a realidade contemporânea tem demonstrado que os hospitais oftalmológicos maiores, que contam com o departamento da Qualidade, não só implantaram a política da qualidade, como também conseguiram sua acreditação(44).

Através do QUALISS, um programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, a ANS passou a valorizar estas organizações acreditadas com aumento dos valores pagos pelos planos de saúde(51).

As organizações de oftalmologia que conseguiram acreditação, se enquadraram como hospital, hospital-dia ou serviços ambulatoriais, estão localizadas em todas as regiões do Brasil, a maioria ainda se encontra com a certificação de Acreditação Plena, com 26 serviços neste nível II. Seguido do nível de acreditado, nível I, com 17 serviços e apenas 13 serviços com a certificação de excelência, nível III. Assim sendo, vale destacar que muito necessita ser feito para alcançar qualidade na maioria dos serviços oftalmológicos(52).

A qualidade passou de um critério diferencial da empresa, tornando-se uma questão de sobrevivência no mercado pautado por tanta concorrência e clientes cada vez mais exigentes, amparados por leis e códigos de defesa do consumidor. Efetivamente, os pacientes só perceberão essas mudanças nos hospitais se sua segurança, suas necessidades e desejos forem cumpridos (7,53).

Desta feita, os pacientes terão grandes ganhos com a implantação da gestão da qualidade nos serviços de oftalmologia, haja vista que as instituições irão desenvolver um serviço voltado a segurança do paciente, avaliando sua satisfação e promovendo uma maior garantia de qualidade nos atendimentos oferecidos.

Outro ponto muito importante da implantação da Gestão da Qualidade se dá pela valorização e motivação dos colaboradores, melhorando a forma de trabalho, maior capacitação e conhecimento de sua importância para um atendimento feito com excelência, tornando-os mais solícitos à clientela.

Quanto aos fornecedores e sua interação com o hospital se observa uma relação ganha - ganha, em que ambos serão beneficiados. Isso porque, os hospitais oftalmológicos darão a segurança aos fornecedores de não atrasarem seus pagamentos e alavancarão suas compras pelo aumento de atendimentos. Enquanto isso os fornecedores saberão que seus produtos estão sendo utilizados por uma empresa que

prega excelência em suas ações, podendo ser utilizado como forma de conquistar novos comércios.

Por olhar empresarial, a implantação da Gestão da Qualidade nos hospitais oftalmológicos proporcionará uma valorização da organização, fomentando seu crescimento, proporcionando aumento da lucratividade, promovendo segurança e proteção para os clientes, bem como valorizando e capacitando seus colaboradores.

Desta feita, o presente estudo, construiu um manual para democratizar a implantação da Gestão da Qualidade em qualquer serviços de oftalmologia, propagando-se de forma mais acessível o melhor tratamento possível a ser oferecido aos clientes, buscando-se uma diminuição de custos em tempo de crise e cumprindo o principal ideal dos profissionais de saúde, que é oferecer saúde com qualidade e excelência aos pacientes.

## 6 CONCLUSÃO

Neste estudo foi apresentado um Manual de fácil acesso para ajudar os serviços de oftalmologia na implantação da gestão da qualidade. A instituição oftalmológica que inserir o programa de qualidade será diferenciada no mercado, por oferecerem um tratamento eficiente e de excelência, objetivando o crescimento da carta de clientes e a fidelização dos clientes antigos, além de dar cuidados a quem tanto necessita da melhor maneira possível, cumprindo, pois, a função social da empresa.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luiz A, De Vasconcellos C, Lucas SF. GESTÃO PELA QUALIDADE: DOS PRIMÓRDIOS AOS MODELOS DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO. 2012 [cited 2018 Sep 4];(1984–9354). Available from: [www.biografia.inf.br](http://www.biografia.inf.br)
2. Balsanelli AP, Jericó M de C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [cited 2019 Mar 24];18(4):397–402. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a08v18n4>
3. Feldman LB, Fortes Gatto MA, Kowal IC, Cunha O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação\* [Internet]. [cited 2019 Mar 4]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Feldman-2005.pdf>
4. Bott R. O movimento da Qualidade no Brasil. Igarss 2014. 2014. 1–5 p.
5. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações Prestadoras de Serviços de saúde. In São Paulo, SP: Organização Nacional de Acreditação; 2018. p. 152.
6. Gesteira PN, Peixoto HM, De Souza HC, Miranda LF de, Normando LR de A. Gestão da qualidade hospitalar na assistência dos serviços de enfermagem. Univ Ciências da Saúde [Internet]. 2011;8(2). Available from: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/1144>
7. Alves M de JP. O Serviço Atendimento Permanente — Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2019 Mar 4]. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/7148>
8. Pisco L, Biscaia JL. Qualidade de cuidados de saúde primários, Avaliação da Qualidade. 2011;2(November).

9. Muñoz DR. Bioética: a mudança da postura ética. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet]. 2004 [cited 2020 Aug 15];70(5):578–9. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992004000500001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000500001)
10. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry [Internet]. 1988 [cited 2019 Jul 3];25(1):25–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2966123>
11. Melo M da LM. Comunicação com o Doente Certezas e incógnitas. 1ª. Loures, Portuga: Lusodidacta; 2006. 168 p.
12. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 2007 May [cited 2019 Jul 3];44(4):545–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16687147>
13. Campos VF. Gerenciamento pelas diretrizes. 5ª. Nova Lima. MG: Falconi; 2013. 270 p.
14. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente Health quality management: improving support to client Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente. Mundo da Saude [Internet]. 2011 [cited 2019 Mar 4];35(3):319–31. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao\\_qualidade\\_saude\\_melhorando\\_assistencia\\_cliente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf)
15. Ferreira Roquete F, Cristina Teixeira C, de Almeida V. ACREDITAÇÃO E MELHORIA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL: uma revisão integrativa [Internet]. [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/16622249.pdf>
16. Mezomo JC. Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos. 01 ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2001. 301 p.
17. Daniels A, Teems L, Carroll CD, Santiago-Fernandez E. Crossing the Quality Chasm [Internet]. Vol. 19, Employee Assistance Quarterly. 2011 [cited 2019 Jul 2]. Available from: [http://www.nationalacademies.org/hmd/~/\\_/media/Files/Report](http://www.nationalacademies.org/hmd/~/_/media/Files/Report)



- Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality Chasm 2001 report brief.pdf
18. Lucinda MA. Qualidade: fundamentos e práticas para cursos de graduação. 1st ed. Rio de Janeiro: Brasport; 2010. 162 p.
  19. Machado DS. Filosofia Institucional: Missão, Visão e Valores do sistema de bibliotecas da Univeridade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. [Porto Alegre, RS]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009 [cited 2020 Aug 21]. Available from: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-03052006-164845/publico/GESTAO.pdf>
  20. ABRAPP. Construção do Planejamento e Gestão Estratégica. ICSS Sindapp. São Paulo, SP: ICSS SINDAPP; 2007. p. 135.
  21. Maciel-Lima SM. A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad Saude Publica [Internet]. 2004 Apr [cited 2019 Mar 24];20(2):502–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200018&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200018&lng=pt&tlng=pt)
  22. Paladini EP. Gestão Estratégica da Qualidade: Princípios, Métodos e Processos. 2ª. São Paulo, SP: Editora Atlas; 2009. 240 p.
  23. Crosbie K, Foster WA. Quality Management and Improvement in North Carolina Medicaid Managed Care. 2019;80(5):301–5.
  24. Campos VF. TQC: Controle da qualidade total (no estilo japonês). 9ª. Nova Lima. MG: Falconi; 2014. 286 p.
  25. Neto AS, Campos LMF. Introdução à gestão da qualidade e produtividade: conceitos, história e ferramentas. 1º. InterSaberes; 2016. 168 p.
  26. Carvalho MM de, Paladini EP. Gestão da Qualidade: Teoria e Casos. 2nd ed. Elsevier, editor. Rio de Janeiro; 2012. 430 p.
  27. Lima SBS de, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 Sep [cited 2019 Jul 1];19(3):271–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

21002006000300003&lng=pt&tlng=pt

28. Fleury MTL, Fischer RM. O Desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: Poder e Cultura nas Organizações [Internet]. 1989 [cited 2019 Aug 22]. p. 15–25. Available from: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3402168/mod\\_resource/content/1/RH-I-O-DESVENDAR-A-CULTURA-DE-UMA-ORGANIZAÇÃO1.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3402168/mod_resource/content/1/RH-I-O-DESVENDAR-A-CULTURA-DE-UMA-ORGANIZAÇÃO1.pdf)
29. Mary R, Longo J. Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação. Inst Pesqui Econômica Apl públ [Internet]. 1996 [cited 2018 Sep 4];397:1–15. Available from: [http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0397.pdf](http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf)
30. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: Atuação e implicações no cotidiano de trabalho. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 Feb [cited 2019 Sep 23];20(1):151–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000100020&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100020&lng=en&tlng=en)
31. Lira ACO de;, Junior AEA, Cardoso LF. Governança Clínica. Gestão em Saúde. 2011;383.
32. Werkema C. Lean seis sigma: introdução às ferramentas do lean manufacturing. 2nd ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Elsevier; 2011. 115 p.
33. Carpinetti LCR, Gerolamo MC. Gestão da Qualidade ISO 9001: 2015: Requisitos e Integração com a ISO 14001:2015. 1ª. São Paulo, SP: Editora Atlas; 2017. 192 p.
34. Santos EA dos, Miraglia SGEK. Arquivos abertos e instrumentos de gestão da qualidade como recursos para a disseminação da informação científica em segurança e saúde no trabalho. Ciência da Informação [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 4];38(3):80–95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v38n3/v38n3a06.pdf>
35. Rebello MA de FR. Implantação do Programa 5S para a conquista de um ambiente de qualidade na biblioteca do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. RDBCI Rev Digit Bibliotecon e Ciência da Informação [Internet]. 2005

- [cited 2019 Sep 6];3(1):165. Available from: [http://siseb.sp.gov.br/arqs/10-5Ss\\_HU.pdf](http://siseb.sp.gov.br/arqs/10-5Ss_HU.pdf)
36. PROQUALIS - Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Simplificando a melhoria da qualidade: o que todos devem saber sobre a melhoria da qualidade do cuidado de saúde [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 4]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando a melhoria da qualidade.pdf>
  37. Rubenich R. Pensamento Lean na saúde: menos desperdício e filas e mais qualidade e segurança para o paciente. 1st ed. Cardoso J, editor. Porto Alegre, RS: Boolman; 2013. 106 p.
  38. Houiss A. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. 2ª. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva; 2009.
  39. Rodrigues MV, Carâp LJ, El-Warrak L de O, Rezende TB. Qualidade e acreditação em saúde. 2ª. Rio de Janeiro, RJ: FGV; 2016. 154 p.
  40. Marshall Junior I, Rocha AV, Mota EB, Quintella OM. Gestão da qualidade e processos. 9ª. Rio de Janeiro, RJ: FGV; 2016. 204 p.
  41. Marques SMF. Implantação do programa de acreditação de serviços de saúde: a qualidade como vantagem competitiva. 1ª. Rio de Janeiro, RJ: Editora MEDBOOK; 2015. 208 p.
  42. Possolli GE. Acreditação Hospitalar: gestão da qualidade, mudança organizacional e educação permanente. 1ª. Curitiba, PR: Editora Intersaberes; 2017. 288 p.
  43. Joint Commission International. Manual CBA, 2011. 2011.
  44. Cristina A, Silva DA. Qualidade no atendimento hospitalar: Análise de dois modelos internacionais de acreditação [Internet]. [cited 2019 Feb 9]. Available from: <https://singep.org.br/6singep/resultado/194.pdf>
  45. Bisognano M, Kennedy C. Buscando o triple aim na saúde. Lottenberg C, editor. São Paulo, SP: Atheneu Editora; 2015. 411 p.

46. ALVES NA, NICOLUCI MV, BAGNOLO CES, CORREIA PC, FERREIRA LF. A evolução da norma ISO 9001 em 30 anos: benefícios e impactos. In: XXXVII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO [Internet]. Joinville, SC: ENEGEP; 2017 [cited 2019 Sep 9]. p. 18. Available from: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN\\_STO\\_238\\_376\\_33475.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_238_376_33475.pdf)
47. Sartorelli LE. Análise Crítica da Implantação da ISO 9001/1994 com alguns Requisitos da ISO 9001:2000 à Luz dos Principais Autores da Qualidade [Internet]. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS ; 2003 [cited 2019 Sep 9]. Available from: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/264019/1/Sartorelli\\_LucasErnesto\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/264019/1/Sartorelli_LucasErnesto_M.pdf)
48. De Sousa Mendes GH, De Sousa Mirandola TB. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. Gest e Prod [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 25];22(3):636–48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-74452015000300008>
49. Bomfim DF. Aceitação E Resistência Ao Processo De Acreditação Hospitalar Sob a Perspectiva Dos Profissionais Que Atuam Em Instituições Acceptance and Resistance To the Process of Hospital Accreditation in. 2013;116–34.
50. Chanes M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. O mundo da Saúde [Internet]. 2006 [cited 2020 Aug 22];2(30):326–31. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2431.pdf>
51. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) [Internet]. [cited 2020 Aug 23]. Available from: <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>
52. ANAHP, ABRAMGE, CNS, FenaSaúde, FBH, SBAC, et al. ONA - Organização Nacional de Acreditação [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 23]. Available from: <https://www.ona.org.br/>
53. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Cien Saude Colet [Internet]. 2005 [cited 2019 Mar 24];7(2):325–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-74452005000200010>

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=pt&tlng=pt)