

PROGRAMA

HUAP-UFF/EBSERH

Programa de Gestão da Qualidade

Versão: 2 | Ano 2024



SUMÁRIO

1. OBJETIVO	3
2. BASE CONCEITUAL	3
2.1. Qualidade	3
2.2. Líderes da qualidade	5
2.3. Gestão por processos	6
2.4. Contrato interno de gestão e contratualização entre processos	8
3. DIRETRIZES	9
3.1. Gestão de riscos e controles internos.....	10
3.2. Gestão dos riscos assistenciais.....	12
3.2.1. <i>Bundles</i>	12
3.2.2. Protocolo de Londres.....	13
3.2.3. Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.....	14
4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	15
5. REFERÊNCIAS	15
6. HISTÓRICO DE REVISÃO	17
7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	17

1. OBJETIVO

Promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados aos usuários do HUAP-UFF nas áreas assistencial, no ensino, na pesquisa, na inovação e na extensão em saúde.

2. BASE CONCEITUAL

De forma alinhada ao Plano Diretor Estratégico (PDE 2024-2028), o presente programa visa estabelecer como a gestão da qualidade é desenvolvida na instituição, adequando às peculiaridades de hospitais públicos universitários que atuam com o ensino, pesquisa, extensão e inovação em saúde, além da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A governança é a responsável por apoiar o programa de qualidade estabelecido no HUAP-UFF, divulgá-la aos distintos setores do hospital e revisá-la em função dos objetivos da organização, atentando para:

- Melhoria da experiência do paciente;
- Satisfação e motivação do cliente interno;
- Melhoria contínua;
- Comprometimento com a sociedade e com o meio ambiente.

2.1. Qualidade

O controle de qualidade moderno iniciou-se nos anos 30, com a aplicação do gráfico de controle desenvolvido por W. A. Shewart. Na Inglaterra, local onde se iniciou a estatística moderna, foram adotados os Padrões Normativos Britânicos (“British Standard BS 600”) a partir de 1935.

Em 1950, no Japão, um grupo de pesquisas foi criado para controle de qualidade, que contratou W. Edwards Deming, estatístico americano, que introduziu no Japão as práticas de gestão da qualidade, de acordo como as conhecemos na contemporaneidade.

Deming define qualidade como “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Propõe os chamados 14 pontos de forma a alcançar a qualidade total, descritos a seguir:

1. Crie constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço.
2. Adote a nova filosofia.
3. Cesse a dependência da inspeção em massa.
4. Acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhore constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Institua treinamento.
7. Adote e institua liderança.
8. Afaste o medo.
9. Rompa as barreiras entre os diversos setores.



10. Elimine slogans, exortações e metas para a mão-de-obra.
11. a) Suprima as quotas numéricas para a mão-de-obra. b) Elimine objetivos numéricos para o pessoal de administração.
12. Remova as barreiras que privam os profissionais do justo orgulho pelo trabalho bem executado.
13. Estimule a formação e o autoaprimoramento de todos.
14. Tome iniciativa para realizar a transformação.

O controle de qualidade deixou de ser visto somente como um instrumento estatístico, com Joseph M Juran, passando a ser encarado como ferramenta de administração. Apresenta a chamada trilogia de Juran, na qual a administração da qualidade compreende três processos básicos – planejamento, controle e melhoria. Juran explica a qualidade como “adequação ao uso”, isto é, aquilo que atende às necessidades do cliente.

Em 1952, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCAHO), nos EUA, com a participação de associações profissionais e de hospitais deste país e do Canadá. Na década de 1960 teve origem nos Estados Unidos, na construção dos mísseis Pershing, o Programa Zero Defeitos, inspirado nos trabalhos de Philip Crosby, levando aos gerentes a percepção de que atingir a qualidade é mais barato do que não a atingir, pelos custos do retrabalho. Para esse autor, “a qualidade significa ir ao encontro das exigências”, baseando-se em quatro princípios:

1. A definição de qualidade é a conformidade com os padrões.
2. O sistema de qualidade é a prevenção.
3. O padrão de desempenho é o defeito zero.
4. A mensuração da qualidade é o preço da não-conformidade.

Kaoru Ishikawa, na Década de 60, apresenta os instrumentos de auxílio ao monitoramento dos processos de controle de qualidade: os círculos de controle de qualidade e as sete ferramentas. Para ele, qualquer trabalhador pode alcançar a qualidade com a utilização das ferramentas.

Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, considerados uma tríade, que se relaciona com as noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output.

- ✓ **ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros envolvidos na assistência ao paciente.
- ✓ **PROCESSO** - conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente, como por exemplo, diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- ✓ **RESULTADO** - produto da assistência prestada, dependendo diretamente da estrutura e dos processos utilizados nos serviços de saúde. Refere-se a uma mudança significativa entre o estado atual de saúde do paciente e o estado futuro. Os resultados podem ser negativos (qualquer tipo de incidente, que tenha potencial para causar dano aos pacientes) ou positivos (cura ou recuperação do estado fisiológico, físico e emocional).



Donabedian conceitua a qualidade como aquela que produz, gerando os melhores resultados para os clientes, diante de um volume específico de recursos para os cuidados de saúde. O autor aponta que a qualidade do cuidado de saúde é consequência de dois fatores: (i) a ciência e a tecnologia (C&T), e (ii) a aplicação destas nas práticas de saúde. Para ele os atributos incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Donald Berwick, pediatra americano, referência atual na área, demonstrou como empregar a qualidade total na área da saúde. Alguns dos princípios presentes em seu livro são:

- O trabalho produtivo é realizado através de processos;
- A principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos;
- A compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade; o controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
- Envolvimento total do empregado é crucial;
- Administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente interrelacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

A qualidade em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “o grau de conformidade com os princípios e práticas aceitas, o grau de adequação às necessidades dos pacientes e os resultados alcançados”. Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos.

O Institute of Medicine (IOM) dos EUA definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

No Brasil, a acreditação emergiu como estratégia para a melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 1990. Em 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), os quais influenciam na instituição da acreditação no país. Apesar de a avaliação e a certificação de serviços de saúde serem consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, o número de serviços de saúde acreditados no país ainda é incipiente.

No início do século XXI, o IOM passou a incorporar “segurança do paciente” como da qualidade, juntamente com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade.

2.2. Líderes da qualidade

O conceito de círculo de qualidade trazido por Ishikawa pode ser definido como um grupo instituído para executar as atividades de controle de qualidade de maneira voluntária no local de trabalho. Esse grupo integra as atividades de controle de qualidade em toda a empresa. O círculo de qualidade pode ser otimizado para:

- Contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento do empreendimento;



- Criar um ambiente de trabalho harmônico;
- Exercitar as capacidades humanas;
- Atividade voluntária;
- Autodesenvolvimento;
- Atividade em grupo;
- Atividades estreitamente ligadas à realidade de trabalho;
- Desenvolvimento mútuo;
- Originalidade e criatividade;
- Consciência da qualidade, dos problemas e do melhoramento.

Nesse sentido, os líderes da qualidade devem ser profissionais que acreditam na gestão da qualidade, exercem liderança nos processos, independentemente de cargos ou funções. Estes profissionais devem ser identificados nas organizações e é fundamental que parte de sua jornada seja dedicada à melhoria da qualidade e desempenho dos processos, além do suporte aos gestores.

Os líderes da qualidade devem ser preparados pela organização a trabalhar, fundamentalmente, a gestão da mudança, visto que a implementação de um programa de gestão da qualidade em uma organização requer mudança de paradigmas e de processos de trabalho, visando à melhoria contínua.

2.3. Gestão por processos

“Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output)”, com “sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço”.

Todo trabalho importante realizado nas empresas faz parte de algum processo. Não existe cuidado oferecido por uma área do hospital, sem um processo hospitalar, que envolve a unidade assistencial, áreas de apoio e administrativas. Da mesma forma, não faz sentido existir um processo que não ofereça um produto ou um serviço.

A implantação do programa de gestão da qualidade envolve gestão de processos, reconhecimento das interrelações entre os principais processos e gestão dos resultados para evitar a fragmentação do cuidado prestado, que afeta a cadeia de valor em saúde.

A gestão por processos visa minimizar o que autores citam como competição de soma zero, na qual os participantes lutam para dividir o valor gerado, e não para aumentá-lo. Para tanto, é necessário que o setor responsável pela qualidade atue na integração dos diferentes atores dos processos e coordene a implementação das premissas da gestão por processos, que são:

- ✓ Suporte dos líderes da instituição: o apoio dos superintendentes e gerentes é essencial para viabilizar as mudanças que ocorrerão na instituição;
- ✓ Envolvimento interdisciplinar: profissionais com diferentes formações, alunos, residentes e docentes devem trabalhar em conjunto em prol do cuidado centrado no paciente e dos demais atributos da qualidade.



- ✓ Apoio da rede: primordial que as equipes dos hospitais utilizem o conhecimento da Rede para alavancar resultados e potencializar melhorias.
- ✓ Monitoramento e Avaliação de Resultados: o desempenho de cada processo precisa ser monitorado de forma estruturada. Os resultados precisam ser avaliados para que possam gerar valor e contribuir para as tomadas de decisões.

A área de qualidade e as unidades envolvidas em cada processo, podem lançar mão de alguns princípios:

- ✓ Mão na massa: a transformação não acontece nos setores da qualidade, são necessárias visitas constantes às áreas assistenciais, articulando as mudanças e fazendo acontecer.
- ✓ Soluções exequíveis e práticas: as soluções devem ser passíveis de implementação, gerando impacto. Soluções ideais, impossíveis de saírem do papel, não agregam em nada.
- ✓ Entregas contínuas: os resultados devem ser mostrados de forma rápida, a partir de ciclos curtos e constantes de entregas.
- ✓ Orientação para ganhos: a transformação deve deixar um legado mensurável e relevante para a organização.
- ✓ Visão ponta a ponta: o fluxo de trabalho deve ser compreendido com um olhar transversal, de maneira a entender o papel de cada área, em cada processo.
- ✓ Método orientado ao desafio: é preciso customizar o método para uma atuação em processos de acordo com o desafio que se está enfrentando.
- ✓ Decisões orientadas por fatos e dados: as decisões devem ser tomadas baseadas em análise coerente de dados.

Nesse sentido, faz-se importante frisar que a qualidade do trabalho de uma instituição é fruto não somente do desempenho de processos individuais, mas também do modo como os processos se inter-relacionam como um sistema, possibilitando assim trabalho conjunto em torno de propósito comum.

Os processos podem ser classificados em três categorias:

1. Processos Finalísticos: estão ligados à essência de funcionamento do hospital, estando correlacionados às atividades-fim da instituição, com isso, são responsáveis pela produção dos produtos ou serviços finais que beneficiam imediatamente aos usuários. Os processos finalísticos recebem apoio de outros processos internos. Por serem os processos que agregam valor direto para os clientes, seus erros são primeiramente detectados.
2. Processos de Apoio: Os processos de apoio dão suporte aos demais processos, administrando as necessidades desses, ou seja, estão diretamente relacionados à gestão dos recursos imprescindíveis ao desenvolvimento de todos os processos da instituição, sobretudo aos finalísticos.
3. Processos Gerenciais: são aqueles ligados à estratégia da organização. Estão diretamente relacionados à formulação de políticas e diretrizes para se estabelecerem e efetivarem metas operacionais, legais, financeiras e reguladoras. Além disso, norteiam a definição de indicadores de desempenho e os modos de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados, interna e externamente à instituição.



Na gestão por processos, a informação segue um fluxo direto, sem interrupções, sem o filtro da hierarquia. O sucesso dessa gestão está ligado à tentativa de minimizar a subdivisão dos processos.

A gestão por processos, envolve atividades contínuas e repetitivas, enquanto os projetos abrangem atuações temporárias e exclusivas. Para a gestão da mudança, pode ser necessária a implementação de projetos, uma vez que neles se emprega um esforço transitório para produzir um produto, serviço ou resultado exclusivo.

2.4. Contrato interno de gestão e contratualização entre processos

Contrato pode ser compreendido como um pacto, um acordo entre duas ou mais partes que se implicam a cumprir o que foi estabelecido. Contratos internos de gestão são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que integram um serviço de saúde, estimulando a corresponsabilização nas práticas de atenção. São compreendidos como um meio de atingir a cogestão e a gestão participativa em saúde.

O contrato interno de gestão tem o potencial de propiciar interações, de colocar equipes em comunicação para desenvolverem mudanças, produzindo novos padrões de relação e de interlocução nos serviços de saúde, ou seja, tem a capacidade de promover grandes mudanças institucionais, aumentando a eficiência e a eficácia institucional.

As partes integrantes do acordo devem assinar o contrato para formalização, pois minimiza o impacto pessoal dos processos e formaliza requisitos estabelecidos entre as áreas. O funcionário que recebe o serviço/produto deve conferir, no momento do recebimento, se esse atende ao que foi acordado. Em caso negativo, deve ser aberta uma comunicação de não conformidade.

Após o estabelecimento do contrato interno de gestão, a quebra de um de seus requisitos, por uma das partes envolvidas, gera uma não conformidade, que é definida como o não atendimento de um requisito pré-estabelecido.

Essa não conformidade deve ser justificada pela área responsável pela ação, para a área responsável pela gestão da qualidade, que analisará a pertinência dos fatos e argumentos apresentados, e encaminhará para a outra área envolvida (“área que sofreu a não conformidade”).

A área responsável pela qualidade deverá analisar cada justificativa de não-conformidade, no intuito de verificar se a alegação demonstra que o ocorrido era inevitável e que o fato não se repetirá por causa semelhante. Caso a área responsável pela qualidade julgue que a não-conformidade poderá acontecer novamente pela mesma razão, ou por uma equivalente, deverá ser produzido um plano de ação pela área que cometeu a não conformidade.

As não conformidades também podem gerar a repactuação dos contratos entre as áreas implicadas, caso as áreas de qualidade e a responsável pela confecção do contrato interno de gestão julguem adequado.

É importante frisar que não conformidades são não atendimentos aos requisitos dos contratos internos de gestão ou não atendimentos de outros requisitos de qualidade, podendo ou não atingir o paciente. Não devem ser confundidas com incidentes relacionados à assistência à saúde, que de acordo com a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário à saúde.



3. DIRETRIZES

Dentro do objetivo geral da melhoria contínua da qualidade, as diversas atividades a serem realizadas estão agrupadas segundo seus três principais pontos de partida, conforme figura abaixo:

Figura 1 – Etapas da Melhoria Contínua da Qualidade.



Fonte: Programa Ebserrh de Gestão da Qualidade - Selo Ebserrh de Qualidade. Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018.

- A.** Ciclos de melhoria: o ciclo de melhoria começa com o reconhecimento de uma oportunidade de melhoria em algum elemento dos serviços oferecidos. Deve-se utilizar a oportunidade de melhoria para aperfeiçoar o serviço ou para solucionar o problema constatado.
- B.** Monitoramento da qualidade: monitoramento é uma medição planejada e periódica de uma série de características que resumem a qualidade. Para sua realização, indicadores devem ser utilizados como ferramentas, a fim de verificar se os níveis pré-determinados de qualidade estão atingidos ou mantidos. Cada indicador tem seu método e periodicidade de medições.

O monitoramento de indicadores permite o reconhecimento de oportunidades de melhoria. A partir disso, os resultados devem ser avaliados, para que o problema seja entendido de uma forma mais profunda e detalhada. Ou seja, deve-se realizar uma análise crítica dos resultados, buscando compreender quais as razões para o comportamento dos dados ao longo do tempo.

Os indicadores são compostos por dois ou mais componentes de informação (dados), no formato de uma fração, ou seja, de uma divisão. Os componentes do numerador e denominador estabelecerão qual tipo de indicador está sendo utilizado. Entretanto, poderão ser utilizados números absolutos como forma de monitorar pontos críticos, como suicídio e *never events*.

Os indicadores podem ser:

- ✓ Indicadores estratégicos: quantificam os impactos da estratégia nas partes interessadas,

assim como a causa desses impactos. Representam os objetivos e as ações que pertencem a organização como um todo.

- ✓ Indicadores gerenciais: quantificam a colaboração dos processos para a estratégia, avaliando se esses buscam a melhoria contínua de maneira proporcional.
- ✓ Indicadores operacionais: quantificam as tarefas e rotinas individuais.

- C. Planejamento da qualidade: tem a intenção de prevenir o aparecimento de falhas, ou seja, busca a correta execução das atividades de forma que o resultado saia justamente como o planejado. A correta execução passa por delineamento dos processos envolvidos e alinhamento com os diferentes atores, como já abordado anteriormente. Para que um novo processo seja implementado, é necessário observar como se dá o processo de estabilização dele, a fim de se promover a gestão da mudança de forma adequada.

É preciso alinhar planejamento e gestão por processos, pois uma mudança em um poderá induzir mudanças de todos os processos da instituição. Stafford Beer (1972) considera o sistema nervoso e o cérebro humano como um modelo para o controle organizacional. Desse modo, o conhecimento dos processos da organização é a resposta para muitos dos problemas existentes, como ocorre no corpo humano. O planejamento deve, portanto, considerar os processos já existentes, bem como envolver os diferentes profissionais, com intuito de propiciar redução da curva de aprendizagem e menor tempo para estabilização dos novos processos.

3.1. Gestão de riscos e controles internos

Para gerenciar os riscos de seus processos, os hospitais devem elaborar planos de gerenciamento de riscos, definir e implementar intervenções, e fazer a revisão e acompanhamento dos resultados. Para isso, é necessário que existam métodos adequados que organize cada passo, com intuito de alcançar um efetivo controle dos riscos inerentes aos processos institucionais.

O processo de gestão de riscos é cíclico com etapas bem definidas.

No âmbito da Rede Ebserh, aplica-se a Política de Gestão de Riscos e Controles Internos, observando sua finalidade, diretrizes, objetivos e a forma de operacionalização do tema.

Segundo a referida Política, para que a gestão de riscos seja eficaz, convém a organização, em todos os níveis, atender às diretrizes visando, colaborar para a consecução do propósito, visão e objetivos estratégicos, salvaguardar os interesses, reputação, marca e atividades da Empresa, agregando valor e protegendo se o ambiente interno da Ebserh, ser parte integrante dos processos organizacionais e de sua melhoria contínua, subsidiar a tomada de decisões, abordar explicitamente a incerteza, ser sistemática, estruturada e oportuna, baseada nas melhores informações disponíveis, considerar fatores humanos e culturais, ser transparente, inclusiva, dinâmica, interativa e capaz de reagir as mudanças, aderir à integridade e aos valores éticos, criar resiliência e capacidade de resposta eficaz, bem como estar integrada às oportunidades e à inovação, de modo que facilite a melhoria contínua da organização.

Estas etapas foram bem retratadas na ABNT NBR ISO 31000:2018, normativa que trata da Gestão de riscos, seus princípios e diretrizes, para diversas instituições da área da saúde e demais áreas de atuação.



Segundo a ISO 31000:2018, para que a gestão de riscos seja eficaz, convém que uma organização, em todos os níveis, atenda aos princípios de que a gestão de riscos cria e protege valor, é parte integrante de todos os processos organizacionais, é parte da tomada de decisões, aborda explicitamente a incerteza, é sistemática, estruturada e oportuna, devendo ser baseada nas melhores informações disponíveis, considerar fatores humanos e culturais e ser transparente.

É válido ressaltar que, para cada etapa da gestão de riscos, é necessário utilizar ferramentas e métodos, tendo como objetivo assegurar que os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis da Ebserh, tenham acesso tempestivo a informações suficientes quanto aos riscos aos quais está exposta a organização, aumentando a probabilidade de alcance dos objetivos institucionais e reduzindo os riscos a níveis aceitáveis.

Cada hospital deve instituir a Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade, escolher os processos que produzem maiores riscos e estabelecer prioridades. Recomenda-se que Comissão seja composta por cinco a dez pessoas, seja multidisciplinar, podendo variar conforme a dimensão e complexidade da unidade hospitalar e a disponibilidade dos profissionais.

A operacionalização da Gestão de Riscos e Controles Internos deverá observar os seguintes passos:

- a. Definição dos processos a serem analisados;
- b. Definição dos objetivos alinhados ao propósito e à visão da organização, possibilitando a identificação de eventos que potencialmente impeçam sua consecução;
- c. Identificação de eventos de riscos, relacionando etapa em que são identificados e relacionados os riscos inerentes à própria atividade da organização, em seus diversos níveis;
- d. Avaliação de riscos sob a perspectiva de probabilidade e impacto de sua ocorrência, através de análises qualitativas, quantitativas ou da combinação de ambas;
- e. Resposta a riscos, etapa em que se identifica qual estratégia seguir (evitar, reduzir, compartilhar ou aceitar) em relação aos riscos mapeados e avaliados;
- f. Priorização de riscos, consiste em comparar e classificar os riscos quanto aos seus respectivos níveis de probabilidade e impacto, identificando aqueles que necessitam de maior atenção e, em seguida, priorizar o tratamento daqueles considerados mais graves;
- g. Estabelecimento de atividades de controles internos, visando mitigar os riscos inerentes à própria atividade da organização. Na referida etapa deverão ser definidas as melhorias a serem adotadas, bem como decidir quem será o responsável pela sua efetivação, assim como o prazo para sua execução, elaborando plano de ação;
- h. Informação e comunicação, observando que as informações relevantes devem ser identificadas, coletadas e comunicadas de forma a possibilitar o gerenciamento de riscos e a tomada de decisão;
- i. Monitoramento, tendo como objetivo avaliar a qualidade da gestão de riscos e dos controles internos da gestão, por meio de atividades gerenciais contínuas e/ou avaliações independentes.

Compete a área da Qualidade o estabelecimento de políticas e procedimentos, metodologias e ferramentas de gerenciamento de riscos e monitoramento dos limites de riscos.



Cabe destacar que a identificação de riscos pode ser sistematizada e estruturada por meio de ferramentas e técnicas para identificar a causa raiz de eventos de riscos e suas principais consequências. Dentre elas destacam-se:

- a. **Brainstorming:** É a mais conhecida e usual das técnicas de coleta de dados. Em tradução livre significa “tempestade cerebral”. Com a ajuda de um facilitador deve-se reunir uma equipe multidisciplinar, conhecedora do assunto, para que sejam levantados potenciais riscos;
- b. **Método Delphi:** Nessa técnica o facilitador prepara um questionário e o envia a diversos especialistas, os quais respondem de forma anônima;
- c. **Análise SWOT:** A técnica reuni um grupo de tomadores de decisões e figuras-chave da organização para um momento de brainstorming, no qual todos possam colaborar igualmente. Os participantes devem pensar nas forças, fraquezas, ameaças e oportunidades do processo ou projeto analisado e elencarem os itens em um quadro dividido em 4 quadrantes;
- d. **Análise de causa-raiz (ACR):** A ferramenta é projetada para o uso investigativo da causa raiz de um evento. A investigação do evento utilizando a ferramenta ACR busca identificar não somente como o evento ocorreu, mas também porque ele aconteceu;
- e. **Análise de causa e efeito, também chamada de diagrama de Ishikawa:** A análise de causa e efeito é um método estruturado para identificar as possíveis causas de um evento ou problema indesejado. Ele organiza os possíveis fatores contributivos em categorias amplas de modo que todas as hipóteses possíveis possam ser consideradas; e
- f. **Análise bow tie:** É uma maneira esquemática simples de descrever e analisar os caminhos de um risco desde a causa até as consequências. O foco do bow tie está nas barreiras entre as causas e o risco, e o risco e as consequências.

Independentemente da técnica a ser empregada, o mais importante é que os profissionais colaboradores com o conhecimento adequado do processo ou projeto sejam envolvidos na identificação dos riscos. Para fins do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, recomenda-se que os riscos sejam identificados partir da aplicação da técnica “análise *bow tie*”, tendo em vista a simplicidade de utilização da ferramenta.

3.2. Gestão dos riscos assistenciais

3.2.1. Bundles

Dentre as técnicas desenvolvidas para reduzir os riscos, sobretudo, das infecções relacionadas à assistência à saúde, estão as estratégias descritas nas diretrizes (Guidelines), as quais vêm sendo trazidas para a prática clínica em forma de pacote ou conjunto de intervenções, formados por um pequeno grupo de cuidados específicos, denominado, na língua inglesa, de *bundle*. Um pacote é uma maneira estruturada de melhorar os processos de atendimento e os resultados do paciente - um conjunto pequeno e direto de práticas baseadas em evidências, geralmente de três a cinco - que, quando realizadas coletiva e confiavelmente, comprovadamente melhoram os resultados dos pacientes.



3.2.2. Protocolo de Londres

A Unidade de Risco Clínico do departamento de Psicologia da University College London e a Association of Litigation and Risk Management (ALARM) adaptaram em 1998 o método de investigação de incidentes das outras indústrias para saúde.

O Protocolo de Londres é a versão mais recente do original Protocol for the Investigation and Analysis of Clinical Incidents. O Protocolo de Londres compreende uma investigação sistematizada para organizar as etapas, melhorar a qualidade da coleta de dados e auxiliar na reflexão de todas as dimensões dos Fatores Contribuintes (Tabela 1), além de lembrar dos aspectos mais importantes dos fatores humanos.

James Reason, em suas publicações, aponta que a gravidade do desfecho não tem relação de proporcionalidade com a gravidade da falha. A existência de fatores agravantes e de fatores atenuantes podem delinear o fechamento dos eventos em que ocorrem falhas, sendo que os fatores atenuantes têm o potencial de preservar o paciente de um dano mais grave.

O Protocolo de Londres aplica o modelo de Acidente Organizacional de James Reason. Há menor atenção ao indivíduo, que comete um erro, e mais aos fatores organizacionais preexistentes que fornecem as condições e até levam à ocorrência dos erros.

Quadro 1 – Tipos de fatores contribuintes para o risco de dano desnecessário.

Tipos de fatores	Exemplos de fatores contribuintes
Fatores ligados ao paciente	Exemplos de fatores contribuintes
	Complexidade e gravidade da doença
	Idioma e comunicação
	Personalidade e fatores sociais
Fatores ligados à tarefa e à tecnologia	Desenho e clareza da tarefa
	Disponibilidade e uso de protocolos
	Disponibilidade e precisão dos resultados de exames
	Métodos de apoio à tomada de decisões
Fatores individuais (ligados aos profissionais)	Fatores individuais (ligados aos profissionais)
	Competência
	Saúde física e mental
Fatores ligados à equipe	Comunicação verbal

	Comunicação escrita
	Supervisão e pedidos de ajuda
	Estrutura de equipe (congruência, consistência, liderança)
Fatores ligados ao ambiente de trabalho	Contingente de pessoal e conjunto de habilidades
	Carga de trabalho e turnos de trabalho
	Desenho, disponibilidade e manutenção dos equipamentos
	Suporte administrativo
	Ambiente físico
Fatores organizacionais e administrativos	Fatores ligados ao ambiente de trabalho
	Estrutura organizacional
	Políticas, normas e metas
	Cultura de segurança e prioridades
Fatores ligados ao contexto institucional	Contexto econômico e regulamentar
	Ambiente mais amplo dos serviços de saúde
	Relações com organizações externas

Fonte: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

3.2.3. Programa Ebserh de Gestão da Qualidade

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade consiste em um sistema próprio de avaliação periódica que tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais da rede Ebserh nas áreas assistencial, no ensino, na pesquisa, na inovação e na extensão em saúde.

O Programa foi implementado em todos os hospitais da rede Ebserh, cuja equipe de referência no HUAP-UFF é o Setor de Gestão da Qualidade (STGQ), e para a certificação foi constituída a Comissão de Avaliadores Internos do HUAP. Juntos, norteados pelas diretrizes e requisitos do manual de diretrizes do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, está sendo implementada a cultura da gestão da melhoria contínua dos processos finalísticos, de apoio e gerencial dos hospitais.



4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação periódica do nível de qualidade dos serviços prestados, baseia-se em diretrizes e requisitos pré-definidos no manual do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e na legislação vigente.

O referido Programa trata de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório. O intuito é estimular o HUAP-UFF a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessa instituição.

Nesse sentido, essa ferramenta possibilita realizar um diagnóstico da situação do hospital em relação aos procedimentos de boas práticas ideais, permitindo traçar estratégias para melhorar a qualidade da gestão, assistência, ensino, pesquisa, extensão, inovação; e garantir a segurança do paciente.

O método aplicado não avalia apenas um serviço ou departamento isolados, mas sim o hospital de modo amplo, considerando o trajeto do paciente e a interligação de estruturas e processos do hospital em que o funcionamento de um pode interferir nos resultados do conjunto.

A avaliação quanto à conformidade das práticas do hospital ao preconizado no Manual, deverá ser realizada anualmente pelos Avaliadores Internos do hospital, designados para tal fim.

Além disso, com base na avaliação, o STGQ é responsável por auxiliar as áreas na elaboração dos Planos de Melhoria da Qualidade bem como acompanhar a implementação das ações.

5. REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018. Institui o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade - Selo Ebserh de Qualidade. Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede>. Acesso em: 29 nov 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Plano Diretor Estratégico 2021-2023 do Hospital universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF). Processo SEI 23818.015047/2020-11 Disponível em <https://www.ebserh.gov.br/web/huap-uff>. Acesso em: 29 nov 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021. Publica o modelo Regimento da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e disciplina o processo das avaliações internas da qualidade. Boletim de Serviço nº 1140, de 25 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletimde-servico/sede>. Acesso em: 29 nov 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais – 2ª versão, 2019. Disponível em:



<https://www.gov.br/ebserh/ptbr/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade>. Acesso em: 5 nov 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade – 2ª versão, 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade – 1ª versão, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/governanca/comissoes-internas/comissao-de-avaliacao-interna-da-qualidade/guia-de-avaliacao-do-selo-ebserh-de-qualidade.pdf>. Acesso em: 04 jun 2021.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Guia de Processo de Avaliação da Joint Commission International para Hospitais. Incluindo Hospitais – Centros Médicos Acadêmicos. 6ª edição. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 04 jun 2021.



Despacho - SEI

Programa de Gestão da Qualidade. PRG.STGQ.001 - versão 2

Página 17 de 17

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	10/12/2021	Versão inicial.
2	15/11/2024	Exclusão do item 1 (Apresentação) e adequação textual da etapa de monitorização e avaliação.

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Ana Paula Amorim Moreira - STGQ
Análise Beni Olej - GEP Michele Lopes Fagundes Nascimento - GAS Jose Wilson Firmida Junior - GAD
Validação Lorran Leite Reis - STGQ
Aprovação Veronica Alcoforado de Miranda - SUP

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 09/01/2025, às 16:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Amorim Moreira, Chefe de Setor**, em 10/01/2025, às 09:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wolney de Andrade Martins, Gerente, Substituto(a)**, em 10/01/2025, às 12:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Wilson Firmida Junior, Gerente**, em 13/01/2025, às 15:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Michele Lopes Fagundes Nascimento, Gerente**, em 15/04/2025, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_externo=0, informando o código verificador **45846415** e o código CRC **91560FC5**.

Referência: Processo nº 23818.000668/2025-12 SEI nº 45846415