

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“Júlio de Mesquita Filho”

INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS DE BOTUCATU

APLICAÇÃO DE PDCA E SDCA PARA MELHORIAS E
PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS DO LABORATÓRIO
CLÍNICO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU

Aluna: *Isabela Cristina de Arruda*

Orientador: *Prof. Dr. José Carlos Souza Trindade Filho*
**Docente do Departamento de Especialidades Cirúrgicas e Anestesiologia da FMB e
Chefia de Gabinete do HCFMB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Biociências, Campus de Botucatu, UNESP,
para obtenção de Bacharel em Ciências Biomédicas.

BOTUCATU – SP

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Arruda, Isabela Cristina de.

Aplicação de PDCA e SDCA para melhorias e padronização de processos do laboratório clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu / Isabela Cristina de Arruda. - Botucatu, 2022

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Ciências Biomédicas) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Instituto de Biociências de Botucatu
Orientador: José Carlos Souza Trindade Filho
Coorientador: Juliana da Silva Oliveira
Capes: 30801052

1. Serviços de saúde. 2. Técnicas de laboratório clínico.
3. Gestão da qualidade total. 4. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Palavras-chave: Ferramenta; Laboratório clínico; Qualidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1. Qualidade em Saúde	6
1.2. Serviços de Laboratório Clínico.....	9
1.3. Ferramentas de Qualidade	11
2. OBJETIVO.....	11
3. METODOLOGIA.....	11
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSSÃO	18
5.1. Pontos de melhoria identificados nos processos	19
6. CONCLUSÃO.....	22
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

RESUMO

ARRUDA, I. C. Aplicação de PDCA e SDCA para melhorias e padronização de processos do laboratório clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (TCC). Botucatu (SP). (SP). Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências de Botucatu, 2022.

Introdução: com o aumento da complexidade dos serviços de saúde, cresce a necessidade de olhar para a gestão da qualidade. Muitos hospitais não possuem certificação e acreditação, apesar de terem um olhar voltado para qualidade. O mesmo acontece com os laboratórios clínicos ativos no Brasil, que são poucos os acreditados. **Objetivo:** considerando o foco em obter uma certificação de qualidade para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, o objetivo foi descrever o início da padronização e as propostas de melhorias dos processos do Laboratório Clínico do hospital, utilizando as ferramentas de gestão da qualidade: SIPOC, PDCA e SDCA. **Metodologia:** a coleta de informações ocorreu durante o período de novembro de 2021 a março de 2022, através de pesquisa de campo e entrevista não estruturada. Foi feita construção do Mapa de Processos, aplicação do PDCA para melhorias de resultados e SDCA para estabilização de processos. **Resultados e Discussão:** 10 mapas de processos (SIPOCs), 53 POPs, 3 reuniões, 23 pontos de melhorias, sugestões e constatações, abrindo margem para avaliação e identificação de erros, que mesmo pequenos, fazem diferença na operação. Os resultados mostram que a documentação e gestão do conhecimento acerca dos processos é muito importante e um primeiro passo, mas o ciclo continua e é necessário o treinamento dos funcionários com base nos documentos padronizados e a atenção constante da gerência sobre as melhorias. **Conclusão:** é importante entender sobre Qualidade e Segurança do Paciente para excelência da assistência, diagnósticos oferecidos e satisfação dos usuários. As ferramentas de PDCA e SDCA apresentadas, mostram-se promissoras para serem aplicadas em diferentes áreas, trazendo bons resultados para muitas organizações.

Palavras-Chave: laboratório clínico; qualidade; ferramenta

1. INTRODUÇÃO

O número total de hospitais no Brasil aumentou de 6.907 em 2010 para 7.191 em 2022. Dados indicam que durante esses 12 anos foi possível identificar um aumento de 645 hospitais públicos, enquanto se observou uma queda de -11% no número de hospitais privados (Confederação Nacional de Saúde, 2022).

Apesar do número de hospitais que ainda se mantém expressivo, dados levantados pelo IQG - Health Services Accreditation e divulgados em 2021 demonstram que apenas 447 do total, ou seja, aproximadamente 6,5% dos hospitais, são acreditados no Brasil (MEDICINACASA, 2021). Dados também mostram que o número de hospitais com certificação nacional de acreditação no país ainda é baixo, em 2022 são apenas 377 hospitais acreditados dentro dos padrões de qualidade definidos de acordo com o manual brasileiro de acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA (Organização Nacional de Acreditação, 2022). É sabido que muitas instituições trabalham com gestão de qualidade, mas não são todas que aderem ao modelo brasileiro de certificação.

Os hospitais, por sua vez, dependem de laboratórios clínicos confiáveis e eficientes, uma vez que resultados diagnósticos fidedignos influenciam e garantem qualidade na assistência prestada. Em relação aos laboratórios, o IBGE estimou, em 2010, a existência de mais de 16 mil no Brasil. Esses números incluem laboratórios que estão em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de saúde com ou sem internação. Apesar da quantidade expressiva de laboratórios ativos, poucos são os acreditados. Pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), a atualização de fevereiro de 2022 mostra que são 186 laboratórios acreditados por eles no país (Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, 2022); pelo Sistema Nacional de Acreditação (SNA-DICQ), esse número fica em torno de 440 laboratórios acreditados (Sistema Nacional de Acreditação, 2022). Segundo especialistas, isso se dá pois, além da acreditação não ser obrigatória, adequar um laboratório aos requisitos exigidos demanda investimento de tempo e de recursos financeiros.

Apesar dos obstáculos, com o passar do tempo, hospitais de referência têm incluído em seu planejamento objetivos estratégicos que se atrelam à gestão da qualidade, como a obtenção de certificações de qualidade, com o objetivo de atingir

um ambiente com atendimento humanizado, processos bem definidos, segurança do paciente e adequação às legislações vigentes. É o caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP (UNICAMP, 2022), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto, 2022) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, entre outros.

1.1. Qualidade em Saúde

A pioneira a trabalhar com qualidade na área de saúde foi a enfermeira inglesa Florence Nightingale, quando implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, com base em dados estatísticos e gráficos (COSTA et al, 2009). O pioneiro na busca da qualidade de forma sistêmica no setor da saúde e na utilização de técnicas e métodos, até então só considerados no meio industrial, foi Avedis Donabedian. Donabedian é um dos mais importantes autores na área de qualidade em saúde, dedicou-se na busca por propostas de avaliação da qualidade desses serviços. O autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, popularmente conhecido como “Tríade de Donabedian”, fundamentada nos conceitos de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

A prestação de serviço em saúde tem implícito dois componentes básicos da qualidade: o operacional, que corresponde ao processo propriamente dito, e a percepção, ou como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido (BITTAR, 2000). No componente operacional, o processo pode ser entendido como qualquer atividade, ou conjunto de atividades, que usa recursos para transformar insumos (entradas) em produtos (saídas) (MIRANDA E STREIT, 2007). Para que as organizações funcionem de forma eficaz, elas têm que identificar e gerenciar processos inter-relacionados e interativos. Frequentemente, a saída de um processo resultará diretamente na entrada do processo seguinte. A identificação sistemática e a gestão dos processos empregados na organização e, particularmente, as interações entre tais processos são conhecidas como "abordagem de processos" (MIRANDA, 2010).

O componente operacional e a percepção podem ser medidos por meio de indicadores da qualidade, e o reconhecimento é obtido pelos processos de certificação ou acreditação. A acreditação e outras normas de certificação da qualidade são

mecanismos que podem contribuir para dar maior consistência à prática da gestão baseada em resultados e elevação da satisfação dos clientes/pacientes (usuários), dos funcionários/servidores e da população servida (MALIK & SCHIESARI, 1998).

No Brasil, a preocupação com a qualidade na área da saúde advém da década de 1930, com a criação da *Ficha de Inquérito Hospitalar*, por Odair Pedroso, em São Paulo, para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde (MS). Um pouco depois, na indústria, no final da década de 50, surgiram indícios de qualidade atrelados à produtividade, chegando em 1980 com a indústria brasileira alcançando alto grau de interação intersetorial, incluindo os laboratórios clínicos nessa evolução da qualidade.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1989 a Acreditação passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Em 1990, foi realizado um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaborar o *Manual de Padrões de Acreditação para América Latina*. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Estabeleceu ainda a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) que desempenhou importante papel na elaboração das diretrizes do programa e na sua disseminação, inclusive em outras esferas do governo. O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um projeto estratégico prioritário do Ministério da Saúde, para o biênio 97/98.

No período entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde realizou o projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil”. Constituiu-se de um ciclo de palestras envolvendo 30 localidades, em âmbito nacional, entre elas as 27 capitais de estado, atingindo desta forma, todas as regiões do país. O ciclo de palestras teve como objetivo apresentar o projeto desenvolvido pelo Ministério, para sensibilizar e melhorar a compreensão sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação, bem como sua forma de operacionalização, o que culminou com a criação da entidade ONA – Organização Nacional de Qualidade em Saúde, com o objetivo de promover um processo constante

de avaliação e aprimoramento nos serviços de saúde, melhorando assim a qualidade da assistência no país (ALGARTE & QUINTANILHA, 2000).

Mostra-se, então, crescente a preocupação das instituições e profissionais da saúde em relação à qualidade do serviço e satisfação do usuário (PENA, 2013). Ao observar essa relação entre qualidade e cuidados de saúde, é interessante considerar a definição de qualidade por aspectos de um serviço seguro, eficaz, oportuno, eficiente, equitativo e centrado nas pessoas (SERAPIONI, 2009).

Em 2001, o Institute of Medicine (IOM), dos EUA, definiu os seguintes componentes fundamentais para a qualidade em saúde (MARTINS, 2019):

- 1) Cuidado com o tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado;
- 2) Segurança: evitar danos ao paciente;
- 3) Efetividade: prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão;
- 4) Eficiência: prevenir o desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias;
- 5) Equidade: não discriminar pacientes;
- 6) Centrada no paciente: responder às necessidades dos pacientes.

Pela OPAS, a qualidade nos serviços de saúde é definida como “a obtenção do maior benefício para o paciente, ao menor custo e com o menor risco possível”. Na mesma linha, a OMS define como “o grau em que os serviços de saúde prestados a pessoas e populações aumentam a probabilidade de se obter os resultados favoráveis e são coerentes com o conhecimento científico corrente” (ANVISA, 2018).

O aumento da complexidade dos serviços de saúde, impulsionado pela demanda tecnológica e pela explosão de novos conhecimentos, acrescidas do aumento da expectativa de vida e do maior número de pacientes portadores de doenças crônicas, vem onerando o gasto em saúde, de modo que o desafio atual desse setor é prestar atendimento humanizado, com alta produtividade e baixo custo:

é o que se espera como resultado de programas de qualidade (BITTAR, 2004; ALGARTE & QUINTANILHA, 2000).

1.2. Serviços de Laboratório Clínico

No universo da saúde, a medicina laboratorial pode ser considerada o setor pioneiro a promover e introduzir os conceitos da qualidade. De acordo com a RDC 302/2005 (ANVISA, 2005), que dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos, a garantia da qualidade é o conjunto de atividades planejadas, sistematizadas e implementadas com o objetivo de cumprir os requisitos da qualidade especificados.

A principal atividade do laboratório clínico está na avaliação dos espécimes biológicos através de métodos químicos, físicos, físico-químicos, biológicos e morfológicos, envolvendo processos e técnicas, através de equipamentos, materiais e reagentes. O objetivo dos exames laboratoriais é principalmente contribuir com o diagnóstico, auxiliando o médico a estabelecer o estágio de uma patologia, o prognóstico, acompanhar as repercussões da terapêutica e verificar a presença de fatores de risco para agravos à saúde humana.

O constante progresso tecnológico nesta área laboratorial tem possibilitado a ampliação do número e dos tipos de analitos passíveis de análise, aumentando, significativamente, a importância do laboratório na decisão médica e na tomada de condutas terapêuticas. Essa evolução tecnológica foi uma das principais alavancas que permitiu a implantação dos modernos conceitos da qualidade no laboratório clínico (VIEIRA & et al, 2011). A busca de melhoria contínua exigiu, em um primeiro momento, a análise minuciosa dos diferentes processos envolvidos na realização do exame laboratorial, incluindo aspectos técnicos, organizacionais e administrativos, além de identificar desvios e propor oportunidades de melhoria (VIEIRA, 2004).

Atrelada à evolução tecnológica que alavancou qualidade no laboratório clínico, a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica - Medicina Laboratorial (SBPC/ML) também teve papel fundamental nesta história da qualidade e da acreditação laboratorial. Na fundação da SBPC/ML, em 1944, a organização já possuía em seu

estatuto, como um dos objetivos, o estabelecimento de padrões para a realização dos diferentes exames laboratoriais. No decorrer da década de 1970, propôs revisar e adaptar à realidade brasileira as práticas do Colégio Americano de Patologistas (CAP), por meio da Revista Brasileira de Patologia Clínica, publicação da própria SBPC/ML. No ano de 1977, em contrato com a Controllab, maior empresa brasileira de controle de qualidade laboratorial, a SBPC/ML pôde lançar o programa de controle de qualidade interno e externo, inédito no país, intitulado Programa de Excelência de Laboratórios Médicos (PELM), e, em 1998, criou o Programa de Acreditação de Laboratório Clínico (PALC), os quais foram revisados e atualizados nos anos 2004, 2007 e 2010. O PALC permite aos laboratórios brasileiros um caminho para a melhoria contínua da qualidade, principalmente pelas auditorias realizadas por pares, ou seja, por laboratoristas, propiciando oportunidades de trocas de conhecimentos técnicos entre auditores e auditados (MARTIN & COSTA, 1998). Mais recentemente, novamente em parceria com a Controllab, a SPBC/ML disponibilizou o Programa de Indicadores Laboratoriais, permitindo aos laboratórios clínicos brasileiros a possibilidade da padronização de seus indicadores, bem como a comparabilidade dos mesmos (GUEORGUIEV, 2018; CONTROLLAB, 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLINICA, 2022).

Diante dos preceitos da qualidade, principalmente nos laboratórios certificados e/ou acreditados, existem normativas onde pontos de atenção estão relacionados ao gerenciamento dos riscos das seguintes etapas: coleta, transporte e conservação das amostras biológicas, atendimento dos clientes (pacientes e médicos), cumprimento de prazos e cuidados com resultados críticos (MOTTA, CORRÊA & MOTTA, 2001; PLEBANI & et al, 2006).

Neste contexto, a gestão da medicina laboratorial deverá utilizar ferramentas estratégicas de gestão para identificar oportunidades de melhorias nas fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, visando à manutenção da excelência nas análises clínicas (CUSSIOL, 2009).

1.3. Ferramentas de Qualidade

Ao abordar o gerenciamento da qualidade, ferramentas são utilizadas como instrumentos que contribuem para a realização dos processos das instituições, além de possibilitar a identificação de falhas, colaborando assim para o gerenciamento dos serviços com foco na qualidade do atendimento prestado. Alguns exemplos dessas ferramentas são: Fluxograma, Diagrama de causa e efeito ou Diagrama de Ishikawa, Brainstorming, Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action), Ciclo SDCA (Standard, Do, Check, Action), SIPOC e os Indicadores de desempenho. (SILVA, MOREIRA, VASCONCELOS & et al, 2015).

2. OBJETIVO

Considerando o foco em obter uma certificação de qualidade para o hospital, o objetivo deste trabalho é descrever o início da padronização e as propostas de melhorias dos processos do Laboratório Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, utilizando as ferramentas de gestão da qualidade: SIPOC, PDCA e SDCA.

3. METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com caráter intervencionista, e uma abordagem qualitativa. A coleta de informações ocorreu durante o período de estágio de novembro de 2021 a março de 2022, junto ao Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no Laboratório Clínico do hospital em questão.

Optou-se por uma pesquisa qualitativa, que possibilita a leitura da realidade, pois, segundo Chizzotti (1995, p.79),

“[...] A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os

fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.”

A pesquisa inicia-se pela fase exploratória, que consiste em uma caracterização do problema e do objeto. Não busca resolver de imediato o problema, mas caracterizá-lo a partir de uma visão geral, aproximativa do objeto pesquisado.

O Laboratório conta com equipamentos tecnológicos e de ponta, que em 2021 possibilitaram a realização de, em média, 237.869 análises por mês, com amostras advindas da Região do Polo Cuesta, dos Postos de Saúde de Botucatu e de todo o Complexo Autárquico do Hospital. Atualmente, a estrutura física é constituída por 13 divisões, que serão tratadas neste trabalho como setores, que englobam na operação desde o recebimento até o processamento das amostras. Para este estudo foram envolvidos colaboradores dos seguintes setores: Recebimento de Exames, Central Única de Recebimento de Amostras (CURA) Interna e Externa, Laboratório de Urgência e Emergência, Laboratório de Citologia, Laboratório de Parasitologia, Laboratório de Bioquímica, Laboratório de Sorologia e Endocrinologia e Lavagem e Esterilização.

Para atingir o objetivo de iniciar a padronização e melhorias dos processos realizados no laboratório, as técnicas e instrumentos utilizados para coleta de informações sobre a operação foram: pesquisa de campo e entrevista não estruturada. A abordagem inicial foi feita com a gerência do Laboratório Clínico, que manifestou interesse nos trabalhos do NGQ e concordou com a metodologia de trabalho proposta, autorizando a introdução da padronização de processos, visando a manutenção e estabilização de resultados, por meio da fase S (Standard) do ciclo SDCA. Além de intervir para estabilizar processos, por meio do ciclo da padronização ou ciclo SDCA, também foi autorizado o trabalho do NGQ com foco em sugestões de melhorias, utilizando-se do PDCA.

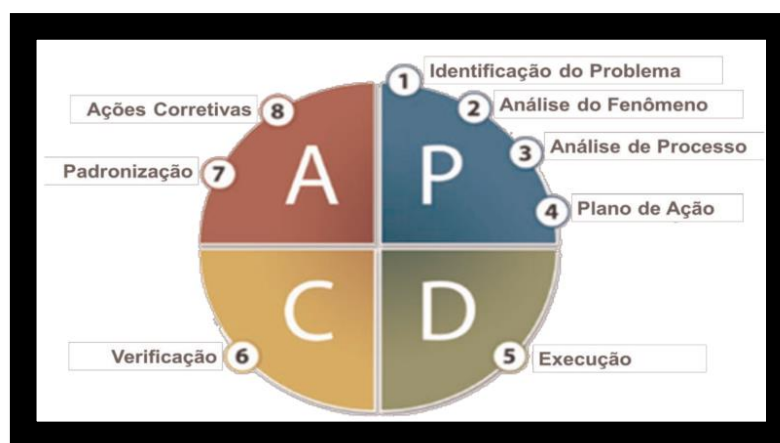
O Método PDCA é bastante utilizado ao se falar em qualidade, trata-se do ponto-chave do método gerencial. O método gerencial pode ser entendido como o fluxo que se segue para identificar problemas, traçar metas, alcançar melhores resultados e manter este novo desempenho. Assim, o objetivo do Método PDCA é

facilitar a análise, gestão e controle de um processo com foco em melhores resultados.

A melhoria contínua é composta por dois ciclos: O ciclo PDCA, para os resultados que se deseja melhorar; e o ciclo SDCA, para os resultados que se deseja manter/estabilizar.

O Ciclo PDCA é dividido em quatro quadrantes, onde cada um representa um momento da análise ou monitoramento de um processo. O Ciclo serve para estabelecer novos parâmetros, analisando o que necessita ser feito para alcançar melhorias, atuando na causa e estabelecendo novos controles para que um resultado anterior indesejado não aconteça novamente, conforme identificado na figura 1.

Figura 1: Esquema do Ciclo PDCA com itens que definem cada etapa.



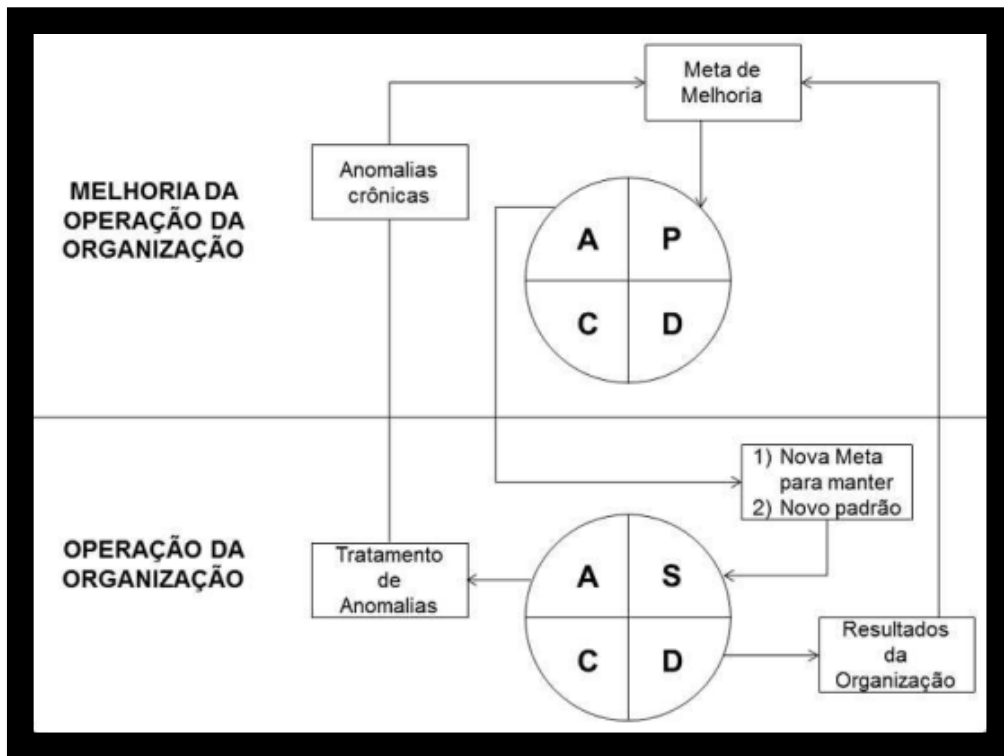
Fonte: FARIA, 2014

Após estabilização dos processos, por meio do ciclo de padronização - ou ciclo SDCA - se atinge uma consolidação, que leva a maior garantia de que a melhoria seja incorporada no processo de trabalho.

A passagem do ciclo PDCA para SDCA se dá no momento em que o foco passa da melhoria de resultados para a manutenção do novo resultado alcançado, por meio da estabilização do processo. Por esse motivo, todo o trabalho feito por meio do SDCA também é chamado de gerenciamento de rotina (CAMPOS, 2009). A figura 2 apresenta um resumo simples das etapas apontadas sobre o ciclo PDCA e o ciclo

SDCA, que evidencia e distingue de forma clara a diferença entre ambos: enquanto o primeiro tem seu foco na melhoria da operação da organização, o segundo possui seu foco na operação da organização, ou seja, na estabilização, na manutenção e na padronização das operações que suportam a melhoria alcançada.

Figura 2. Esquema demonstrativo da integração das ferramentas PDCA e SDCA



Fonte: FARIA, 2014.

Tendo essas ferramentas como base, os setores foram visitados, individualmente, com aproximadamente 3 visitas por setor, com observação direta da rotina de trabalho. As visitas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos responsáveis para apresentar as atividades e contribuir com informações sobre os processos.

Após a abordagem para conhecer os processos do setor, foi construído, de forma individual por setor, um Mapa de Processos (Figura 3), com base no Diagrama SIPOC, mas personalizando o material e adotando as alterações necessárias para a realidade.

Figura 3: Modelo de Mapa de Processos

MAPEAMENTO DE PROCESSO –				
1. Mapa do Processo: Subprocesso –				Elaboração/data:
2. Razão da Existência do Processo:				Revisão Número: Data: / /
3. Início do Processo:			3. Término do Processo:	
5. Fornecedores	4. Principais insumos	6. Principais Atividades do Processo	7. Produto	8. Clientes
5.1. Fornecedores Internos				
5.2. Fornecedores Externos				

Fonte: Núcleo de Gestão da Qualidade do HCFMB


O SIPOC é uma ferramenta de representação do processo que está sendo considerado para melhoria, usada em Gestão de Qualidade Total (GQT). Assemelha-se muito à lógica do gerenciamento da cadeia de suprimentos, mas é adaptado aos processos da organização. A descrição do processo pode ser feita da direita para a esquerda ou da esquerda para a direita. Se começar pelo lado direito, os seguintes elementos devem ser preenchidos (AGUIAR, 2012; GUEORGUIEV, 2018):

- Fornecedores: qual funcionário da organização ou qual parte externa é necessária para apoiar a implementação do processo, fornecendo recursos (inputs materiais e/ou informações) ao proprietário do processo;
- Entradas: as informações documentadas ou insumos necessários para gerenciar o processo;
- Etapas do processo: atividades que são aplicadas no processo de acordo com o processo interno da organização;
- Saídas: resultados alcançados como resultado da etapa do processo;
- Clientes: semelhantes aos 'Fornecedores', podem ser tanto internos quanto externos. Este último segmento do SIPOC lista os colaboradores ou demais interessados que são informados sobre os resultados alcançados e/ou que os esperam para iniciar uma atividade ou um processo próprio.

O mapa foi construído com base na observação direta dos processos de trabalho e validado com os responsáveis, sendo entregue de forma impressa para que os responsáveis pelos setores opinassem e alterassem de acordo com suas percepções de realidade da rotina.

Além de entender as principais atividades do processo, também foi pensado em conjunto com os funcionários sobre qual Procedimento Operacional Padrão (POP) precisaria ser descrito e documentado ou revisado, com o objetivo de padronizar tarefas e atividades da área e fortalecer a introdução da gestão do conhecimento. Os POPs foram construídos ou adequados de acordo com o modelo representado na figura 4.

Figura 4: Modelo de Procedimento Operacional Padrão

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP GERÊNCIA DE ENFERMAGEM Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n – Unesp - Campus de Botucatu CEP. 18618-687 – BOTUCATU – SÃO PAULO – BRASIL. TEL. (14) 3811-6220 (14) 3811-6000	POP XX 0XX - Pág.: 1 / 1
	PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO	Emissão: Revisão nº: Última Revisão:
POP XXX -		
<p>1. OBJETIVO:</p> <p>2. ABRANGÊNCIA:</p> <p>3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:</p> <p>3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's):</p> <p>3.2. Materiais Específicos para o Procedimento:</p> <p>4. PROCEDIMENTOS:</p> <p>Escrever todos os itens do procedimento, passo a passo. Sempre começar com o verbo no infinitivo.</p> <p>5. CONTINGÊNCIA: situações não previstas no POP, exceções que podem ocorrer.</p> <p>6. OBSERVAÇÕES: informações e particularidades sobre o procedimento.</p> <p>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: referências utilizadas para escrever a técnica do procedimento. Utilizar como referências: artigos científicos recentes, livros atualizados, parecer de conselho profissional.</p>		

Fonte: Núcleo de Gestão da Qualidade do HCFMB

A cada setor com os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) confeccionados ou revisados, uma reunião foi feita com a gerência do Laboratório Clínico, buscando validação e aprovação dos documentos. Todos os documentos continham um rodapé de identificação, seguindo modelo da figura 5.

Figura 5: Rodapé do Procedimento Operacional Padrão

Elaboração: NO máximo 3 autores	Aprovação:
	Aprovação CCIRAS
Revisão:	Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

Fonte: Núcleo de Gestão da Qualidade do HCFMB

O apontamento de melhorias foi feito com base em literatura científica e legislações vigentes.

4. RESULTADOS

O quadro 1 traz os resultados obtidos através da aplicação do PDCA, enquanto o quadro 2 mostra os resultados da padronização, através do SDCA. De forma geral, a partir das coletas ao longo do estudo foram construídos 10 mapas de processos (SIPOCs). No total foram confeccionados 53 POPs, todos em conjunto com os colaboradores que estão no dia-a-dia executando a operação. Foram realizadas 3 reuniões com a gerência para validação dos POPs e apontamento de melhorias. Ao todo, 23 pontos de melhorias, sugestões e constatações foram indicadas formalmente, a partir da observação dos processos, evidenciando a relevância de acompanhar de perto a execução, abrindo margem para avaliação e identificação de erros, que mesmo pequenos, fazem diferença na operação.

PDCA – Fase P	Resultados
Identificação do Problema	A problemática central identificada foi a falta de documentos padrão formalmente registrados em uma base de acesso comum; e a falta de dados coletados para construir indicadores e uma base histórica.
Análise do Fenômeno	10 mapas de processos preenchidos

Analise do Processo	3 reuniões; levantamento de diferentes perspectivas com funcionários das áreas em visitas aos laboratórios.
Plano de Ação	Documento com 23 pontos de melhorias que foram identificados dentro dos processos. Para cada ponto foi trazida a problemática atual e a sugestão de melhoria para erradicar ou amenizar o risco causado pelo problema.

Quadro 1. Resultados da fase P do PDCA

SDCA	Resultados
Padronização	Confecção e revisão de POPs, totalizando 53 documentos em conjunto com os colaboradores das áreas.

Quadro 2. Resultados da fase S do SDCA

5. DISCUSSÃO

Durante o estudo se percebeu que o laboratório, que já opera há mais de 28 anos dentro do HCFMB, trabalha com noções de padronização de processos, porém, sem que estejam formalmente registrados em documentos em uma base de acesso comum. Viu-se que muitos processos estão padronizados e documentados em cadernos e apostilas que ficam dentro dos setores e estavam desatualizados. Na área da saúde, mais do que buscar atender os desejos dos clientes, busca-se continuamente otimizar processos, visando minimizar os riscos à vida dos pacientes, atitude essa materializada no fornecimento de informações diagnósticas consistentes e fidedignas. Dessa forma, é possível evidenciar a expressiva importância que os processos que controlam a qualidade do produto e serviço fornecido pelo laboratório clínico têm nesse contexto.

Essa preocupação com a padronização e melhorias de processos se faz cada vez mais relevante, uma vez que, dentre definições e conceitos fundamentais, um ponto que se destaca é a conexão intrínseca existente entre Qualidade e Segurança, podendo dizer que mais segurança promove qualidade superior e com menos custos (BITTAR, 2000). Por isso, os serviços de saúde estão buscando cada vez mais preponderar pela qualidade e segurança do cuidado, gerando uma cultura de segurança, que estimula a notificação de eventos adversos (EAs), caso ocorram durante a prestação assistencial e diagnóstica, os quais podem indicar a presença de falhas nos processos de trabalho. Além disso, ao passo que novas tecnologias de apoio ao diagnóstico emergem e novos protocolos são incorporados à rotina, constata-se a necessidade de atualização dos processos padronizados, para que melhorias sejam incorporadas.

Durante a construção dos mapas de processo, pode-se notar similaridades com as entradas (principais Insumos) e saídas (produtos) e o cliente final dos mapas de processos dos laboratórios. O insumo mais encontrado são as diferentes amostras biológicas (urina, fezes, sangue, líquor ou escarro) que chegam para ser processadas até gerarem um laudo diagnóstico, que será destinado ao médico solicitante e diz respeito à assistência individual de um paciente. Nota-se que o fluxo de funcionamento desses setores segue um padrão mínimo de inputs e outputs, porém as tarefas e atividades são condicionadas a especificidades das análises necessárias. Por exemplo, enquanto o laboratório de parasitologia necessita de 9 Procedimentos Operacionais Padrão (POP), o laboratório de bioquímica precisa de 5 POPs para guiar seus processos. Isso se dá porque o Laboratório de Parasitologia conta com análises manuais, que exigem do executor uma descrição detalhada e completa do passo-a-passo, enquanto que no Laboratório de Bioquímica, a maioria das análises são feitas de forma automatizada, ficando a cargo do colaborador entender as manutenções, calibrações, controle diário e atenção que é preciso ter com o equipamento para que a análise seja concluída.

5.1. Pontos de melhoria identificados nos processos

Durante o mapeamento de processos e confecção e revisão de POPs, notou-se que a área de recebimento e distribuição das amostras ainda não conta com um

fluxo ágil e livre de erros, e isso pode se dar pelo fato de ser um processo conduzido integralmente por pessoas. Esse processo ainda não é mensurado por nenhuma métrica de qualidade, o que dificulta que a fase P do Ciclo PDCA seja feita de maneira efetiva e melhorias sejam propostas e incrementadas, pois não se tem base de dados histórica.

As amostras que vêm dos Postos de Saúde e Cidades do Polo Cuesta seguem um fluxo logístico que envolve diversos deslocamentos da amostra. A amostra passa pelas mãos de diversos profissionais diferentes, o que pode abrir margem para perda de amostras e desvios da qualidade que serão percebidos por outros setores durante a evolução do processo. O fluxo das amostras dentro do laboratório abre margem para revisão e melhorias.

Além disso, os profissionais que recebem as amostras não são treinados para identificar frascos e colocá-los nas estantes com identificação correta do laboratório de destino. Quando as estantes chegam no elevador do Laboratório de Urgência e Emergência para serem distribuídas, também ocorrem erros, como por exemplo, as amostras de microbiologia que são entregues na parasitologia ou vice-versa. Esse processo observado foi documentado e levado para a gerência com sugestão de implementação de melhorias e aplicação de treinamentos para os funcionários.

Conforme o estudo avançou ficou evidente que o período de estágio foi menor que o tempo necessário para o desenvolvimento pleno do projeto de padronização e implementação de melhorias, através dos ciclos PDCA e SDCA, considerando a magnitude do laboratório e que em janeiro passamos por mais uma onda de casos da COVID-19, que fez com que o número de funcionários dos setores fosse reduzido, em alguns períodos, em decorrência de afastamento compulsório por acometimento da doença, não foi possível desprender a atenção esperada para a padronização e melhorias de processos.

Após esse primeiro passo, o ciclo continua e é necessário o treinamento dos funcionários com base nos documentos padronizados e a atenção constante da gerência sobre as melhorias. A documentação e gestão do conhecimento acerca dos processos é muito importante, mas as fases de execução e checagem, que deve vir a

seguir no ciclo do SDCA, serão primordiais para garantir o sucesso da padronização, uma vez que os funcionários precisam passar pelo treinamento e um colaborador em nível de liderança tem a função de acompanhar o processo sendo realizado na prática para garantir sua conformidade com o que foi descrito.

Como trazido por outros estudos teóricos e observado aqui na prática, considerando que as ferramentas são cíclicas, e não pontuais, as organizações sempre apresentarão pontos a melhorar, mesmo quando tudo parece ir bem (FARIA, 2014). Ou seja, será necessário melhorar os resultados constantemente (ciclo PDCA) e, quando a meta de melhoria for alcançada, é necessário mantê-la, estabilizando os processos já padronizados e treinados (ciclo SDCA).

Um passo futuro e importante é a definição de indicadores laboratoriais, que auxiliarão o laboratório na criação de uma base histórica, em relação à inconformidades, produção e outros aspectos que precisam ser avaliados de forma periódica pensando na gestão da qualidade do serviço prestado. Os indicadores permitem comparações internas ou com outros serviços de mesmas características e são denominados na gestão da qualidade, como itens de controle (RICÓS, GARCÍA & FUENTE, 2004).

O laboratório participa de um Controle Externo de Qualidade (CQE), pelo programa do Controllab, porém, apesar do CQE, o laboratório não conta com indicadores laboratoriais gerenciais e de processo. Não existe atualmente uma estrutura que colete informações de rotina que auxiliam e direcionam os gestores na tomada de decisão e entendimento de lacunas nos processos e operações.

Considerando que dentro do sistema de gestão, a rotina é o ponto mais crítico no que tange resultados (CAMPOS, 2013; CAMPOS, 2009), entende-se que a padronização de processos é a etapa inicial e essencial para que se alcance maturidade dentro da estrutura organizacional. Assim, os POPs, baseados em boas práticas, são os primeiros passos e a proposta do NGQ é continuar o trabalho até a implementação de indicadores.

Depois que o trabalho for finalizado e todos os POPs estiverem aprovados, será feita divulgação na IntraNet do HCFMB, que funciona como um portal único de acessibilidade e transparência para todos os funcionários, em relação aos diferentes processos dentro da organização.

Ainda, a eficiência do processo depende da participação de todos os envolvidos, garantindo, dessa maneira, os benefícios contínuos. Assim, torna-se necessário e essencial o acompanhamento do processo para garantia da qualidade.

6. CONCLUSÃO

Partindo da pesquisa feita, dos objetos analisados e dos documentos desenvolvidos, fica evidente que qualidade é um conceito importante e vem ganhando relevância na área da saúde, no que tange a excelência da assistência, diagnósticos oferecidos e satisfação dos usuários. Esse estudo, por sua vez, é trazido como um primeiro passo de padronização de processos, enfatizando a importância de se entender, mesmo que de forma básica, sobre Qualidade e Segurança do Paciente. As ferramentas de PDCA e SDCA apresentadas, que se destacam no gerenciamento e como um modelo de gestão, se mostram promissoras para serem aplicadas em diferentes áreas, trazendo bons resultados para muitas organizações (CORREA, 2013).

A partir do que foi desenvolvido até aqui, mostra-se necessário que novos trabalhos sejam realizados para que se atinja um nível em que os objetivos estratégicos, definidos pela alta liderança, consigam ser desdobrados e refletidos em ações de melhorias pelos profissionais de saúde.

Contudo, pode-se concluir que cabe aos gestores o desafio de implementar, na sua área de atuação, o trabalho com a visão de busca por qualidade. Para isto, eles precisam:

- Manter os seus conhecimentos atualizados e incentivar que os colaboradores ampliem e atualizem os próprios conhecimentos;

- Treinar a equipe de colaboradores, visando difundir os conceitos e a importância da padronização dos processos;
- Envolver as equipes na construção dos POPs, baseando-se nas boas práticas e nas evidências científicas mais atuais;
- Identificar e padronizar, em conjunto com as equipes, indicadores que impactem no resultado que se deseja melhorar;
- Treinar as equipes sobre o preenchimento de indicadores;
- Analisar criticamente os indicadores em conjunto com as equipes, periodicamente;
- Agir em relação as necessidades de melhorias que forem identificadas, com a ajuda dos indicadores e de eventos adversos que, por ventura, ocorrerem.

Estas ações garantirão que as equipes dos laboratórios mantenham-se caminhando dentro da ideia de melhoria contínua, que é a proposta do PDCA, com suporte do SDCA para estabilização dos resultados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, S. Integração das Ferramentas da Qualidade ao PDCA e ao Programa Seis Sigma, 2012. Série Ferramentas da Qualidade, v. 1. Nova Lima – MG: INDG Tecnologia e Serviços LTDA, p. 230. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1589>.

ALGARTE, W.; QUINTANILHA, D. A história da qualidade e o programa brasileiro da qualidade e produtividade. Rio de Janeiro: INMETRO/SENAI, 2000.

ANVISA, Ministério da Saúde. Resolução – RDC nº 302 de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Diário Oficial da União, n. 198, 14 de out de 2005.

ANVISA. Qualidade nos Serviços de Saúde, 2018. Qualidade e Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: noções gerais, p. 13.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2000, v. 46, n. 1 [Acessado 27 Outubro 2022], p. 70-76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000100011>>. Epub 14 Abr 2000.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – parte II. Rev Adm Saúde, v. 6, n. 22, 2004.

CAMPOS, V. F. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia. 9. ed. Nova Lima – MG: Falconi, p. 266, 2013.

CAMPOS, V. F. O verdadeiro poder: práticas de gestão que conduzem a resultados revolucionários. 1. ed. Nova Lima – MG: Falconi, p. 159, 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Cenário dos hospitais no Brasil, 2022. Disponível em <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2022/07/CNSAUDE-FBH-CENARIOS-2022.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

CONTROLLAB. Nossa história. Página inicial. Disponível em <<https://controllab.com/empresa/#nossa-historia>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

CORREA, C. Sonho Grande: Como Jorge Paulo Lemann, Marcel Telles e Beto Sicupira revolucionaram o capitalismo brasileiro e conquistaram o mundo. Rio de Janeiro: Sextante, p. 264, 2013.

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2009, v. 18, n. 4 [Acessado 27 Outubro 2022], p. 661-669. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>>. Epub 29 Jan 2010.

CUSSIOL, Andrea Kanashiro. "O impacto da tecnologia da informação sobre os indicadores de desempenho, qualidade e econômicos de um laboratório clínico de médio porte." Disponível em <<https://hdl.handle.net/20.500.12733/1610382>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

DONABEDIAN, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan (USA): Health Administration Press, p. 77-125, 1980.

FARIA, Cesar Cabral. A aplicação do método gerencial e do ciclo PDCA para melhorar os resultados e o potencial de uma organização. Limeira, SP: [s.n.], 25 f, 2014.

GUEORGUIEV, T. Improving the internal auditing procedure by using SIPOC diagrams, 2018. Journal of Innovations and Sustainability, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 35-43. Disponível em: <http://www.is-journal.com/is/article/view/51>. Acesso em: 3 aug. 2022.

HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Nossa Filosofia. Disponível em <<https://site.hcrp.usp.br/missao-visao-valores/>>. Acesso: 27 de outubro de 2022.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. Núcleo da Assistência Médico-Hospitalar; Editora Fundação Peirópolis, 1998.

MARTIN, R. A., Costa Neto, P. L. O. Indicadores de desempenho para a gestão pela qualidade total: uma proposta de sistematização. *Gestão e Produção*, São Carlos, v. 5, n. 3, p. 298–311, 1998.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado de saúde. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, p. 27-40. ISBN 978-85-7541-641-9. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>.

MEDICINACASA. Apenas 6,5% dos hospitais no brasil são acreditados, Disponível em < <https://medicinasa.com.br/hospitais-acreditados/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

MIRANDA, S. V.; SREIT, R. H. O Processo de Gestão da Informação em Organizações Públicas. I Encontro de Administração da Informação - EnADI/2007. Florianópolis-SC, Out 2007.

MIRANDA, Silvânia Vieira de. A gestão da informação e a modelagem de processos, 2010. Disponível em<<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1589>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

MOTTA, V. T., Corrêa J. A., Motta L. R., 2ed. *Gestão da Qualidade no Laboratório Clínico*. Porto Alegre. RS, 2001.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Mapa de acreditações, 2022. Página inicial. Disponível em <<https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

PENA, Mileide Morais et al. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2013, v. 47, n. 05 [Accessed 27 October 2022], p. 1227-1232. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>>.

PLEBANI M., Ceriotti F., Messeri G. et al. Laboratory network of excellence: enhancing patient safety and service effectiveness. *Clin Chem Lab Med*, v. 44, n. 2, p.150-160, 2006.

RICÓS C., García V. M., Fuente B. Quality indicators and specifications for the extra-analytical phases in clinical laboratory management. *Clin Chem Lab Med.*, n. 42, p. 578-82, 2004.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 85, p. 65-82, 2009.

SILVA K., Moreira J. A. A., Vasconcelos LT et al. GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: MODELO GERENCIAL EM DESENVOLVIMENTO. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. v. 06, n. 01, p. 617-32, 2015.

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Quem somos. Página inicial. Disponível em <<https://acreditacao.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Laboratórios Acreditados pelo Brasil. Pagina inicial. Disponível em <<https://www.sbpc.org.br/pt/qualidade/laboratorios-acreditados-pelo-brasil>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

UNICAMP. Missão, Visão e Valores. Pagina inicial. Disponível em <<https://hc.unicamp.br/missao/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

VIEIRA, Keila Furtado et al. A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* [online]. 2011, v. 47, n. 3 [Acessado 27 Outubro 2022], p. 201-210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1676-24442011000300002>>.

VIEIRA, L. M. F. SBPC/ML: 60 anos. *J Bras Patol Med Lab*, v. 40, n. 3, Editorial, 2004.