

ESTUDO DOS MECANISMOS DE CORREÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE HOSPITALAR.

STUDY OF MECHANISMS FOR CORRECTING HOSPITAL NON-COMPLIANCE.

Urano Ribeiro Cruz Guimarães¹

Ovídio Alberto R. Laraich²

RESUMO

Este trabalho visa estudar os mecanismos de correção de não conformidade hospitalar, com foco na melhoria contínua dos processos e na segurança do paciente. A não conformidade hospitalar ocorre quando os serviços de saúde não atendem aos padrões estabelecidos pelas normas e regulamentos, resultando em riscos potenciais para os pacientes. Inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica para compreender as causas, consequências e ferramentas de identificação de não conformidades hospitalares. Foram levados em consideração os métodos de avaliação do Sistema de Acreditação Brasileiro (ONA) para a construção da fundamentação teórica deste trabalho. O estudo planeja utilizar um caso real de uma instituição de saúde em Goiânia que possui o nível prata da acreditação ONA, e utiliza-se de exemplos do Hospital Amparo LTDA para que sejam comparados com a bibliografia utilizada, de forma que, obtenham-se resultados da eficiência e qualidade da correção de não conformidade utilizada na realidade de uma organização. Espera-se que este estudo contribua para o conhecimento dos mecanismos de correção de não conformidade hospitalar, fornecendo subsídios para a implementação de medidas efetivas de prevenção, correção e melhoria contínua nos serviços de saúde. A qualidade e segurança do atendimento hospitalar são fundamentais para proteger a vida e o bem-estar dos pacientes.

Palavras-Chave: Não-Conformidades, eficiência, mecanismos.

ABSTRACT

This work aims to study the mechanisms for correcting hospital non-compliance, focusing on continuous process improvement and patient safety. Hospital non-compliance occurs when healthcare services do not meet the standards established by norms and regulations, resulting in potential risks for patients. Initially, a literature review was conducted to understand the causes, consequences, and tools for identifying hospital non-compliances. The evaluation methods of the Brazilian Accreditation System (ONA) were taken into consideration to build the theoretical foundation of this work. The study plans to use a real case from a healthcare institution in Goiania that holds the silver level of ONA accreditation, and examples from Hospital Amparo Ltda will be used for comparison with the literature, in order to obtain results on the efficiency and quality of non-compliance correction used in the reality of an organization. It is expected that this study will contribute to the understanding of mechanisms for correcting hospital non-compliance, providing support for the implementation of effective measures for prevention, correction, and continuous improvement in healthcare services. The quality and safety of hospital care are essential for protecting the lives and well-being of patients.

Keywords: Non-compliance, efficiency, mechanisms

¹ Acadêmico do Curso de Administração da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – uranoribeiro10@hotmail.com

² Mestre em Engenharia de Produção com ênfase em Planejamento Estratégico (UFSC) Professor Efetivo do Curso de Administração PUC Goiás – laraich@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Durante o curso de Administração é constantemente estudada a gestão da qualidade nas organizações, utilizando de exemplos de grandes empresas como forma de estudo de caso. Na área hospitalar, essa gerência da qualidade dos processos que os hospitais realizam é de extrema importância, já que existe pouca abertura para os erros na rotina de um hospital.

Essa revisão de processos é realizada para melhorar a qualidade, segurança e eficiência dos serviços que nos hospitais podem se estender por diversas áreas, desde a área de serviços médicos (atendimentos de emergência, consultas e exames), até as vendas de medicações, hotelaria (internação), cozinha e lavanderia. Logo, é um trabalho de alta dificuldade e de constante realização que necessita de uma auditoria, tanto interna quanto externa, para a avaliação dos processos, assim a acreditação interfere mediante o acompanhamento e monitoramento dos resultados.

A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões definidos, reconhecidos internacionalmente. A organização responsável por realizar a acreditação é o Sistema de Acreditação Brasileiro (ONA), que possui uma metodologia de ensinamento e auxílio às organizações que buscam o certificado. Os níveis de certificação da ONA são ordenados em três: Nível 1 – Acreditado; Nível 2 – Acreditado Pleno e Nível 3 – Acreditado com excelência.

O Sistema de Acreditação Brasileiro (ONA), têm sua implantação nos hospitais brasileiros para a correção das deficiências no sistema hospitalar, analisando e revisando os requisitos do sistema de gestão da qualidade. O processo de acreditação realizado pela ONA é baseado na apresentação de indicadores e métodos de correções de não conformidades nos sistemas, utilizando da qualidade e eficiência das respostas à essas conformidades ou não conformidades, como medição para o “nível” que a empresa será avaliada.

Evidentemente, a qualidade e eficiência de serviços médicos hospitalares são ditados pela assistência e controle do paciente, levando em consideração fatores como velocidade de atendimento, tratamento dos pacientes e qualidade de equipamentos e medicações utilizadas. Logo, todos os processos ligados aos fatores citados, são utilizados como indicadores de desempenho para a acreditação.

Neste trabalho, o objetivo é abordar todas as atividades realizadas pela acreditação em um hospital, abordando visões de autores renomados e exemplos de hospitais que passaram por todo esse processo, tendo em vista que é fomentada a necessidade dos sistemas hospitalares de se adequarem aos padrões pedidos pela ONA, assim, revisando todos os processos e mecanismos que são realizados no local.

Nesse sentido a pesquisa se utilizará de exemplos reais de um hospital de nível 2 de certificado com a ONA, para que assim seja visto quais são as maneiras de se evoluir na avaliação da acreditação, de acordo com os padrões estabelecidos e o que pode ser melhorado num futuro próximo para se alcançar níveis maiores. Com essa finalidade, será necessário um conhecimento de como são os processos de uma organização de nível 2 de acreditação, levando em consideração, as exigências por parte do Sistema de Acreditação Brasileiro e como elas se traduzem para a realidade de um hospital.

O objetivo geral da pesquisa é estudar a percepção dos funcionários sobre os processos de correção de não conformidade no Hospital Amparo Ltda. E objetivos específicos de: levantar os requisitos dos processos necessários para esse fim; conhecer o sistema de planejamento e revisão desses processos; verificar o registro e documentação que regula o funcionamento; mapear o processo decisório e os papéis dos atores, identificando a distribuição de atribuições e responsabilidades das partes; levantar o fluxo da informação, guarda, manutenção e recuperação de informações; conhecer os prazos e métodos do sistema como um todo.

A realização desta pesquisa se justifica porque, as ações de correção de uma organização ajudam a encontrar práticas e ferramentas que melhoram a eficiência da resposta aos problemas encontrados na empresa, dessa forma, prevenindo a ocorrência de novas não conformidades no futuro, já que, permite que sejam identificadas as causas raiz dos problemas e implementar medidas para combatê-los.

Em conjunto, os mecanismos de correção de não conformidades abrem possibilidades para melhorias contínuas no processo produtivo e nos procedimentos da empresa e evitar sanções e prejuízos financeiros que possam ser causados pelas não conformidades.

A pergunta que a pesquisa pretende responder é: Como funcionam os mecanismos de correção de não conformidade no Hospital Amparo Ltda.?

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Mecanismos de reparação de acordo com a ISO 9001.

Quando se é falado de ações de correção de não conformidade, a associação com a Gestão da Qualidade se torna inevitável, pois, os estudos dessa vertente do curso de Administração se baseiam em princípios e filosofias japonesas de melhoria contínua, como as metodologias Kaizen e 5S.

Portanto, como já foi entendido que o tema está vinculado à questão da qualidade, não se pode deixar de referenciar a ABNT NBR ISO 9001, que essencialmente, é uma norma internacional que estabelece os requisitos para um sistema de gestão da qualidade (SGQ) em uma organização. A norma ISO 9001 define uma série de processos e procedimentos que devem ser seguidos por uma empresa para garantir a qualidade de seus produtos ou serviços e a satisfação do cliente.

Logo, conforme previsto na ISO 9001(2008), os mecanismos de auditoria interna, também são considerados mecanismos de correção contínua. Um programa de auditoria deve ser planejado, levando em consideração a situação e a importância dos processos e áreas a serem auditadas, bem como os resultados de auditorias anteriores. Os critérios da auditoria, escopo, frequência e métodos devem ser definidos. A seleção dos auditores e a execução das auditorias devem assegurar objetividade e imparcialidade do processo de auditoria. Os auditores não devem auditar seu próprio trabalho.

A administração responsável pela área que está sendo auditada deve assegurar que quaisquer correções e ações corretivas necessárias sejam executadas, em tempo hábil, para eliminar não-conformidades detectadas e suas causas. As atividades de acompanhamento devem incluir a verificação das ações executadas e o relato dos resultados de verificação.

2.2 Requisitos e Fundamentos do manual ONA (2022)

O entendimento do conceito de qualidade na área hospitalar é considerado multidimensional para o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), ou seja, ele é baseado na metodologia, conceitos e fundamentos da gestão de saúde que caracterizam a metodologia do órgão. Esse sistema serve de base para as instituições hospitalares brasileiras seguirem, caso desejem a melhora dos processos, logo, se tornando pré-requisitos na busca da acreditação. Consequentemente, os requisitos que são informados pelo Roteiro de Construção do Manual Brasileiro de Acreditação ONA (2022, p.25), são utilizados em hospitais no Brasil.

Os requisitos são: segurança, consiste evitar lesões aos pacientes pelos cuidados que se destinam a ajudá-los; efetividade, consiste em prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos que poderiam se beneficiar e abstendo-se de prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiariam (evitando subutilização e mau uso), é não cometer excessos, muito menos deixar de realizar quaisquer medidas, desde que sempre seja observado o princípio de fazer a coisa certa, para a pessoa certa, na hora certa; centralização do paciente, consiste em fornecer cuidados que respeitam e respondem às preferências, às necessidades e aos valores individuais dos pacientes/clientes, garantindo que os valores dos pacientes/clientes orientem todas as decisões clínicas; oportuna, reduzir as esperas e, por vezes, os atrasos prejudiciais, tanto para quem recebe quanto para aqueles que prestam cuidados; eficiência, consiste em oferecer uma assistência aos pacientes/clientes de maneira racional, evitando desperdícios, sem excessos, seja na utilização de equipamentos, leitos, suprimentos, energia, recursos humanos, seja na realização de exames, procedimentos, até mesmo na sugestão de ideias; e equidade, consiste em fornecer cuidados que não variam em qualidade devido a características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Em conjunto com as informações citadas, o manual ONA lista os fundamentos de gestão da saúde que caracterizam a metodologia utilizada na avaliação das organizações, estas são mostradas na Figura 1.

Visão Sistêmica	Forma de entender a organização como um sistema integrado, em que todos os processos da organização estão interligados e suas relações são de interdependência. Por ser um sistema integrado, o desempenho de um componente e/ou processo do sistema pode afetar não apenas a própria organização, mas todas as suas partes interessadas.
Liderança	Mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo fatores que afetam a organização no curto e no longo prazo, visando à sua sustentabilidade.
Gestão por processos	Gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e às estratégias da organização, focando constantemente as necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e na análise do desempenho dos resultados

	dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.
Desenvolvimento de pessoas	Engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, por meio do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.
Governança clínica	Estrutura por meio da qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade de seus serviços e salvaguardar altos padrões de atendimento, criando um ambiente favorável à excelência em atendimento clínico. São componentes da governança clínica a efetividade clínica, a auditoria clínica, o gerenciamento de riscos, a comunicação clara e transparente, a pesquisa e a educação perante e o desenvolvimento de profissionais.
Integralidade e continuidade do cuidado	Integração de ações preventivas, curativas, individuais e coletivas nos cuidados em saúde, refletidas na articulação da continuidade dos cuidados entre os componentes do sistema e os níveis de atenção em saúde, ou seja, entre ações preventivas e assistenciais, buscando um atendimento integral com ênfase na prevenção sem descuidar da assistência aos pacientes/clientes e às comunidades.
Responsabilidade Socioambiental	Relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e da minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos.
Cultura da Inovação	Promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.
Melhoria contínua	Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.

Ética e transparência	Condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados.
Natureza não prescritiva	Ausência de recomendação sobre métodos, técnicas e ferramentas a serem escolhidos para alcançar os padrões estabelecidos.
Alta confiabilidade	Compromisso no desenvolvimento e na disseminação da gestão de riscos e cultura da segurança do paciente em todos os níveis da organização, além de respostas em modo e tempo oportunos, demonstrando constante busca pelo alto grau de confiabilidade de suas atividades.

Figura 01. Fundamentos de gestão da saúde

Fonte: ONA (2022)

2.3 Não conformidades

A necessidade do reparo dos processos em uma instituição hospitalar é evidente, seja por conta da busca por melhoria da organização ou por uma certificação de um órgão reconhecido internacionalmente por avaliar as correções hospitalares. No entanto, é preciso o conhecimento de ferramentas para a realização destas ações corretivas, ou seja, é essencial a utilização de diferentes ferramentas para a solução de diferentes problemas.

Em conjunto com as ferramentas citadas, é indispensável a participação de todos os gestores dos setores hospitalares e apoio da direção para a realização de todos os processos de correção. Desde a parte da detecção, comunicação, designação de reparação e prazo para o ajuste deve ser comandado pelo gestor de qualidade da empresa.

Como a principal forma de serviço de uma organização hospitalar é assistencial, a opinião dos pacientes a respeito de problemas nas ações realizadas deve ser priorizada, como forma de identificação. A coleta das opiniões pode ser feita por meio de portais de *feedback*. Como diz Moscovici (1997, p.53) “o *feedback* ajuda na mudança de comportamento, informando as pessoas ou grupo, sobre suas ações que estão interferindo nas ações de outras pessoas. Sendo eficaz, o *feedback* ajuda a quem o recebe e melhorar o seu desempenho a fim de alcançar seus objetivos”.

Logo, a correta utilização deste meio de comunicação pelo gestor da qualidade, reflete na melhora do desempenho de toda a organização. Após o recebimento dessas informações, estas são repassadas para os gestores de cada setor para a correção e relatório de erros, que depois são revisados nas reuniões periódicas da empresa.

No entanto, como a finalidade é a melhoria contínua, a revisão dos processos hospitalares é utilizada também para a identificação de não conformidades, para isso, são utilizadas as ferramentas citadas a seguir.

2.3.1 Ciclo PDCA

Werkema (1995, p.17) define o ciclo PDCA como “um método gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance de metas necessárias à sobrevivência de uma organização”. Considerando o meio que está em questão, a área da saúde se beneficia dessa ferramenta na revisão das ações que precisam de melhorias constantes, já que, a interrupção desse processo é, na maioria das vezes, inviável. A figura 2 mostra o ciclo do PDCA.

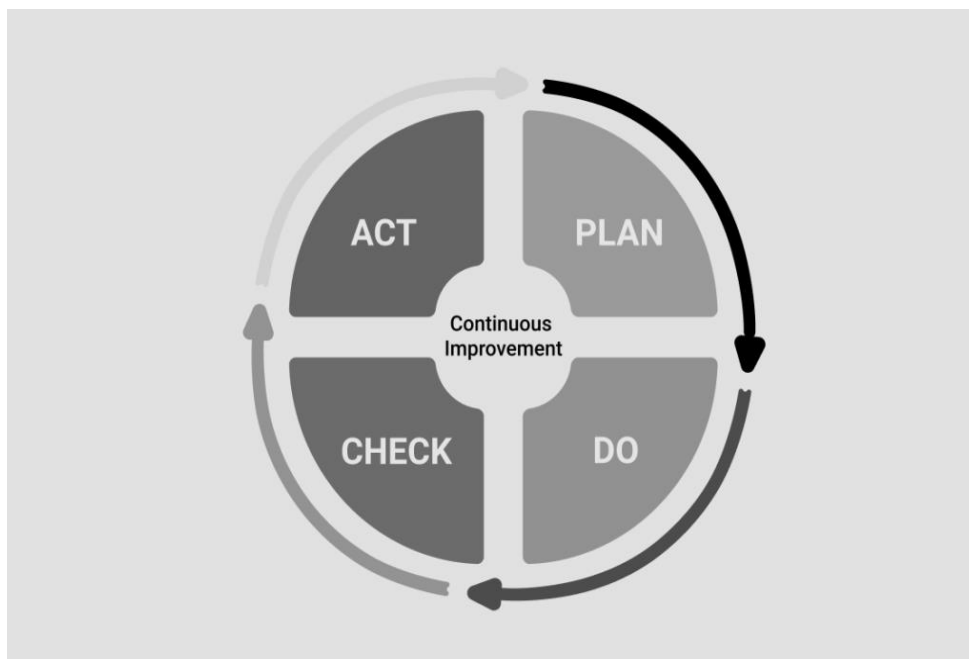


Figura 02. Ciclo do PDCA

Fonte:<https://enginebr.com.br/ciclo-pdca-projetos-transformacao-digital-industria/>

Segundo Deming (1990) o ciclo PDCA é organizado em quatro etapas ou fases para organizar as melhorias em ciclos sucessivos que determinam os resultados esperados, estas etapas são: *Plan* (Planejar): Primeira etapa do ciclo, que consiste no estabelecimento de metas ou objetivos que desejam ser alcançados pelo plano; *Do* (Execução): Segunda etapa do ciclo, onde o planejamento feito anteriormente é colocado em prática, informando todos os colaboradores do plano e dos objetivos e as funções a serem realizadas; *Check* (Checagem): Nesta etapa, é avaliado como está o andamento da execução do planejamento feito, e logo, é a fase em que são encontrados os erros, basicamente por comparar o resultado alcançado no momento com os objetivos finais do planejamento inicial; e *Act* (Ação): Na etapa final do ciclo, é onde entra a atuação da gerência em relação aos problemas que foram identificados na fase de checagem, as ações corretivas são tomadas e, dessa forma, modificando o planejamento do processo para que este se encaixe melhor na empresa.

Evidentemente que, para o contexto hospitalar, o ciclo PDCA é uma ferramenta de extrema importância, tanto pela facilidade de utilização quanto pelo fato de não interrupção das ações tomadas, assim, realizando a correção das não conformidades, enquanto o processo ainda está em andamento. Dito isso, é possível entender que, o grande foco do setor de saúde deve ser nas duas últimas etapas do ciclo, na intenção de reavaliação dos processos continuamente, logo, não afetando o atendimento do paciente enquanto as medidas corretivas são implementadas.

2.3.2 Fluxograma

No ano de 1921 os engenheiros Frank e Lilian Gilbreth apresentaram o fluxograma para a *American Society of Mechanical Engineers* (ASME, ou Sociedade Estadunidense de Engenheiros Mecânicos). Desde então, a ferramenta foi aprimorada e padronizada para otimizar os processos em diversos setores. Segundo Reis (2010, p.121) “o fluxograma consiste em mapear os fluxos e os processos de trabalho criando-os por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe”.

Um fluxograma é uma ferramenta visual que representa todo um processo por meio de uma simbologia gráfica como linhas, setas, formas geométricas e descrições para demonstrar o fluxo de ações. O objetivo principal é a demonstração simples e didática de um processo ou sistema complexo que facilita a compreensão e análise para a melhoria dos processos (Figura 03).

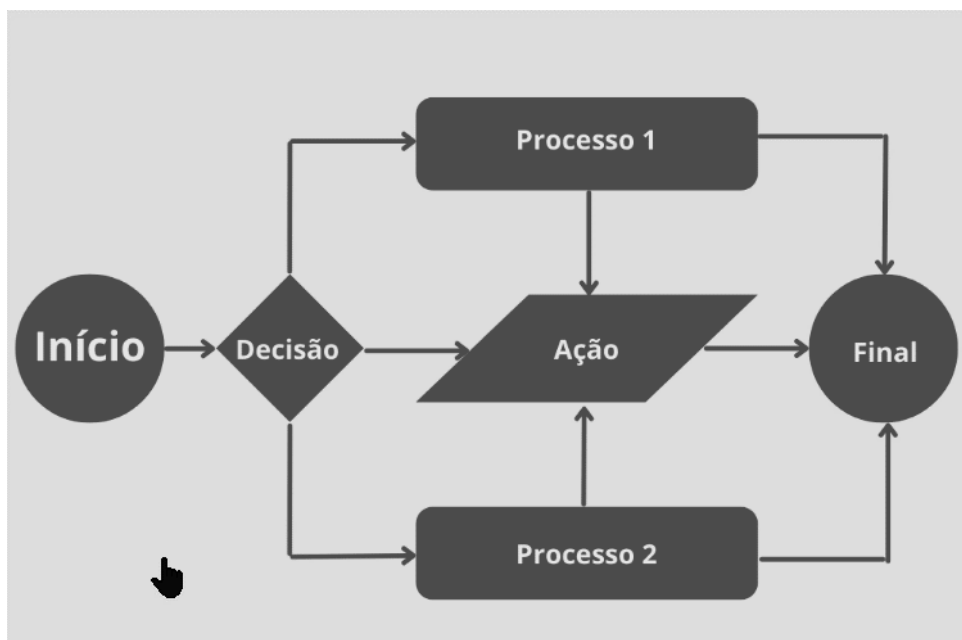


Fig. 3 Fluxograma

Fonte:<https://doutorgestao.com.br/7-passos-elaboraca-de-elaborar-um-fluxograma/>

De acordo com a tradução do trabalho de Langabeer II (2016, p.79), o objetivo de documentar o processo é de achar oportunidades para reduzir etapas, interações, pontos de decisão, relatórios e a extensão geral do processo. Existem três oportunidades majoritárias de melhoras: aumentar a taxa de transferência, consiste na capacidade ou volume do produto/serviço que flui pelo processo com mínimas mudanças nos “inputs” (recursos iniciais). Isso requer uma identificação de um ponto de interseção ou extremidades que limitam a capacidade do processo de maximizar os resultados; reduzir custos, consiste nas etapas, desperdício e recursos utilizados no processo. Isso requer uma apuração dos passos individuais que podem ser redundantes, desnecessários ou que não somam valor no longo prazo; e reduzir a variação de performance com o tempo, sendo necessário o uso de ferramentas estatísticas que fornecem indicadores.

2.3.3 Diagrama de Ishikawa

Também pode ser chamado de “Diagrama de Causa e Efeito” ou “Diagrama de espinha de peixe”, é uma ferramenta que foi concebida no Japão em 1943, com a função de demonstrar a partir de uma sequência gráfica as possíveis razões para o problema. De acordo com Sabino (2011, p.53):

O diagrama pretende estruturar as causas de determinado problema e foi projetado para ilustrar claramente várias causas que afetam um processo, por classificação e relação das causas. Permite também, estruturar qualquer sistema que necessite de uma resposta de forma gráfica e sintética, para uma melhor visualização e a consequente compreensão do conteúdo.

O diagrama é composto por uma espinha central que representa o problema a ser analisado, e os ramos que se estendem a partir da espinha são as possíveis causas dele, estes ramos podem ser divididos em categorias como “pessoas”, “processos”, “materiais” e “maquinas”. Esta representação gráfica pode ser vista na Figura 04.

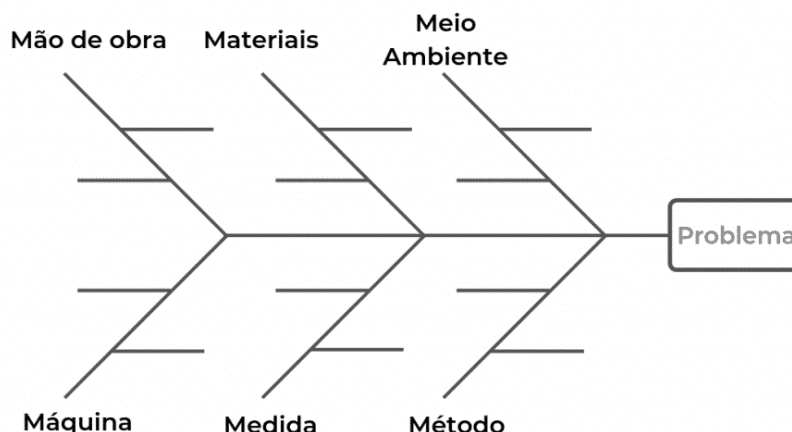


Fig. 04: Diagrama de Ishikawa

Fonte: <https://blog.egestor.com.br/diagrama-de-ishikawa/>. Acesso em: 07/05/2023.

A facilidade de compreensão do problema e de suas causas são o que tornam o diagrama de Ishikawa uma ferramenta de ótima utilização no sistema hospitalar, onde os gestores em suas respectivas áreas não são, necessariamente, especializados em matérias de gestão organizacional, mas sim, em áreas da saúde.

2.3.4 Plano de ação ou 5W2H

O plano de ação (5W2H) é comumente utilizado como uma ferramenta de definição e planejamento de projetos, pode ser considerada uma ferramenta de apoio ao ciclo PDCA, na primeira fase do ciclo. De acordo com Coelho (2017), a ferramenta permite a identificação do que será feito, em qual período e quem fará cada atividade, esta ferramenta é utilizada no planejamento, ou seja, é manuseada pelo gestor ou pela alta administração da organização. É possível ver o funcionamento do 5W2H na Figura 05 e um exemplo de como e feito na área de gestão de custos do Hospital Amparo Ltda. Ver Figura 06.

Método dos 5W2H			
5W	What	O Que?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	Where	Onde?	Onde será executada a ação?
	When	Quando?	Quando será executada a ação?
	Why	Por Quê?	Por que a ação será executada?
2H	How	Como?	Como será executada a ação?
	How Much	Quanto custa?	Quanto custa para executar a ação?

Figura 05: Funcionamento 5W2H.

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Estrutura-da-ferramenta-5W2H_fig1_305399188.

PLANO DE AÇÃO					
O QUE	QUEM	COMO	QUANDO	ONDE	QUANTO CUSTA
Intensificar controle de custos nas áreas (água, energia, papéis e descartáveis)	Todos os setores.	Campanhas para redução de consumo de itens que impactam a instituição econômica e ambientalmente.	mar/22	Hospital Amparo	sem custo
Melhoria no processo de aquisição (prazos maiores, compras coletivas, novos fornecedores.	Compras, farmácia e administração.	Abrir cotação para novos fornecedores, buscar parcerias com AHPACEG, aumentar prazos para pagamentos.	abr/22	Hospital Amparo e AHPACEG	sem custo
Substituição de itens com preços acima da rentabilidade.	Compras e comissão de padronização de mat/med.	Redefinir padronização de itens como dipirona, soros e antiêméticos.	mai/22	Hospital Amparo	sem custo
Substituição de itens com preços acima da rentabilidade.	Compras e comissão de padronização de mat/med.	Redefinir padronização de itens como dipirona, soros e antiêméticos.	nov/22	Hospital Amparo	sem custo
Análise de investimento para contratação de lavanderia terceirizada.	Administração e direção	Verificar propostas de empresas referenciadas no mercado e comparar ao custo atual.	jan/23	Hospital Amparo	Custo do contrato
Análise de custos com manutenções terceirizadas para revisão de contrato com engenharia clínica.	Direção e administração	Levantar valores gastos com manutenções corretivas de equipamentos e verificar contrato com a empresa atual, visto que hoje a ORBIS terceiriza 70% dos serviços.	mar/23	Hospital Amparo	Em análise

Figura 06: Plano de ação dos custos do Hospital Amparo Ltda.

Fonte: Hospital Amparo Ltda.

É importante citar que o plano de ação, apesar de muito eficiente em sua proposta, funciona melhor em conjunto com as outras. Logo, é papel do gestor utilizar todas as ferramentas de forma que tenha uma eficiência na solução dos problemas identificados e, principalmente, o controle para que estes não se repitam.

3 METODOLOGIA

A metodologia científica desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos, visto que fornece um conjunto de regras e práticas que permitem uma investigação e coleta de dados sistêmica, precisa e de alta confiabilidade sobre as questões de interesse. Como foi afirmado por Gil (2008, p.08).

Para que um conhecimento possa ser considerado científico, torna-se necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação. Ou em outras palavras, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento.

3.1 Método dedutivo

A pesquisa foi baseada em teorias já consagradas por autores que são referências na área de qualidade e sua aplicação em uma organização hospitalar do Estado de Goiás, levando em consideração as adaptações à realidade da organização e utilizando-as como objeto de estudo. Dessa forma, se adequando ao autor Gil (2008, p.10) que afirma; “O método

dedutivo, de acordo com a aceção clássica, é o método que parte do geral e, a seguir, desce ao particular”.

Por fim, os dados recolhidos são explicados mediante a formatação de gráficos e respectivos comentários, tentando explicar o porquê dos resultados levantados. A pesquisa é um estudo de caso, uma vez que foi desenvolvida em somente uma organização.

3.2 Universo e amostra

O universo é composto por 240 funcionários que trabalham nos setores que são alcançados pelo programa de qualidade. A amostra utilizada na elaboração da pesquisa não foi aleatória, visto que, o autor da pesquisa escolheu os participantes, que no contexto são os gestores de seu respectivo setor e colaboradores de maior importância, constituída por 24 funcionários que participaram da pesquisa. A finalidade da definição da amostra é colher informações representativas da realidade vinculadas ao objeto de estudo de uma empresa na área hospitalar.

A amostra é uma parte importante da metodologia de pesquisa para um trabalho, pois, de acordo com Machado (2012, p.40);

Se essa amostra for corretamente selecionada, pelo uso de técnicas estatísticas de amostragem adequadas, as conclusões do estudo relativas à amostra pesquisada podem ser extrapoladas (ou generalizadas) para o restante da população, economizando- se tempo e recursos.

Com isso, tomando um universo de 240 funcionários e a amostra de 24 participantes do questionário, foi calculado um grau de confiança de 90%, e por isso a margem de erro amostral da pesquisa foi de 16%.

3.3 Pesquisa exploratória ou de campo

A pesquisa realizada no Hospital Amparo Ltda é uma pesquisa de campo com metodologia exploratória com a amostra dos gestores de suas respectivas áreas, para que, se obtenham informações claras dos respectivos processos, principalmente pelo conhecimento que a população da pesquisa possui sobre o tema abordado.

Assim como foi dito por Machado (2012, p.30) “A pesquisa exploratória são estudos realizados quando se tem a necessidade de identificar, conhecer, levantar ou descobrir informações sobre um determinado tema que é recente”.

3.4 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica consiste em identificar, selecionar e analisar fontes de informações disponíveis em livros, artigos, teses, dissertações, relatórios e outros materiais oficiais publicados. Tem por finalidade, a análise crítica da literatura e identificação de teorias e conceitos que serão utilizados na pesquisa.

“A pesquisa bibliográfica pode ser entendida como o planejamento inicial de qualquer trabalho de pesquisa, que envolve uma série de procedimentos metodológicos”, como diz Macedo (1994, p.13).

3.5 Levantamento de dados e instrumentos a serem utilizados

Para a realização da pesquisa no hospital foram levantados os dados por meio de questionários com os gestores de cada área, pesquisas bibliográficas e dados indicadores do Hospital Amparo Ltda com finalidade de se entender os processos e mecanismos que a

organização utiliza para a correção das não conformidades encontradas e relatadas. A coleta de dados será relacionada com o conteúdo bibliográfico na busca de entender a aplicação da teoria na realidade.

Como Gil (2008, p.56) menciona “À medida que as próprias pessoas informam acerca de seu comportamento, crenças e opiniões, a investigação torna-se mais livre de interpretações calcadas no subjetivismo dos pesquisadores”.

O formulário utilizado tem a finalidade de entender a percepção dos aplicantes sobre os processos de qualidade ao quais são submetidos, com questões objetivas de múltipla escolha e questões que consideram a multiplicidade de respostas para que as diferentes áreas de atuação pudessem mostrar as várias abordagens adotadas. Em conjunto, a opinião e especificações dos aplicantes foram desejadas e tomadas por meio de questões discursivas, essas que terão seus resultados tratados e separados em tópicos, para que a representação gráfica da questão seja possível.

3.6 Pesquisa quantitativa e qualitativa

A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser traduzido em números e informações que possam ser classificados e analisados, dito isso, a pesquisa será realizada com questionários, cujos resultados serão dimensionados numericamente de acordo com a quantidade de respostas dadas a cada questão e na exposição de dados serão utilizados gráficos para facilitar o seu entendimento pelo leitor. Assim como foi dito por Gil (2008, p.175) “A análise dos dados nas pesquisas experimentais e nos levantamentos é essencialmente quantitativa”. A interpretação dos dados levantados caracteriza a pesquisa como sendo também qualitativa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os dados que foram levantados através da aplicação de questionários para os 24 aplicantes, entre eles, gestores e alguns funcionários com papéis de importância no Hospital Amparo LTDA. Estes dados são apresentados em gráficos e suas informações interpretadas e analisadas.

4.1 Tempo de trabalho na área da saúde

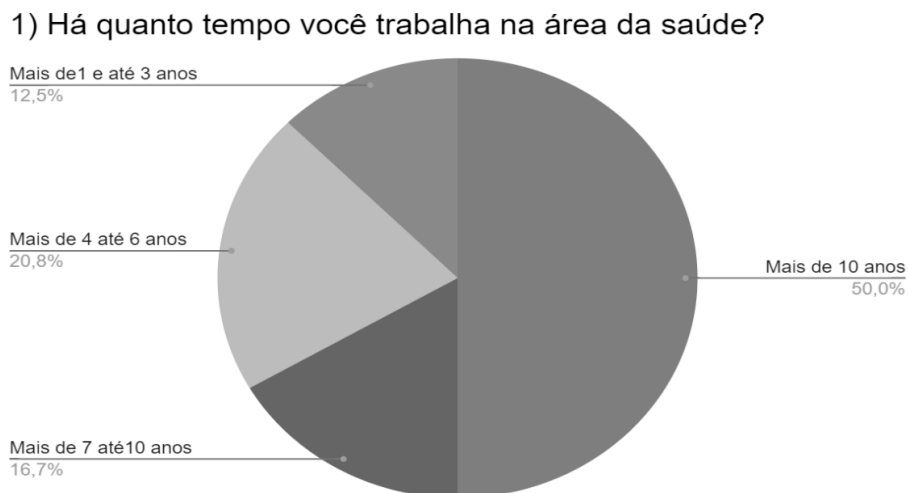


Figura 07: Tempo de trabalho na área de saúde.
Fonte: Guimarães (2023).

Primeiramente foi necessário identificar o tempo de trabalho dos colaboradores na instituição Hospital Amparo LTDA e na área da saúde, assim pôde-se analisar que a organização possui uma política de retenção de colaboradores e um projeto de progressão de carreira dentro do hospital. Para o estudo, a informação é importante, pois 50% dos funcionários possuem mais de 10 anos de experiência na área de saúde, 16,7% mais de 7 e até 10 anos, 20,8% mais de 4 até 6 anos e apenas 12,5% mais de 1 até 3 anos. Logo, a maioria dos gestores e funcionários possuem um tempo maior de atuação na organização, evidenciando um foco na retenção de colaboradores e no plano de carreira que permite o crescimento e permanência dos funcionários na instituição. Ver figura 07.

4.2 Experiência em situações de não conformidade hospitalar

2) Você já teve experiência direta com situações de não conformidade hospitalar?

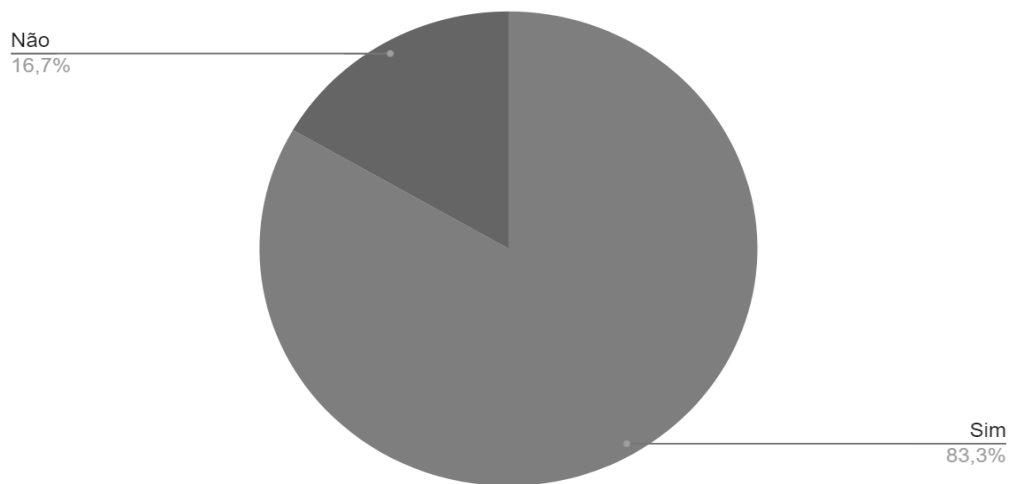


Figura 08: Experiência com situações de não conformidade hospitalar.
Fonte: Guimarães (2023).

É possível identificar que a maioria dos funcionários que respondeu o questionário já teve uma experiência direta com situações de não conformidade hospitalar, visto que 83,3% responderam que “sim” e 16,7% responderam “não”. Dito isso, pôde-se perceber que a maioria dos aplicantes já vivenciaram situações de não conformidade, logo, já tem noção básica do processo que a empresa utiliza, seja na identificação ou na correção de não conformidades. Ver figura 08.

4.3 Como a instituição lida com as não conformidades

Como normalmente ocorre nos vários processos de correção e de manutenção da qualidade nas organizações, aqui também pôde-se identificar que a instituição pesquisada não varia muito na forma de lidar com as não conformidades. Nesta questão, cada colaborador pôde assinalar mais de uma opção, visto que, as diferenças de setores podem resultar em diferenças nos processos adotados. Logo, foi analisado que a principal forma de correção das não conformidades são os treinamentos regulares da equipe 79,2% de 68 respostas, seguido por 66,7% de utilização de programas de qualidade, 58,3% de realização de investigações internas, 54,2% de reuniões periódicas da equipe, apenas 20,8% em realização

de auditorias externas e 4,2% em outras formas. Assim, evidenciando uma preferência pelo treinamento da equipe e pela resolução interna das não conformidades. Ver figura 09

3) Como a sua instituição lida com as não conformidades hospitalares? (Selecione todas as opções que se aplicam).

24 respostas

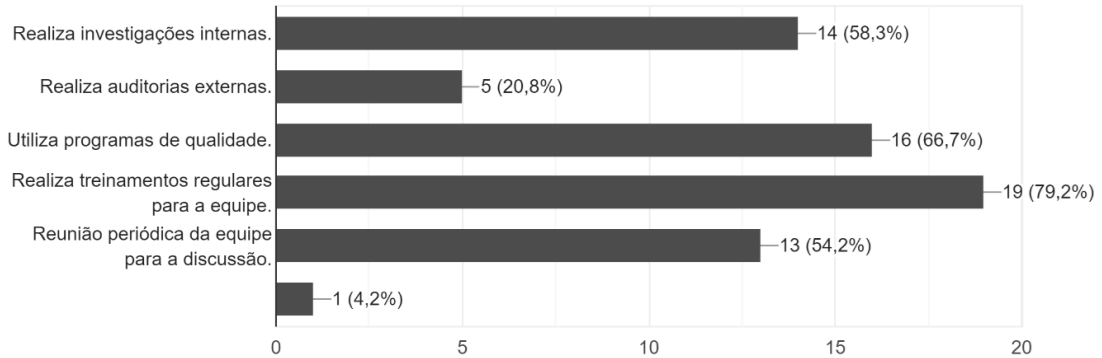


Figura 09: Como a instituição lida com as não conformidades hospitalares.

Fonte: Guimarães (2023).

4.4 Principal meio de identificação de não conformidades no hospital

4) Qual o principal meio de identificação de não conformidades no hospital?(caso seja um método próprio da instituição especifique).

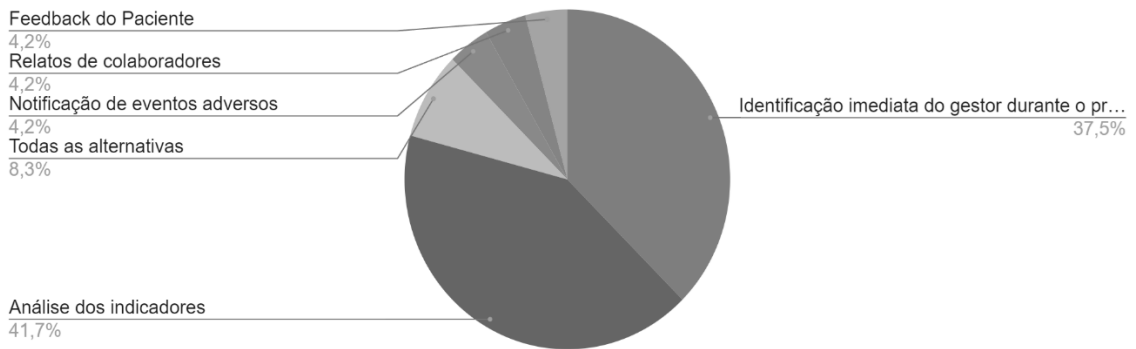


Figura 10: Principal meio de identificação de não conformidades.

Fonte: Guimarães (2023).

A forma de identificação de uma não conformidade é de extrema importância para sua correção. Esta questão tem a finalidade de descobrir quais são as formas mais utilizadas no Hospital Amparo LTDA. Assim, pôde-se observar que a principal forma de identificação é a análise dos indicadores com 41,7%, seguido por 37,5% de identificação imediata do gestor durante o processo, 8,3% responderam que utilizam todos os meios de identificação, 4,2% Feedback do paciente, 4,2% relato dos colaboradores e 4,2% notificação de eventos adversos. As principais formas de identificação são a análise dos indicadores e a identificação imediata do gestor durante o processo, ambos meios dependem de ações de

cargos de maior hierarquia na organização, deixando essa identificação centralizada e dependente dos gestores de cada setor, e dessa forma, limitando o procedimento de identificação. Ver figura 10.

4.5 Mecanismos ou estratégias de correção

O propósito desta questão é saber quais mecanismos ou estratégias o Hospital Amparo utiliza para a correção após a identificação da não conformidade. Como já foi dito, diferentes abordagens entre os setores resultam em diferentes estratégias que podem ser semelhantes ou não com outros setores, por esse motivo as respostas possuem mais de uma alternativa possível de ser respondida. Assim, foi possível identificar que a principal estratégia utilizada foi a elaboração de planos de ações 87,5%, seguido de treinamento de equipe 79,2%, revisão de protocolos e procedimentos 58,3%, implementação de novas políticas 45,8% e acompanhamento e monitoramento das ações corretivas 45,8%. Fica assim demonstrado que os mecanismos utilizados se concentram principalmente na utilização das ferramentas de planejamento de qualidade e no treinamento dos colaboradores. Ver figura 11.

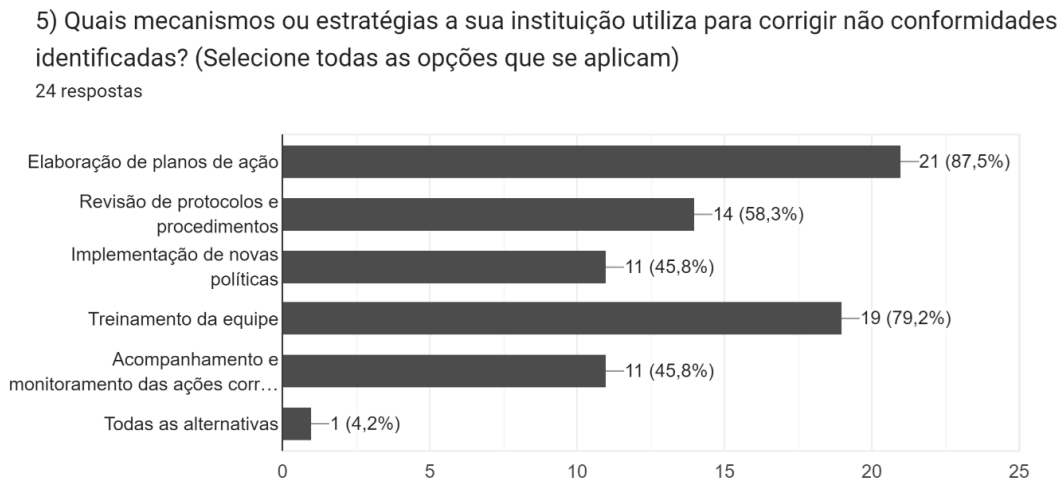


Figura 11: Mecanismos de correção de não conformidades identificadas.
Fonte: Guimarães (2023).

4.6 Principais desafios

Com a finalidade de identificar os principais desafios enfrentados na correção das não conformidades hospitalares, o questionário aceita seleções múltiplas, deixando o resultado de maior expressão a falta de conscientização e comprometimento da equipe, 65,2%, falta de capacitação e dificuldade de identificar as causas raízes das não conformidades, 34,8% das respostas, falta de recursos financeiros, 26,1%, falta de tempo para a implementação das ações corretivas 13%, falta de apoio da direção 8,7% e não comprometimento do corpo clínico 4,3%. Logo, foi identificado que o principal desafio, que se estende pelos setores que foram utilizados de amostra é a falta de conscientização e comprometimento da equipe, indicando a necessidade de um maior investimento em treinamento e recrutamento para a superação desse desafio. Ver figura 12.

6) Na sua opinião, quais são os principais desafios enfrentados na correção de não conformidades hospitalares? (Selecione todas as opções que se aplicam)

23 respostas

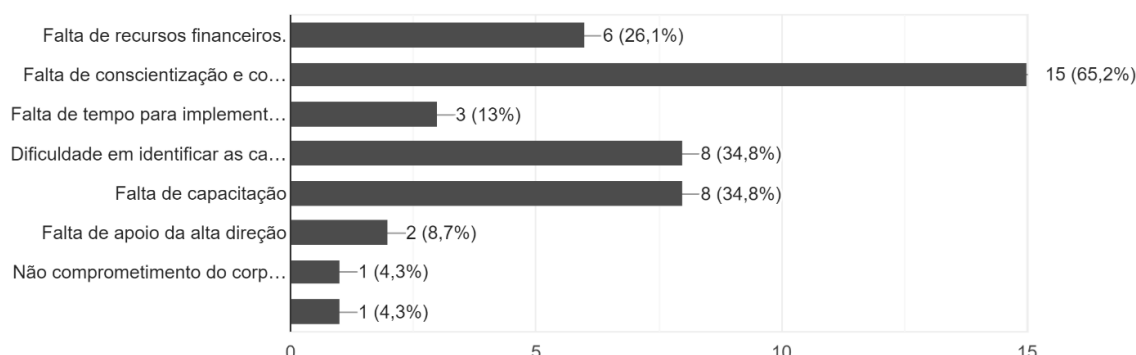


Figura 12: Principais desafios enfrentados na correção de não conformidades.
Fonte: Guimarães (2023).

4.7 Influência do processo de acreditação (ONA)

7) Na sua opinião, qual influência o processo de acreditação (ONA) teve no resultado obtido dos processos de correção presentes no hospital.

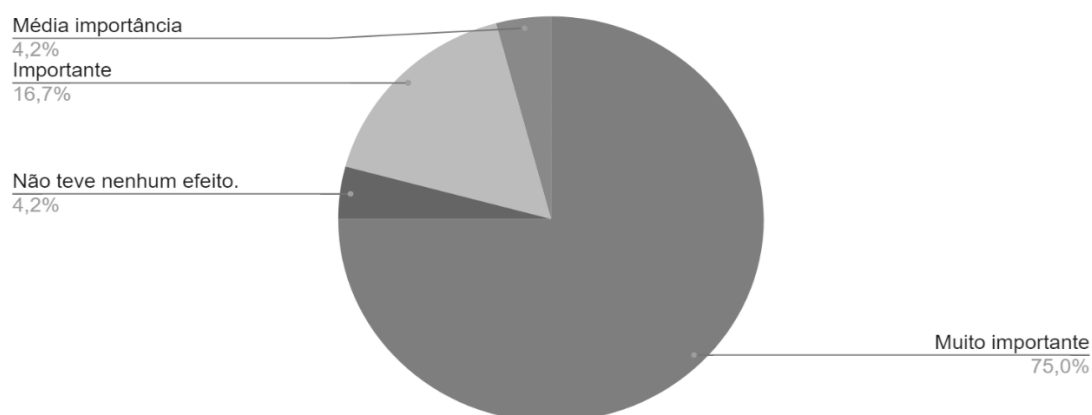


Figura 13: Influência do processo de acreditação (ONA).
Fonte: Guimarães (2023).

Como já informado, o Hospital Amparo LTDA possui o nível “prata” da acreditação (ONA), sistema que mede a qualidade da assistência do serviço médico da instituição, logo os critérios utilizados pela acreditação geram mudanças no hospital e em seus processos. A pergunta foi para medir, na opinião dos colaboradores, a importância que o processo teve nos resultados de correção de não conformidade. Assim, os resultados da pesquisa mostram que 75% dos colaboradores acham de muita importância o processo de acreditação no hospital, seguido de 16,7% que acham importante, 4,2% média importância e 4,2% não tiveram nenhum efeito aparente. Dessa forma, conclui-se que o processo de acreditação teve

um efeito de muita importância no resultado obtido dos processos de correção do hospital, já que o processo de acreditação avalia e instrui as organizações a adotar um modelo que melhora na gestão da qualidade e no atendimento do paciente. Ver figura 13.

4.8) Conhecimento sobre os procedimentos para identificação e encaminhamento de não conformidades

Outro ponto pesquisado é saber se os colaboradores têm conhecimento dos procedimentos de identificação e encaminhamento de não conformidades, logo, é possível ver que 70,8% dos funcionários têm conhecimento e 29,2% não têm conhecimento. Este dado pode ser cruzado com o tempo de trabalho na área de saúde, mostrando que a maioria dos funcionários conhecem os processos de identificação e encaminhamento de não conformidades, provavelmente por conta do longo tempo de ação que possuem no hospital. Ver figura 14.

8) Você conhece os procedimentos para identificação e encaminhamento de não conformidades?

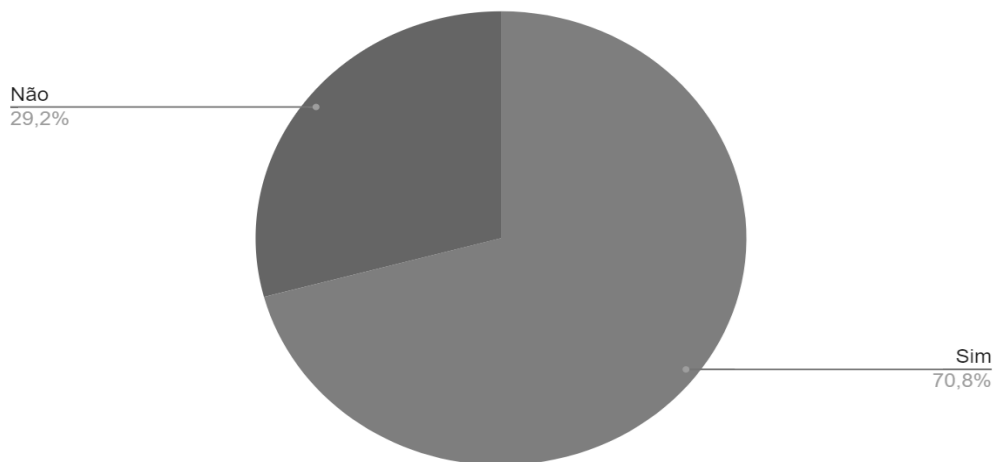


Figura 14: Conhecimento sobre os procedimentos de identificação e encaminhamento de não conformidades.

Fonte: Guimarães (2023).

4.8.1 Especificação dos procedimentos de identificação e encaminhamento de não conformidades

Foi oferecida uma seção discursiva da pesquisa para os participantes que responderam afirmativamente à questão anterior, solicitando a eles para especificarem em questões discursivas os métodos de identificação e encaminhamento de não conformidades. Que se encontra na figura 15:

O questionário teve um total de 24 participantes e a quantidade de respostas afirmativas sobre a especificação de procedimentos de identificação e encaminhamento de não conformidades na questão anterior foi de 14 (58,33%). Assim, as respostas, que podem ter mais de uma alternativa marcada por participante, foram tratadas e condensadas, para mostrar os resultados em percentuais. Logo, pode ser visto que as respostas citaram principalmente métodos de notificação de não conformidades com 10 (71,42%) das alternativas marcadas, seguido de correção os eventos adversos com 4 (28,57%), utilização de indicadores com 3 (21,42%) e Comunicação interna com 1(7,14%). Ver figura 15.

8.1) Se sim, especifique.

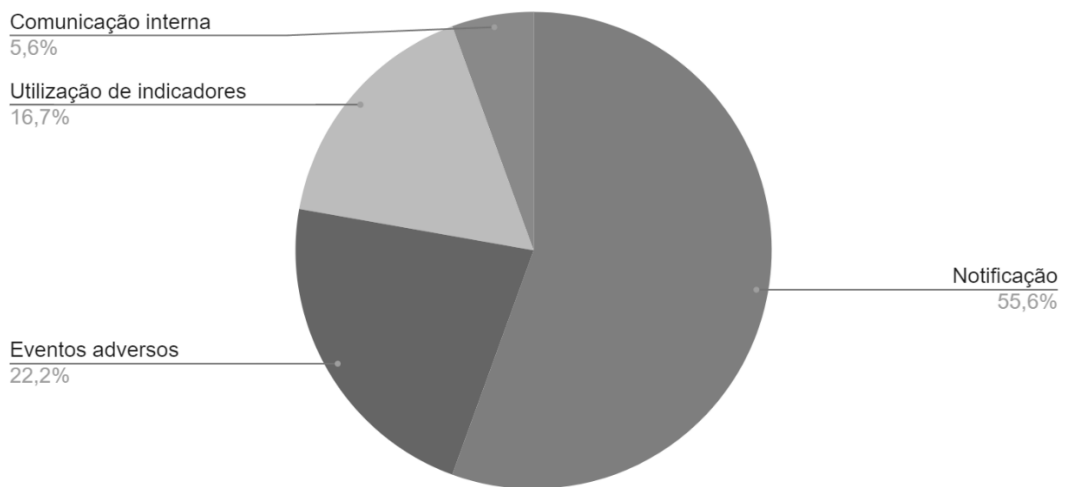


Figura 15: Especificações dos procedimentos de identificação de não conformidades.
Fonte: Guimarães (2023).

É necessário lembrar que as respostas discursivas possuem uma descrição melhor e foi possível marcar mais de uma das alternativas de resposta tratadas acima. Ficou demonstrado que o processo de identificação e encaminhamento de não conformidades é focado principalmente na notificação dos eventos adversos encontrados por funcionários para os gestores, o que mostra uma concentração da resolução de não conformidades nestes.

4.9 Estratégias ou iniciativas que podem melhorar o processo de correção de não conformidades em hospitais

9) Quais estratégias ou iniciativas você acredita que poderiam melhorar o processo de correção de não conformidades em hospitais? (Selecione todas as opções que se aplicam).

23 respostas

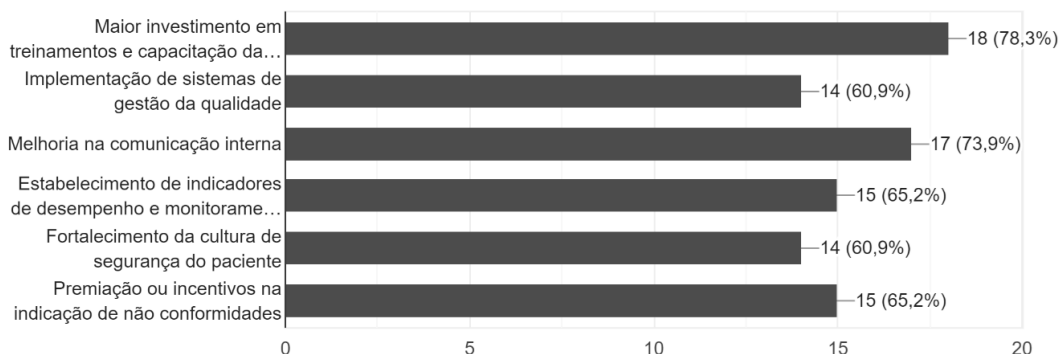


Figura 16: Estratégias ou iniciativas que melhoram o processo de correção de não conformidade em hospitais.
Fonte: Guimarães (2023).

Também, buscando a opinião dos colaboradores da organização, foi preciso saber quais estratégias podem melhorar os processos. O participante pôde escolher várias alternativas de resposta, logo 78,3% acreditam que o maior investimento em treinamentos e capacitação da equipe, seguido de 73,9% na melhoria da comunicação interna, 65,2% acreditam no estabelecimento de indicadores de desempenho e monitoramento e na premiação ou incentivos na indicação de não conformidades e 60,9% na implementação de sistemas de gestão de qualidade e no fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Foi possível identificar que os colaboradores acreditam que todas as estratégias mencionadas poderiam melhorar o processo de correção de não conformidades, o que vai de encontro com a teoria da gestão da qualidade, com finalidade de melhoria contínua dos procedimentos. Ver figura 16.

4.10 Ferramentas da qualidade utilizadas

10) Quais das ferramentas citadas são normalmente utilizadas no processo de análise e correção dessa não conformidade hospitalar. (Selecione todas as opções que se aplicam).

23 respostas

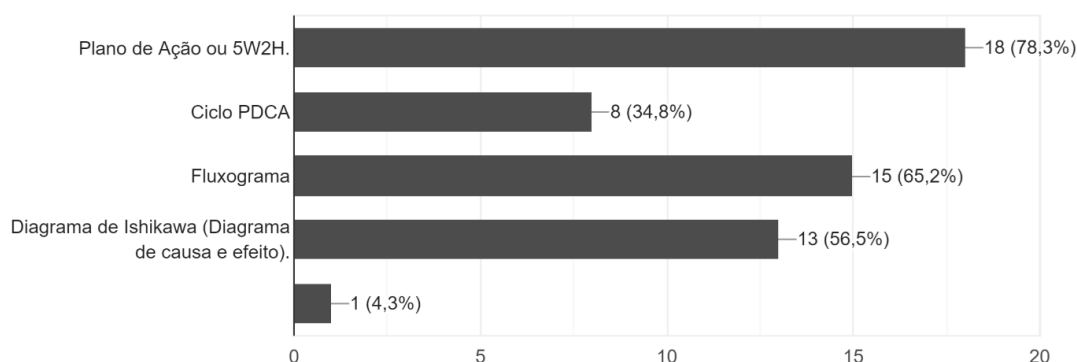


Figura 17: Ferramentas da qualidade utilizadas.

Fonte: Guimarães (2023).

A utilização de ferramentas é de extrema importância, principalmente pela parte dos gestores dos setores que possuem mais conhecimento sobre todo o procedimento utilizado na qualidade. Foi constatado que os colaboradores utilizam majoritariamente o “Plano de ação ou 5W2H” com 78,3% de seleções, em seguida o fluxograma com 65,2%, 56,5% diagrama de Ishikawa, 34,8% ciclo PDCA e 4,3% outros. As respostas indicam que há um uso expressivo das ferramentas da qualidade, principalmente do plano de ação (5W2H), mostrando que a instituição possui um bom planejamento dos seus processos, principalmente a longo prazo. Ver figura 17.

4.11 Impacto das não conformidades no atendimento aos pacientes

O atendimento do paciente pode ser impactado pelas não conformidades, principalmente na diminuição da confiança do paciente na instituição com 91,7% das seleções, seguido de 79,2%, aumento do risco de eventos adversos, 70,8% piora na experiência do paciente e aumento dos custos de saúde, e por fim 66,7% risco de perder o paciente no ato do atendimento. Assim, pôde-se perceber que as não conformidades possuem um impacto grande na qualidade de atendimento aos pacientes, podendo afetá-lo em diferentes aspectos,

mas mais expressivamente na diminuição da confiança do paciente na instituição, o que gera a perda do retorno do paciente na organização hospitalar, quando houver necessidade. Ver figura 18.



Figura 18: Impacto da qualidade no atendimento aos pacientes.
Fonte: Guimarães (2023).

4.12 Papel dos profissionais da saúde na identificação de não conformidades

12) Na sua opinião, qual é o papel dos profissionais de saúde na identificação e correção de não conformidades?

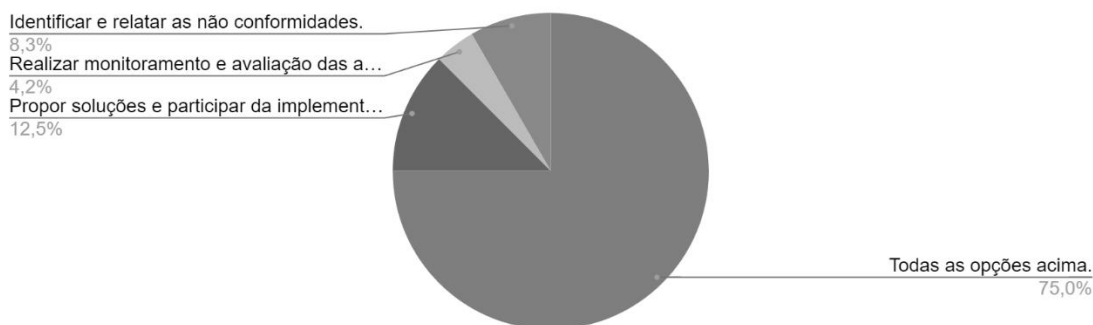


Figura 19: Papel dos profissionais de saúde na identificação e correção de não conformidades.
Fonte: Guimarães (2023).

No Hospital Amparo LTDA, a maioria dos profissionais são da área da saúde, logo não possuem conhecimento extensivo da gestão da qualidade hospitalar, porém devem exercer papéis de suporte dessa área. Logo, foi possível identificar que, 75% dos colaboradores acreditam que devem realizar todos os papéis citados na pesquisa, 12,5% acreditam que os profissionais da saúde devem apenas propor soluções e participar da implementação de ações corretivas, 8,3% acreditam que devem apenas identificar e relatar as não conformidades e 4,2% acreditam que devem realizar monitoramento e avaliação das ações corretivas.

Percebe-se que os profissionais de saúde da instituição têm um grande papel na identificação e correção de não conformidades, assim como possuem uma grande participação em todo o processo. Ver figura 19.

4.13 Lacunas ou oportunidades de melhoria

Foi possível analisar que 91,7% dos aplicantes do questionário acreditam que existem lacunas ou oportunidades de melhoria na abordagem atual no Hospital Amparo, e 8,3% não. Os colaboradores do Hospital Amparo LTDA, em sua grande maioria, acham que existe espaço para a melhoria nos processos ou que não concordam com a forma que os processos são realizados na instituição, indicando a necessidade de uma maior proximidade com o funcionário, para que assim possa criar um ambiente onde sugestões sejam incentivadas e levadas em consideração. Ver figura 20.

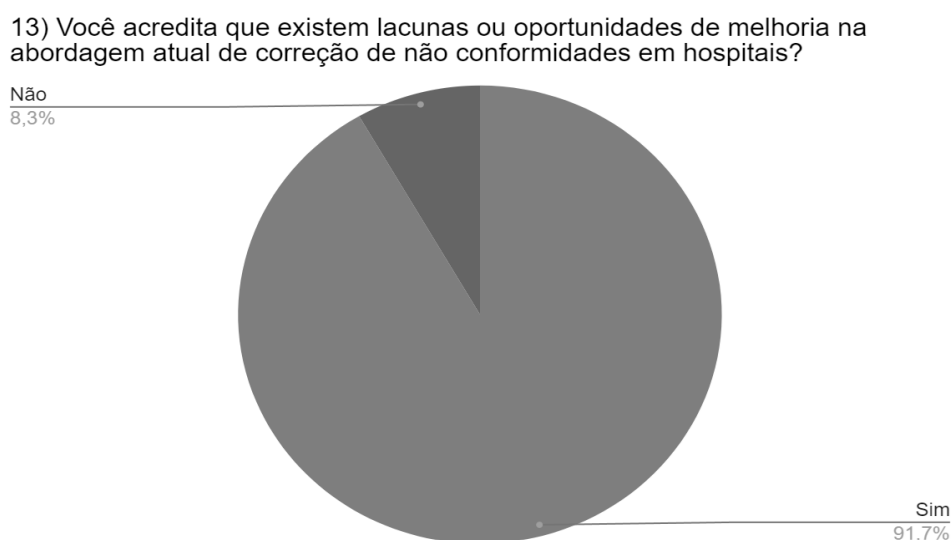


Figura 20: Lacunas ou oportunidades de melhoria na abordagem de correção de não conformidades.

Fonte: Guimarães (2023).

4.13.1 Especificações de melhorias.

Foram especificadas 15 melhorias na questão anterior, o que representa 62,5% das respostas dos aplicantes. As informações das questões foram tratadas e separadas em tópicos para a análise gráfica e numérica das especificações. Assim, pode ser visto que, as melhorias sugeridas pelos aplicantes foram variadas e divididas, sendo 9,3% tratamento do colaborador-paciente, 8,2% comprometimento da equipe e profissionais confiáveis e capacitados, 7,2% melhoria dos processos, envolvimento da alta direção, sistematização e capacitação, segurança do paciente e identificação e cobrança de soluções; 6,2% comunicação interna e gerenciamento, envolvimento dos gestores, desenvolvimento de equipe e melhoria na comunicação e 5,2% cultura de notificação de eventos.

Com isso, foi analisado que, mesmo com respostas variadas, as especificações de melhorias que mais se repetiram foram as sugestões de treinamento, capacitação e comprometimento

da equipe e colaboradores, indicando uma necessidade da organização nessa área de atuação. Ver figura 21.

13.1) Se sim, quais?

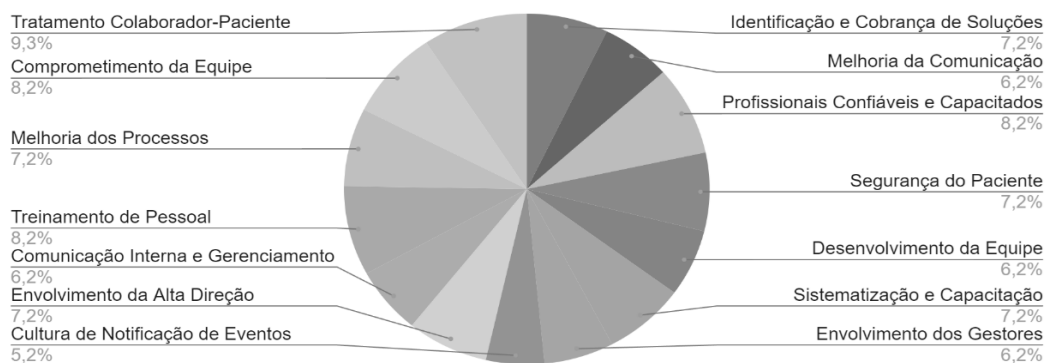


Figura 21: Especificações de lacunas ou oportunidades de melhoria.

Fonte: Guimarães (2023).

4.14 Sugestão ou comentário adicional que possa contribuir no estudo.

Por fim, foi perguntado a opinião e sugestões dos funcionários para a contribuição do estudo de não conformidades no hospital. As respostas foram discursivas, logo as informações foram tratadas de forma que possam ser analisadas graficamente e numericamente:

14) Você teria alguma sugestão adicional ou comentário que possa contribuir para o estudo dos mecanismos de correção de não conformidades hospitalares?

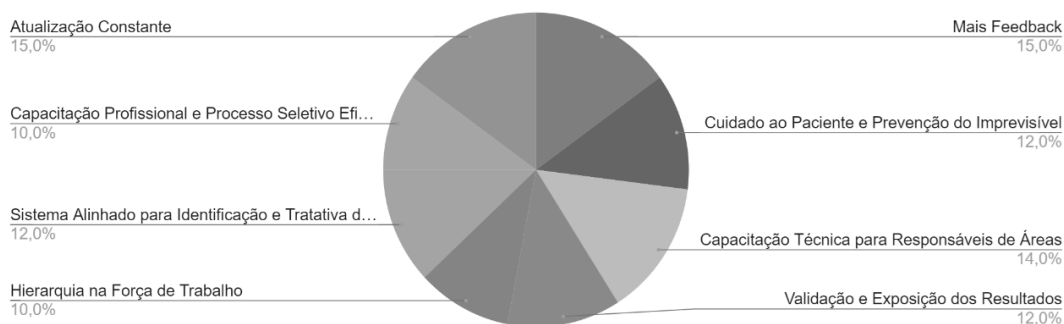


Figura 22: Sugestões e comentários.

Fonte: Guimarães (2023).

Pode-se identificar que, assim como o resultado de questões passadas, pôde ser analisado que as sugestões dos colaboradores se concentram principalmente em atualização constante

e mais feedback com 15%, 14% capacitação técnica para responsáveis de áreas, 12% cuidado do paciente e prevenção do imprevisível, validação e exposição dos resultados do estudo e sistema para identificação e tratativa de eventos e 10% capacitação profissional e processo seletivo eficaz e hierarquia na força de trabalho.

Com a interpretação destes dados foi possível identificar que a atualização constante (qualidade constante) e a maior utilização do feedback são necessárias para o melhor aproveitamento dos processos de qualidade do hospital. Em conjunto, houve a repetição de sugestão para a capacitação dos colaboradores e gestores, evidenciando mais ainda essa condição. Ver figura 22.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho apresenta uma pesquisa sobre os processos de qualidade e de correção de não conformidades hospitalares do Hospital Amparo LTDA, organização que tem o certificado nível “prata” da acreditação (ONA), ou seja, possuem procedimentos de qualidade já consolidados. Logo, o estudo busca compreender melhor os mecanismos e ferramentas que são utilizados no funcionamento dos processos e os papéis dos gestores de cada setor do hospital, também o propósito de encontrar possíveis melhorias para serem adotadas pela instituição.

A pesquisa mostra aspectos importantes, relacionados com os processos de qualidade da empresa, possibilitando a análise dos dados e gerando informações de grande importância sobre a correção de não conformidades do Hospital.

Na intenção de entender melhor os funcionários presentes nos processos de correção de não conformidades no hospital, foi questionado primeiramente qual o tempo de trabalho com a área de saúde, assim, foi verificado que os colaboradores do hospital, têm muito tempo de experiência na área da saúde com 50% dos funcionários com mais de 10 anos de atuação, 16,7% com mais de 7 até 10 anos, 20,8% mais de 4 até 6 anos e 12,5% de mais de 1 até 3 anos. Indicando que a organização preza pela retenção dos colaboradores e investe em um plano de carreiras do pessoal.

A maioria esmagadora dos funcionários (83,3%) já vivenciou situações de não conformidade hospitalar. Isso sugere que a equipe está familiarizada com o processo de identificação e correção de não conformidades, evidenciando a importância de abordagens preventivas e educativas para lidar com essas situações.

A abordagem da instituição para lidar com não conformidades revelou que treinamentos regulares da equipe são a principal estratégia, com 79,2% das respostas. Isso destaca a ênfase na capacitação dos colaboradores como método preferencial para corrigir não conformidades, demonstrando um compromisso com o desenvolvimento contínuo da equipe.

A análise dos meios de identificação de não conformidades indicou que a análise dos indicadores (41,7%) e a identificação imediata do gestor durante o processo (37,5%) são os métodos predominantes. Isso ressalta a importância da supervisão e monitoramento ativo, centralizando a identificação em cargos de maior hierarquia.

Os mecanismos de correção mais utilizados incluem a elaboração de planos de ações (87,5%) e o treinamento da equipe (79,2%). Essa abordagem sugere uma priorização do planejamento estratégico e do desenvolvimento de habilidades como resposta às não conformidades.

A falta de conscientização e comprometimento da equipe foi identificada como o principal desafio (65,2%). Isso destaca a necessidade de investimento em treinamento e estratégias para promover uma cultura organizacional comprometida com a qualidade.

A pesquisa revelou que 75% dos colaboradores consideram de muita importância o processo de acreditação. Isso confirma que a acreditação tem um impacto significativo nos processos de correção, promovendo padrões de qualidade e boas práticas.

A maioria dos funcionários (70,8%) possui conhecimento sobre os procedimentos para identificação e encaminhamento de não conformidades, indicando uma conscientização adequada da equipe em relação aos processos internos.

As estratégias mais apontadas pelos colaboradores para melhorar o processo de correção incluem maior investimento em treinamentos (78,3%), melhoria da comunicação interna (73,9%) e estabelecimento de indicadores de desempenho (65,2%). A diversidade dessas respostas sugere uma abordagem abrangente para aprimorar a eficácia do processo.

A predominância do uso do "Plano de ação ou 5W2H" (78,3%) destaca a importância dada à planificação e execução de ações corretivas. Isso reflete uma abordagem estruturada na resolução de não conformidades.

As não conformidades impactam negativamente o atendimento aos pacientes, principalmente na diminuição da confiança (91,7%). Isso reforça a necessidade de abordagens proativas para manter a qualidade e a confiança dos pacientes.

A maioria dos profissionais de saúde (75%) acredita que deve desempenhar diversos papéis na identificação e correção de não conformidades. Isso destaca a importância da participação ativa dos profissionais de saúde em todo o processo.

A grande maioria dos colaboradores (91,7%) percebe lacunas ou oportunidades de melhoria nos processos atuais, indicando a necessidade de revisão e aprimoramento contínuo.

As sugestões dos colaboradores se concentram principalmente na atualização constante, feedback mais efetivo, capacitação técnica e cuidado do paciente. Essas sugestões reforçam a importância de abordagens centradas nas pessoas e na constante busca por qualidade.

Em resumo, os resultados da pesquisa indicam que o Hospital Amparo LTDA possui uma abordagem consistente na gestão de não conformidades, mas há oportunidades claras de melhoria, especialmente no fortalecimento da cultura de qualidade, treinamento contínuo e engajamento da equipe. A conscientização sobre a importância da acreditação é evidente e a participação ativa dos profissionais de saúde é fundamental para o sucesso dos processos de correção. Em conjunto, uma estratégia diferente de treinamento e capacitação do pessoal também seria uma adição importante na melhoria contínua do hospital, visto que é uma área de grande importância na organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO, G. A; *Gestão da qualidade*, Mato Grosso; Revista interdisciplinas Animus; 2017.

DEMING, W. E.; *Qualidade: A revolução da administração*, Rio de Janeiro; Marques Saraiva; 1990.

GIL, A. C.; Métodos e técnicas de pesquisa social. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LANGABEER II, J.M.; Healthcare Operations Management. Houston, Texas; James e Bartlett Learning, 2016.

MACEDO, N.D.; Iniciação à pesquisa bibliográfica guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa. 2.ed. revista. São Paulo. Edições Loyola, 1994.

MACHADO, L.; Metodologia de pesquisa em Administração (uma abordagem prática). São Leopoldo. Editora Unisinos, 2012.

MOSCOVICI, F. Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo. 7 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997

NBR ISO 9000:2000. *Sistema de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário*. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde – OPSS: roteiro de construção do manual brasileiro de acreditação; ONA 2022.

REIS, V. M.; *O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde*. Revista APS, Juiz de Fora, 2010.

SABINO, C. V. S. et al. *O uso do diagrama de Ishikawa como ferramenta no ensino de ecologia no ensino médio*. Educação & Tecnologia, [S.l.], v. 14, n. 3, mar. 2011.

WERKEMA, M. C. C. As ferramentas da qualidade no gerenciamento de processos. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1995.



**PUC
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL

Av. Universitária, 1069 | Setor Universitário
Caixa Postal 86 | CEP 74605-010
Goiânia | Goiás | Brasil
Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946.3080
www.pucgoias.edu.br | proin@pucgoias.edu.br

RESOLUÇÃO n° 038/2020 – CEPE

ANEXO IV

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Umano Ribeiro Cruz Guimarães
do Curso de Administração, matrícula 2019100220132-5,
telefone: (62) 99974-0198 e-mail uranoribeiro10@hotmail.com, na
qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos
do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o
Trabalho de Conclusão de Curso intitulado
Estudo dos mecanismos de correção de não conformidade
hospitalar,
gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões
do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado
(Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG,
MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a
título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 11 de Dezembro de 2023.

Assinatura do(s) autor(es): Umano Ribeiro

Nome completo do autor: Umano Ribeiro Cruz Guimarães

Assinatura do professor-orientador: OR

Nome completo do professor-orientador: Ovídio Alberto Rodriguez Laraich