

ESTRATÉGIAS DE DESEMPENHO E MELHORIA DA QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: MODELOS DE GESTÃO DE MELHORIA EM SAÚDE

PERFORMANCE STRATEGIES AND QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTH ORGANIZATIONS: HEALTH IMPROVEMENT MANAGEMENT MODELS

DIOGO MARIANO HILDEFONSO¹, THÂMARA MACHADO E SILVA², RENATA ALVES DE ANDRADE MOREIRA ARAUJO², ANGELA MARIA MOED LOPES²

1. Mestre em Gestão de Cuidados de Saúde da Must University; 2. Docente do curso de Mestrado em Gestão de Cuidados de Saúde da Must University.

* Avenida Água Limpa, 185, Jardim Uberaba, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. CEP: 38057-440. angela.moed@gmail.com

Recebido em 09/09/2021. Aceito para publicação em 30/11/2021

RESUMO

O presente estudo versa sobre as estratégias de desempenho nas organizações do setor de saúde, apresentando informações sobre a Gestão de Utilização. Nesse sentido, esta pesquisa tem como foco abordar os modelos de aperfeiçoamento de desempenho para projetos de melhoria da saúde, apresentando informações sobre as atividades básicas de gerenciamento de qualidade em medição, avaliação e melhoramento. Além disso, abarca a importância da análise dos fatores que possam justificar excessos de gastos no dia-a-dia na saúde e os pontos importantes da organização a serem trabalhados pela equipe do *marketing* do setor de saúde. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a revisão bibliográfica. Assim, este trabalho possibilitou perceber que a melhoria da qualidade não se destina a atribuir culpa, mas a descobrir onde os erros estão ocorrendo e desenvolver sistemas para evitá-los. Além disso, pôde-se concluir, por meio do presente estudo, que para alavancar o desempenho da organização perante o mercado da área da saúde, garantindo destaque, otimização de recursos e melhoria da qualidade dos serviços, é necessária uma gestão de utilização/redução dos custos, bem como uma implementação de ferramentas de melhoria de qualidade e desempenho, além de um relatório público que auxilie na boa reputação e destaque do setor público de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Melhoria da Qualidade; Saúde; Gestão; Gerenciamento de Utilização.

ABSTRACT

This study deals with performance strategies in organizations in the health sector, presenting information on Utilization Management. In this sense, this research focuses on addressing performance improvement models for health improvement projects, presenting information on basic quality management activities in measurement, evaluation, and improvement. Furthermore, it encompasses the importance of analyzing the factors that may justify excess spending in day-to-day health and the important

points of the organization to be worked on by the health sector marketing team. The methodology used in this research was the literature review. Thus, this work made it possible to realize that quality improvement is not intended to assign blame, but to discover where errors are occurring and develop systems to avoid them. In addition, it was possible to conclude, through this study, that to leverage the organization's performance in the healthcare market, ensuring prominence, optimization of resources and improvement in the quality of services, it is necessary to manage use/reduction of costs, as well as an implementation of quality and performance improvement tools, as well as a public report that helps in the good reputation and prominence of the public health sector.

KEYWORDS: Quality Improvement; Health; Management; Usage Management.

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde é bastante visado em seu processo de gerenciamento e gestão, pois são inúmeros os pontos a serem identificados e tratados a fim de que haja, realmente, a qualidade no processo de atendimento e demais processos do sistema. Considerando essa condição, a qualidade no setor de saúde pode apresentar informações sobre as atividades básicas de gerenciamento de qualidade (medição, avaliação e melhoria), abordando a importância da análise dos fatores que possam justificar excessos de gastos no dia a dia do hospital através do Gerenciamento de Utilização – UM, que trata sobre os modelos de melhoria de desempenho para projetos de melhoria de saúde: PDSA, FADE, *Lean e Six Sigma* e os pontos importantes e relevantes da organização a serem trabalhados pela equipe marketing do setor de saúde (CEGALLA, 2008).

Desse modo, etapas específicas são necessárias para fornecer os melhores serviços de saúde. Quando essas

etapas estão vinculadas a diretrizes clínicas pertinentes, os resultados ideais são alcançados. Essas etapas essenciais são referidas como o caminho crítico (ou clínico). Quando uma organização compara seu mapa àquele que mostra o atendimento ideal para um serviço que é congruente com diretrizes baseadas em evidências (ou seja, caminho crítico idealizado), ela acaba observando outras oportunidades para fornecer ou melhorar os cuidados prestados (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

A Melhoria da Qualidade (MQ) se esforça para permitir que uma organização alcance o caminho crítico ideal, permitindo que a equipe de atendimento e o paciente interajam de maneira produtiva e eficiente para alcançar melhores resultados de saúde. Quando uma organização deseja restringir seu foco em dados específicos para seu programa de MQ, uma estratégia é adotar medidas de desempenho padronizadas. Como as medidas de desempenho incluem requisitos que definem exatamente quais dados são necessários para cada medida, eles direcionam os dados a serem coletados e monitorados a partir de outros dados disponíveis para uma organização (QUINN *et al.*, 1997).

Um programa de MQ envolve atividades sistemáticas organizadas e implementadas por uma organização para monitorar, avaliar e melhorar sua qualidade dos cuidados de saúde. Exige mudanças na cultura e infraestrutura de uma organização para superar suas barreiras tradicionais e trabalha em direção a um objetivo comum de qualidade. Isso ocorre quando todos os funcionários abraçam a filosofia da MQ e entende seus papéis no suporte ao foco de MQ em toda a organização. Portanto, uma mudança de paradigma é necessária desde as funções de equipe de atendimento padrão até as que também incluem melhoria da qualidade (QUINN *et al.*, 1997).

1.1 Gestão de Utilização (*Utilization Management* – “UM”)

Gerenciamento de utilização (UM) ou revisão da utilização, segundo Caldeira (2001), é o uso de técnicas de atendimento gerenciado, como autorização prévia, que permite que pagadores, particularmente as empresas de seguro de saúde, gerenciem o custo dos benefícios de assistência médica avaliando sua adequação antes de serem fornecidos – usando critérios ou diretrizes baseados em evidências.

Cegalla (2008) ressalta que o corte de custos pelas seguradoras é o foco do uso dos critérios da UM, podendo levar ao racionamento da saúde por negação excessiva de cuidado, bem como negação retrospectiva de pagamento, atrasos nos cuidados ou riscos financeiros inesperados para os pacientes.

A UM foi criticada por tratar o custo do atendimento como uma métrica de resultado, e isso confunde os objetivos da assistência médica e potencialmente reduz o valor da assistência médica, misturando o processo de assistência com os resultados da assistência (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Nesse intento, alguns autores apontaram que, quando o corte de custos pelas seguradoras é o foco dos critérios da UM, pode levar à negação prospectiva excessivamente zelosa dos cuidados, bem como à negação retrospectiva do pagamento. Como resultado, podem haver atrasos nos cuidados ou riscos financeiros inesperados para os pacientes (UGÁ; NORONHA, 2015).

1.2 Modelos de melhoria de desempenho para projetos de melhoria de saúde: PDSA, FADE, LEAN e SIX SIGMA

A Melhoria da Qualidade (MQ) consiste em ações sistemáticas e contínuas que levam a medidas mensuráveis, melhoria nos serviços de saúde e status de saúde de grupos de pacientes-alvo. Quando a qualidade é considerada sob essa perspectiva, o sistema de uma organização é definido conforme as coisas são realizadas, enquanto o desempenho da assistência médica é definido por uma eficiência da organização, resultado do atendimento e nível de satisfação do paciente. Assim, a qualidade é diretamente ligada à abordagem de prestação de serviços de uma organização ou aos sistemas de atendimento subjacentes. Para se alcançar um nível diferente de desempenho (resultados) e melhorar a qualidade, o desempenho de uma organização precisa mudar, embora cada programa de MQ possa parecer diferente (QUINN *et al.*, 1997).

Desse modo, para obter sucesso na melhoria das experiências dos pacientes, é importante usar uma abordagem sistemática e estruturada que dê *feedback* sobre o seu progresso. Alguns modelos podem auxiliar nesse processo de melhoria, sendo estes abarcados a seguir.

1.2.1 PDSA - Modelo de Melhoria: Ciclos de Planejar-Fazer-Estudar-Agir

Uma vez que uma equipe estabeleceu uma meta e medidas para determinar se uma mudança leva a uma melhoria, o próximo passo é testar uma mudança no ambiente real de trabalho desenvolvido. O ciclo de planejar-fazer-estudar-agir (PDSA) é um atalho para testar uma mudança, planejando-a, experimentando-a, bem como observando os resultados e agindo a partir do que se é aprendido. Este é o método científico, utilizado para a aprendizagem orientada para a ação (REED; ALAN, 2018).

As razões para implantação desse modelo são: aumentar sua crença de que a mudança resultará em melhorias; decidir quais das várias alterações propostas levarão à melhoria desejada; avaliar quanta melhoria pode ser esperada com a mudança; decidir se a mudança proposta funcionará no ambiente de interesse real; decidir quais combinações de mudanças terão os efeitos desejados nas importantes medidas de qualidade; avaliar custos; avaliar impacto social e efeitos colaterais de uma mudança proposta; minimizar a resistência na implementação (REED; ALAN, 2018).

Dessa maneira, dependendo do objetivo, as equipes escolhem mudanças promissoras e usam os ciclos Planejar-Fazer-Estudar-Agir (PDSA) para testarem uma mudança rapidamente em pequena escala, vendo como ela funciona e refinando a mudança conforme necessário antes de implementá-la em uma escala mais ampla.

1.2.2 FADE

Em um relatório intitulado *Crossing the Quality Chasm, do Institute of Medicine (IOM)*, identificam-se seis características essenciais da qualidade da saúde, segundo Merlino (2013):

- Segura: evitar lesões nos pacientes devido a cuidados que visam ajudá-los.
- Eficaz: fornecer serviços baseados em conhecimento científico a todos os que poderiam se beneficiar e absterem-se de prestar serviços para aqueles que provavelmente não se beneficiariam – evitando-se o uso insuficiente e o uso excessivo.
- Centrada no paciente: prestar cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores de cada paciente, além de garantir que os valores do paciente orientem as decisões clínicas.
- Oportuna: reduzir as esperas e, às vezes, atrasos prejudiciais para quem recebe e cuida.
- Eficiente: evitar desperdícios como o de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- Equitativa: prestar cuidados que não diferem em qualidade devido às características pessoais como: sexo, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Reed & Alan (2018) destacam que todas as iniciativas bem-sucedidas de melhoria da qualidade incorporam os quatro princípios principais, sendo:

- Para fazer melhorias na qualidade da assistência médica, uma organização precisa entender seu próprio sistema de entrega e os principais processos. Portanto, para melhorar a qualidade do atendimento (produtos/resultados), a iniciativa de MQ deve considerar simultaneamente (insumos) e atividades realizadas (processos).
- Uma medida importante da qualidade da assistência médica é a extensão em que as necessidades e expectativas dos pacientes são atendidas. Os serviços projetados para atender às necessidades e expectativas dos pacientes e de sua comunidade incluem: sistemas que afetam o acesso do paciente; prestação de cuidados baseados em evidências; segurança do paciente; suporte para o envolvimento do paciente; coordenação da assistência com outras partes do sistema de assistência médica maior; competência cultural incluindo: a avaliação da alfabetização em saúde dos pacientes, a comunicação centrada no paciente e os cuidados linguísticos apropriados.
- Uma abordagem de equipe é mais eficaz quando: o processo ou sistema é complexo; ninguém em uma organização conhece todas as dimensões de um problema; o processo envolve mais de uma disciplina ou área de trabalho; soluções requerem criatividade; é

necessário compromisso e comprometimento da equipe.

- Os dados são a pedra angular da MQ e a chave para aumentar a qualidade da assistência médica. É usado para descrever como os sistemas atuais estão funcionando, o que acontece quando as alterações são aplicadas e para documentar o desempenho bem-sucedido; utilizando dados separa o que se pensa estar acontecendo do que realmente está acontecendo; estabelece uma linha de base (começar com pontuações baixas é bom); reduz o posicionamento de soluções ineficazes; permite o monitoramento de alterações processuais para garantir que as melhorias sejam sustentadas; indica se as mudanças levam à melhorias e permite comparações de desempenho entre sites.

1.2.3 LEAN

O Lean, que às vezes é chamado de Sistema Toyota de Produção, é uma ferramenta usada pelas empresas para otimizar os processos de fabricação e produção. A ênfase principal do Lean é cortar etapas desnecessárias na criação de um produto ou na entrega de um serviço para que apenas as etapas que agregam valor diretamente sejam realizadas. Um princípio básico do Lean é a necessidade de fornecer o que o cliente interno ou externo deseja, ou seja, fornecer "valor" ao cliente com o mínimo de tempo, esforço e custo desperdiçados. Outra questão é que qualquer parte de um processo que não agrega valor é simplesmente removida da equação, deixando um processo altamente simplificado e lucrativo que fluirá de maneira suave e eficiente, criando capacidade adicional e, portanto, desempenho aprimorado (AHERNE; WHELTON, 2009).

No setor de saúde, o "pensamento" enxuto envolve uma compreensão clara do processo em análise, incluindo todas as etapas envolvidas, eliminando etapas desnecessárias e baseando o processo reprojeto nas necessidades de "puxar" do paciente. O Lean usa uma técnica chamada Value Stream Mapping (VSM), na qual uma equipe de Qualidade Integral (QI) cria um mapa visual de cada etapa do fluxo do processo atual (ARTHUR, 2011).

Para fazer isso, a equipe terá que discutir e concordar com as etapas sequenciais do processo atual – do começo ao fim. O VSM é extremamente útil para mapear as etapas que um paciente seguirá ao visitar o consultório do médico. Outro exemplo seria o mapeamento do fluxo de uma prescrição, preenchimento e dispensação de medicamentos. Usando essa técnica, as equipes de QI podem encontrar etapas no processo que resultam em desperdício, fluxo fraco, baixo valor e/ou erros (AHERNE; WHELTON, 2009).

O próximo passo no Lean é fazer a organização 5S. Durante a organização do local de trabalho 5S, os membros da equipe revisam sistematicamente cada ambiente para: ordenar, simplificar (definido em ordem), padronizar, limpar e iniciar autocontroles que sustentem a ordem da padronização (ARTHUR, 2011).

O objetivo do 5S é melhorar a organização do espaço e eliminar o tempo ou "desperdício de movimento" de

"procurar" coisas ou se preparar para o trabalho. O VSM juntamente com o 5S são ferramentas comprovadas para criarem processos "mais enxutos", oferecer mais valor aos envolvidos no processo e aumentar a taxa de sucesso da melhoria sustentada do processo (BUTLER *et al.*, 2009).

Em uma cultura Lean, o foco está nas equipes interdisciplinares, onde os líderes são treinadores e facilitadores. Há um forte foco no paciente e as decisões são orientadas por dados e processos. Conforme Jones *et al.* (2011), as recompensas são acumuladas para a equipe ou grupo, no entanto, o foco permanece nas necessidades e expectativas do cliente. Por exemplo, da perspectiva do paciente, um processo com valor não incluiria atrasos desnecessários no acesso aos cuidados, processo sem erros, longos tempos de espera e um resultado satisfatório. Da perspectiva do fornecedor, um processo com valor resultaria prontamente em gráficos, equipamentos, laboratórios e dados essenciais do paciente.

1.2.4 SIX SIGMA

O objetivo essencial do *Six Sigma* é eliminar defeitos e desperdícios, melhorando, assim, a qualidade e a eficiência – simplificando e melhorando todos os processos de negócios. Uma classificação sigma indica a porcentagem de produtos sem defeitos criados por um processo. Um processo *six sigma* é aquele em que 99,99966% de todas as oportunidades de produção devem estar livres de defeitos. Embora tenha sido projetado pela primeira vez para uso na fabricação e tenha se tornado central na estratégia de negócios da *General Electric*, em 1995, o setor de saúde usa o *Six Sigma* para aumentar a confiabilidade do processo de prestação de serviços de saúde (KENNEY, 2010).

O Six Sigma busca melhorar a qualidade das saídas do processo, identificando e removendo as causas dos defeitos (erros) e minimizando a variabilidade nos processos. Ele usa um conjunto de métodos de gerenciamento de qualidade e cria uma infraestrutura especial de pessoas dentro da organização (BUTLER *et al.*, 2009).

Um foco principal do *Six Sigma* é o uso de ferramentas e análises estatísticas para identificar e corrigir as causas da variação. Nesse sentido, como um roteiro para solução de problemas e melhoria de processos, o *Six Sigma* usa a Metodologia "Definir, Medir, Analisar, Melhorar, Controlar" – DMAIC (Quadro 3) (BUTLER *et al.*, 2009).

1.3 Manutenção de uma boa reputação da organização e destaque da organização no mercado de fortes concorrentes

O setor médico é uma área intensamente competitiva à medida que o consumidor médio de saúde se torna capacitado e com mais opções e conhecimento acessível. A reputação da marca para provedores de assistência médica cria credibilidade para os negócios à medida que cria comunidade (DEVERS *et al.*, 2004).

Vários estudos avaliaram a eficácia dos relatórios de desempenho público em estimular a melhoria da qualidade no setor de saúde; eles produziram resultados mistos. Esses estudos se baseavam, principalmente, em desenhos observacionais 'pré e pós' e geralmente não avaliavam o impacto dos relatórios nos consumidores. Uma avaliação mais recente, usando um projeto experimental controlado, produziu fortes evidências para a eficácia dos relatórios públicos sobre a melhoria da qualidade (DEVERS *et al.*, 2004).

Análises que examinaram o impacto do relatório de desempenho público, constataram que nove meses após o lançamento do relatório, os hospitais incluídos no relatório público tinham uma probabilidade significativamente maior de se envolver em esforços de melhoria da qualidade do que aqueles que receberam uma qualidade confidencial e privada em relatório ou nenhum relatório. Além disso, pesquisas com consumidores – dois meses após o lançamento do relatório – indicaram que eles haviam mudado de opinião em relação à qualidade relativa dos hospitais comunitários. Além disso, lembraram com precisão os hospitais classificados como de alto ou baixo desempenho (DEVERS *et al.*, 2004).

1.4 Gerenciamento de qualidade

Os conceitos de avaliação e garantia da qualidade no setor da saúde não são novos; a literatura documenta esforços nos últimos 80 anos para colocá-los em estruturas operacionais. Avaliação da qualidade é a medida dos aspectos técnicos e interpessoais dos cuidados de saúde e os resultados desses cuidados. A avaliação é expressamente uma atividade de medição – embora seja o primeiro passo na garantia da qualidade – não implica uma solução para problemas que possam ser descobertos (O'LEARY, 1988).

Classicamente, a garantia da qualidade abrange um ciclo completo de atividades e sistemas para manter a qualidade do atendimento ao paciente. Geralmente, esse ciclo envolve um conjunto de etapas que vão desde a identificação e verificação de problemas relacionados à qualidade e suas causas até a implementação de soluções para os problemas com a intenção específica de que a solução seja duradoura ou preventiva. Essas atividades são seguidas por uma revisão oportuna para determinar se o problema foi resolvido e se nenhum novo foi gerado no processo. Se as duas últimas condições forem atendidas (um problema resolvido e nenhum novo gerado), a atenção se desviará desse aspecto do atendimento ao paciente para outras áreas ou tópicos (BROOK; LOHR, 1985).

No que tange à melhoria da qualidade, este é um conjunto de técnicas para estudo contínuo e aprimoramento dos processos de prestação de serviços e produtos de saúde para atender as necessidades e expectativas dos clientes. Assim, possui três elementos básicos: conhecimento do cliente; foco nos processos de prestação de serviços de saúde; abordagens estatísticas que visam reduzir as variações nesses processos. Para

entender o local da melhoria contínua da qualidade, é útil pensar em termos de uma curva em forma de sino que distribua o número de prestadores ou o volume de atendimento em relação à qualidade. A cauda principal é a província da pesquisa, a cauda atrasada é o foco da regulamentação; e o meio é o foco da melhoria contínua (O'LEARY, 1988).

1.5 Análise dos Fatores que possam justificar excessos de gastos no dia a dia do hospital através do “Gerenciamento de Utilização - UM”

Os gerentes da área de saúde têm uma obrigação legal e moral de garantir uma alta qualidade do atendimento ao paciente e se esforçar para melhorar o atendimento. Esses gerentes estão em uma posição privilegiada para determinar políticas, sistemas, procedimentos e climas organizacionais. Conseqüentemente, muitos argumentaram que é evidente que os gerentes de saúde possuem um papel importante e óbvio na qualidade do atendimento e na segurança do paciente, e que essa é uma das maiores prioridades dos gerentes de saúde. De acordo com isso, houve pedidos para que os conselhos assumissem a responsabilidade pelos resultados de qualidade e segurança (KIZER *et al.*, 2001).

Na literatura sobre saúde, existem artigos não empíricos que fornecem proposições e descrições sobre atitudes e esforços gerenciais para melhorar a segurança e a qualidade. Essa literatura, composta de artigos de opinião, editoriais e experiências de um único participante, apresenta uma série de sugestões e recomendações perspicazes para ações que os gerentes de hospitais devem adotar para melhorar a qualidade da prestação de cuidados ao paciente em sua organização (GOSFIELD *et al.*, 2005).

As evidências da revisão promovem que os hospitais tenham um comitê de qualidade, com um item específico de qualidade na reunião da Diretoria, um relatório de medição de desempenho de qualidade e um painel com referências nacionais de qualidade e segurança, além de medidas padronizadas de qualidade e segurança. Fora da sala de reuniões, as implicações são para que os gerentes sêniores construam uma boa infraestrutura para interações entre funcionários e gerentes em estratégias de qualidade, associando a avaliação de remuneração e desempenho às conquistas de qualidade e segurança (GOSFIELD *et al.*, 2005).

1.6 Estratégias que garantem a qualidade dos serviços e otimização dos recursos

De acordo com Donabedian (como citado por REIS *et al.*, 1990, p.39), a qualidade no que tange ao âmbito da saúde “deve ser entendida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos e custos para os usuários”, assim, utilizando-se de estratégias que acarretem em benefícios que determinam o equilíbrio entre os recursos disponíveis e os valores sociais.

- A definição de prioridades da diretoria e as estratégias de planejamento alinhadas às metas de

qualidade e segurança foram identificadas como ações gerenciais da diretoria.

- Estratégias de qualidade com metas específicas que visam criar um plano de qualidade integral à sua agenda estratégica mais ampla.
- Desenvolver atividades destinadas a melhorar a cultura de segurança do paciente.
- Os gerentes de diferentes níveis se concentraram no cultivo de uma cultura de excelência clínica e na articulação da cultura organizacional aos funcionários.
- Informações sobre qualidade e segurança devem ser continuamente fornecidas ao Conselho. Em todos os níveis de gestão, atividades em torno de dados ou informações de qualidade e segurança devem ser reconhecidas como uso de medidas, relatórios de incidentes e taxas de infecção para forjar mudanças.
- Considerar associações encontradas entre o envolvimento gerencial específico e seu efeito na qualidade e segurança (DONABEDIAN, como citado por REIS *et al.*, 1990).

1.7. Pontos importantes e relevantes da organização a serem trabalhados pela equipe marketing

Sabe-se que as estratégias de marketing hospitalar se desenvolvem com a intenção de ofertar mais qualidade de vida, atendendo as necessidades de saúde individual e coletiva da comunidade. Nesse sentido, alguns pontos principais de marketing para o setor da saúde corroboram para um sistema adequado de melhoria dos resultados e qualidade (CEGALLA, 2008).

- Mais de 25% das reivindicações de seguro enviadas por uma clínica são rejeitadas devido a erros de cobrança da clínica cometidos pelos funcionários.
- Os pacientes experimentam longos tempos de espera e atrasos nos serviços de diagnóstico ambulatorial.
- Um grande número de pacientes hospitalizados desenvolve uma infecção de ferida após a cirurgia.
- Os custos de mão-de-obra são muito altos no departamento de radiologia.
- A satisfação geral dos pacientes com o apoio emocional fornecido pelos enfermeiros é inferior aos níveis de satisfação relatados para outros hospitais.

O modelo consiste em cinco elementos principais: sistemas de saúde, design do sistema de entrega, suporte à decisão, sistemas de informações clínicas e suporte ao autogerenciamento. Esses elementos interagem entre os pacientes e as equipes de prática para criar um sistema que promova o gerenciamento de doenças e prevenção de alta qualidade (CEGALLA, 2008).

1.8. Novas tecnologias no apoio à qualidade dos cuidados nas organizações de saúde

A tecnologia caracteriza-se como produto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, resultando em um conjunto de conhecimentos científicos que construam produtos materiais, ou não, a fim de intervir e provocar mudanças

sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Num crescimento cada vez mais acelerado, o uso de tecnologias permeia todos os ambientes e situações vividas pelo homem. No âmbito da saúde, não seria diferente; consiste na área da Informática em Saúde, definido como um campo científico que trabalha com o armazenamento, recuperação e uso da informação, dados e conhecimento para a resolução de problemas e tomada de decisão. A crescente disponibilidade de tecnologias utilizadas na saúde proporciona um impacto positivo na qualidade dos serviços, pois favorece a redução da morbidade e a mortalidade, assim como a preservação da funcionalidade e qualidade de vida do usuário, uma vez que permitem aos serviços a melhora do fluxo das informações (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

E nessa disponibilidade, há uma forte utilização de TIC's com a melhoria na atenção à saúde na perspectiva do domicílio. A tecnologia da informação em saúde tem-se apresentado como uma ferramenta importante para otimização da prestação dos serviços. Sua aplicação vai além das técnicas médicas, podendo oferecer suporte a fim de melhorar os processos de atendimento, mecanismos de informação e comunicação entre os agentes de todo o sistema (JORGE et al., 2017).

Observa-se que as TICs têm sua aplicação em diferentes processos como na atenção primária, telemedicina domiciliar, em atendimentos especializados, apoio aos serviços de informação e documentação (ex. prontuário eletrônico), comunicação nos serviços de emergência e apoio aos gestores – gerando informações de maneira rápida e efetiva para tomada de decisão (JORGE et al., 2017).

É necessário considerar que a incorporação de uma nova tecnologia deva ser eficiente, pois causam impacto nos indicadores clínicos e econômicos. No mundo, os sistemas de saúde vêm adotando estratégias de monitoramento e avaliação da assistência, utilizando instrumentos baseados na economia da saúde e epidemiologia na tentativa de melhorar a eficiência e expansão da assistência, assim como incorporar tecnologias eficazes e seguras, como a robótica, a realidade aumentada e virtual e até a utilização de games (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Essa utilização tem acontecido de maneira efetiva, dentre outras coisas, por meio da saúde eletrônica (e-saúde) que não se propõe uma forma adicional de atendimento sanitário como resultado da aplicação das TICs, mas formas diferentes de prestar atenção, com uma total interação intersistêmica, onde o centro seja o paciente e a atenção às suas necessidades. Isso é um valor indispensável para a continuidade do cuidado através da TIC. Potencialmente, melhoraria a acessibilidade, a qualidade do serviço e a efetividade diagnóstica e terapêutica (JORGE et al., 2017).

Especificamente, na esfera da Robótica, percebeu-se que os robôs já estão começando a afetar a medicina, onde a aplicação da ciência e tecnologia para tratar e

prevenir lesões e doenças já estão disponíveis. Os sistemas tele-robóticos estão sendo usados para realizar cirurgia, resultando em tempos de recuperação mais curtos e resultados mais confiáveis em alguns procedimentos (SKINOVSKY et al., 2008). Assim, estabelecendo uma melhor qualidade acerca dos cuidados nas organizações de saúde por meio das novas tecnologias.

Os sistemas robóticos também estão fornecendo, com sucesso, terapia física e ocupacional, substituindo, muitas vezes, a função de membros. As experiências também demonstraram que os sistemas robóticos podem fornecer supervisão, treinamento e motivação da terapia que complementam o cuidado humano com pouca ou nenhuma supervisão por terapeutas humanos, podendo continuar a terapia de longo prazo em casa após a hospitalização (SKINOVSKY et al., 2008).

Nesse sentido, a criação de um sistema robótico que imita a biologia tem sido utilizada como uma maneira de estudar e testar como o corpo humano e o cérebro funcionam. Além disso, os robôs podem ser usados para adquirir dados de sistemas biológicos com precisão e sem precedentes, permitindo obter informações quantitativas sobre o comportamento físico e social (SKINOVSKY et al., 2008). Tudo isso a fim de se estabelecer uma melhor qualidade acerca dos cuidados ao paciente, melhorando respectivamente a qualidade nas organizações de saúde.

Portanto, este estudo pode impactar no desempenho e na qualidade das organizações de saúde e, respectivamente, na melhoria dos serviços para a sociedade.

Por fim, no que tange ao objetivo geral desta pesquisa, este visa apresentar as estratégias de melhoria a partir de outras instituições de saúde e abordar a importância da análise dos fatores que possam justificar excessos de gastos cotidianos de hospitais por meio do Gerenciamento de Utilização – UM.

Quanto aos objetivos específicos, estes procuram ressaltar os modelos de melhoria de desempenho para projetos de melhoria de saúde: PDSA, FADE, LEAN e SIX SIGMA. Além disso, buscam abarcar os pontos mais importantes da organização a serem trabalhados pela equipe marketing do setor de saúde e ressaltar a importância da qualidade no processo de atendimento.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi de cunho integralmente bibliográfico, abarcando uma revisão sistemática acerca do tema proposto. Assim, realizaram-se análises de livros de importantes teóricos da área, além de revisões em artigos científicos em periódicos e em publicações eletrônicas retiradas de bancos de dados *on-line*, dentre outras ferramentas afins, sempre com o interesse máximo em desbravar, coletar e descrever as informações acerca da temática escolhida. Além disso, apresentou-se, também, alguns passos de observação considerados na atividade proposta pelo curso.

A fim de se estabelecer o levantamento dos artigos na literatura, foi realizada buscas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além da Pubmed, Scielo e Google Acadêmico. Dessa forma, foram utilizados para acessar os artigos utilizados neste trabalho, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Melhoria da Qualidade”, “Saúde”, “Gestão” e “Gerenciamento de Utilização – UM”.

Acerca dos critérios de inclusão, estes foram determinados para fim de seleção dos artigos desta pesquisa: artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Nesse sentido, foram selecionadas as publicações de artigos integrais e que refletissem a temática abarcada nesta pesquisa, além de artigos publicados e indexados nos bancos de dados supracitados sem recorte temporal.

3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos deste trabalho, observou-se que a aplicação do método DMAIC em suas cinco fases, além do estudo dos conceitos PDSA, FADE, Lean e Six Sigma auxiliam na verificação da qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços à Saúde.

Compreende-se que a organização de saúde seja um sistema complexo e, por esta razão, acredita-se que não se deva avaliá-lo de forma isolada – a partir de um só setor ou departamento – porque sua estruturação e os seus respectivos processos estão atrelados entre si de tal maneira que o desenvolvimento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Nesse sentido, verificou-se, por meio deste estudo, que a melhoria da qualidade está intrinsecamente ancorada às estratégias definidas para delimitar e desenvolver o sistema como um todo, bem como melhorar a qualidade, os processos e os resultados das organizações de saúde.

Dessa forma, percebeu-se com este estudo que as melhorias de qualidade se concentram em impactar, de forma direta, na melhoria da assistência médica. Além disso, percebeu-se que as melhorias de desempenho se concentram no desempenho dos compostos da organização hospitalar, visando melhorar a maneira como as coisas são feitas acerca dos cuidados ao paciente, melhorando, respectivamente, a qualidade nas organizações de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, com a presente pesquisa, que a melhoria da qualidade trata de uma variedade de técnicas e métodos usados para a coleta e análise de dados coletados no curso das práticas atuais de assistência médica em um ambiente de atendimento definido para identificar e resolver problemas no sistema e melhorar os processos e resultados do atendimento. Assim, as melhorias de qualidade concentram-se em impactar diretamente a qualidade da assistência médica. Além disso, percebeu-se que as melhorias de

desempenho se concentram no desempenho dos sistemas administrativos. Sendo que ambos podem ser prospectivos ou retrospectivos, e visam melhorar a maneira como as coisas são feitas.

No que tange aos objetivos da MQ, os mesmos incluem: reduzir erros médicos, morbidade e mortalidade; auxiliar no desenvolvimento de diretrizes de melhores práticas; melhorar a satisfação do cliente; garantir que o ambiente de cuidados promova a segurança; garantir desempenho profissional. Nesse intento, a melhoria da qualidade não se destina a atribuir culpa, mas a descobrir onde os erros estão ocorrendo e desenvolver sistemas para evitá-los. Neste contexto, o próprio *marketing* que coloca o setor em uma posição de destaque e de boa reputação, auxilia no processo de melhoria e de resultados melhores.

Com isso, pode-se concluir que para alavancar o desempenho da organização perante o mercado da área da saúde, garantindo destaque, otimização de recursos e melhoria da qualidade dos serviços, é necessária uma gestão de utilização/redução dos custos, bem como uma implementação de ferramentas de melhoria de qualidade e desempenho, além de um relatório público que auxilie na boa reputação e destaque do setor público de saúde.

5. FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes de financiamento nesta pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

- [1] AHERNE, J.; WHELTON, J. Aplicando o Lean na área da saúde: uma coleção de estudos de caso internacionais. **Milwaukee: sociedade americana de qualidade**, v. 12, n. 9, p. 4-25; 2009.
- [2] ARTHUR, J. Lean six sigma para hospitais: etapas simples para cuidados de saúde rápidos, acessíveis e sem falhas. **Milwaukee: sociedade americana de qualidade**, v. 2, n. 5, p. 54-29; 2011.
- [3] BROOK, R.H.; LOHR, K. Efficacy, effectiveness, variations and quality: boundary-crossing research. **Med. Care**, v. 23, n. 5, p. 710-22; 1985.
- [4] BUTLER, G.; CALDWELL, C.; POSTON, N. Lean-six sigma para assistência médica: um guia líder sênior para melhorar custos e produtividade. **Milwaukee: sociedade americana de qualidade**, v. 21, n. 8, p. 71-22; 2009.
- [5] CALDEIRA, A.P.; FRANÇA, E.; GOULART, E.M.A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. **Jornal de pediatria**, São Paulo, v. 77, n. 6, p. 461-468; 2001.
- [6] CEGALLA, D. P. Dicionário de dificuldades da língua portuguesa: edição de bolso. Rio de Janeiro: lexikon, Porto Alegre: L&PM, p. 46; 2008.
- [7] DEVERS, K.J.; PHAM, H.H.; LIU, G. O que são os esforços de segurança do paciente dos hospitais de condução? **Assuntos de saúde**, v. 23, n. 2, p. 103-115;

- 2004.
- [8] DONABEDIAN, A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio. México, DF: **Instituto Nacional de Salud Pública**, p. 39-40; 1990.
- [9] GOSFIELD, A.G.; REINERTSEN, J.L.; RUPP, W.; WHITTINGTON, J.W. Engaging physicians in a shared quality agenda. Ihi innovation series white paper. Cambridge, MA: **Institute For Healthcare Improvement**, v. 23, n. 2, p. 11-15; 2007.
- [10] JONES, D.; IAN, T.; MARC, B.; ALAN, M. Fazendo os hospitais funcionarem: como melhorar o atendimento ao paciente, poupando tempo e recursos de todos. **Ciênc Saúde Colet**, p.: 8-12; 2011.
- [11] JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A., SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 7, p.31-55; 2017.
- [12] KENNEY, C. Transformando os cuidados de saúde. Perseguição da Virginia Mason Medical Center da Experiência Perfeita Para o Paciente. Imprensa de Produtividade, p.31-55; 2010.
- [13] KANE, R.A. & KANE, R.L. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Madrid: Fundación de la Caja de Madrid, v. 27, p.768-773; 1988.
- [14] KIZER, K. W. et al. Hospitalization charges, costs, and income for firearm-related injuries at an university trauma center. **Journal of the American Medical Association**, v. 273, p.1768-1773; 2001.
- [15] MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, p. 35-53; 2009.
- [16] MERLINO, J. Por que o atendimento ao cliente é importante no setor de saúde? A troca. Disponível em: <http://finance.yahoo.com/blogs/the-exchange/why-customer-matters-healthcare-industry-214727535.html>. Acesso em 12 jun. 2021; 2013.
- [17] O'LEARY, KD. Agressão física entre cônjuges: uma perspectiva da teoria da aprendizagem social. Em vb van hasselt, rl morrison, as Bellack, & M. Hersen (eds.), Manual De Violência Familiar Plenum press, p. 31-55; 1988.
- [18] QUINN, J.; BARUCH, J.; ZIEN, K. Explosão inovadora: usando intelecto e software para revolucionar estratégias de crescimento. Nova York: Free press., v. 2, p. 19-31; 1997.
- [19] REED, J.; ALAN, C. The problem with plan-do-study-act cycles. **BMJ Journals**, v. 25, p. 11-13; 2018.
- [20] REIS, E.J.F.B., SANTOS, F.P., CAMPOS, F.E., ACÚRCIO, F.A., LEITE, M.T.T., LEITE, M.L.C., CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 22-3; 1990.
- [21] UGÁ, M.A.; NORONHA, J.C. O sistema de saúde dos estados unidos. In: buss, paulo marchiori; labra, maria eliana (org.). Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: **Fiocruz.**, p. 119-125; 2015.
- [22] VIANA, A.L.D.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana, Ana Luiza D'ávila & Elias, Paulo Eduardo Margeon. v. 1, p. 1-2; 2005.