



PROJETO
VIAGEM AO *Clif*
CONHECIMENTO
QUAL SERÁ NOSSA PRÓXIMA PARADA?

PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO DE GESTORES



PROJETO
VIAGEM AO *Clif*
CONHECIMENTO
QUAL SERÁ NOSSA PRÓXIMA PARADA?

CAPÍTULO 1
PLANETA
QUALIDADE

Com Roberta
Torquato

Agenda

- Ferramentas de Qualidade
- Gestão de Processos
- SIPOC
- Fluxograma
- PDCA
- SWOT
- BSC
- Indicadores
- Metas SMART
- RCA, Ishikawa
- 5W2H, Plano de Ação, 5PQs





Qualidade

- Qualidade está relacionado às percepções de cada indivíduo e diversos fatores como cultura, produto ou serviço prestado. Necessidades e expectativas influenciam diretamente nesta.



Conceitos de qualidade

Segundo Autores

JURAN - Qualidade como adequação ao uso

DEMING - Busca da qualidade no controle de processos

CROSBY - Qualidade com produto isento de defeitos

ISHIKAWA - Qualidade com capacidade de atender as necessidades do cliente

TAGUCHI - Qualidade com o mínimo de perda dos produtos



Gestão

Macro Conceito

- Gestão significa **gerenciamento**, **administração**, onde existe uma instituição, uma empresa, uma entidade social de pessoas, a ser gerida ou administrada.
- Conjunto de opções, diretrizes e valores que seus líderes determinam para a empresa ter um desenvolvimento esperado.

Conceito de gestão



- A gestão tem como princípios fundamentais incentivar a participação, estimular a autonomia e a responsabilidade dos funcionários. Em sua concepção, ela tem como foco a questão gerencial, cujo processo é voltado para o político-administrativo.
- Sendo assim, *gerir é atingir os objetivos da companhia de maneira eficaz ao valorizar o conhecimento e as habilidades das pessoas que trabalham dentro da empresa. O gestor deve ter a capacidade de manter a sinergia entre o grupo, a estrutura e os recursos já existentes.*

Gestão por Resultados

**G
E
S
T
Ã
O**

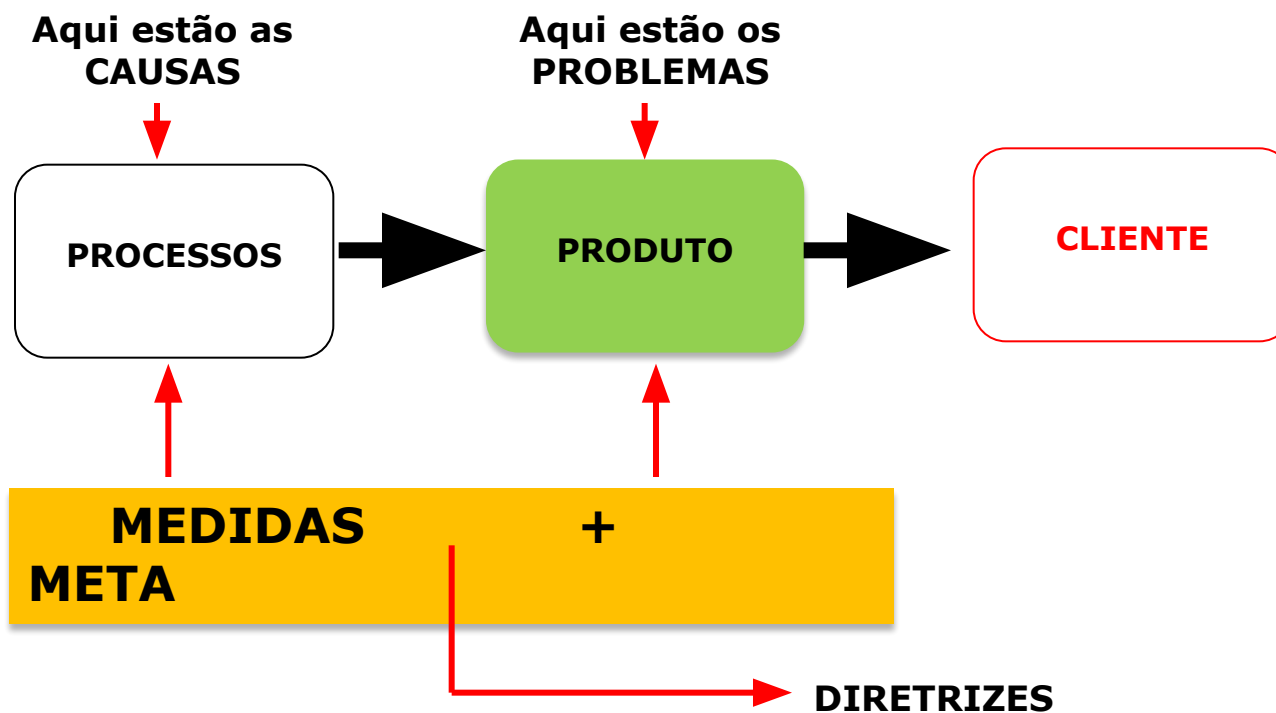
- | |
|---|
| 1. Identifica as necessidades do paciente |
| 2. Estabelece a relação de sua condição com as comorbidades |
| 3. Estratifica os riscos e elege o paciente . |
| 4. Defini a equipe multidisciplinar para desenvolver o processo |
| 5. Estabelece objetivos e resultados esperados, que sejam factíveis |
| 6. Estabelece indicadores de resultados bem específicos e validados pela equipe |
| 7. Processo de comunicação |
| 8. Avaliação do resultado |

**R
E
S
U
L
T
A
D
O**

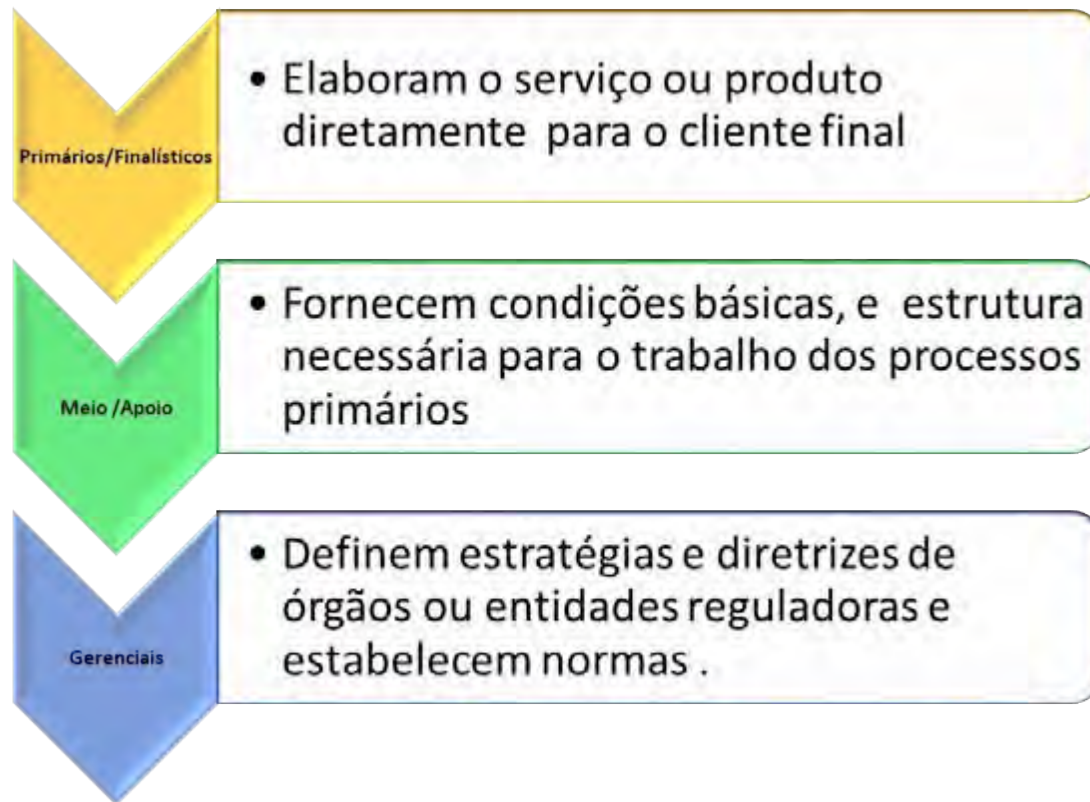
Gestão por processos



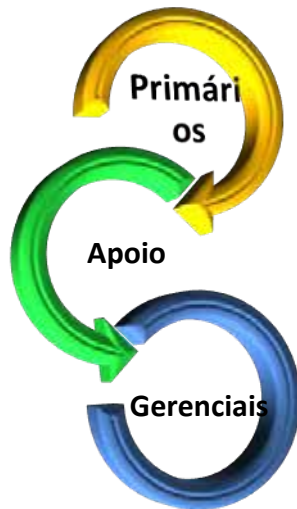
- Um processo é definido como uma atividade ou um conjunto de atividades que utiliza recursos para converter elementos de entrada em elementos de saída possuindo um valor acrescentado.
- A identificação e formalização dos processos da empresa consiste em localizar as diferentes cadeias de atividade que concorrem a um objetivo comum.



Grupos de Processos



Tipos de Processos



- Respondem por 80% do desempenho estratégico



- Geram despesas operacionais entre 20 e 40%



Cadeia de valor

- O escopo ou perspectiva da cadeia de valor define a natureza competitiva de uma organização no âmbito do mercado industrial em que se insere e determina a configuração e a economia do próprio modelo de cadeia de valor. É possível observar a cadeia de valor sob as seguintes perspectivas:
- **Escopo do Segmento:** refere-se à variedade de produtos produzidos e de compradores atendidos;
- **Escopo Vertical:** refere-se à execução das atividades (internamente ou em regime de *outsourcing*);
- **Escopo Geográfico:** refere-se à variedade de indústrias afins em que a empresa compete com uma estratégia coordenada.



Figura 1 – Cadeia de valor. Adaptado de Porter, On Competition, 1996.

Processo Primário

(Negócio, finalístico ou essenciais)



- Perpassam toda a instituição e entregam valor ao cliente. Processos finalísticos são frequentemente chamados de essenciais pois representam as atividades essenciais de uma organização para o desempenho da sua missão .
- Ex: Produção , Atendimento , Recebimento, vendas ...

Processo Apoio *(Chave ou Meio)*

2



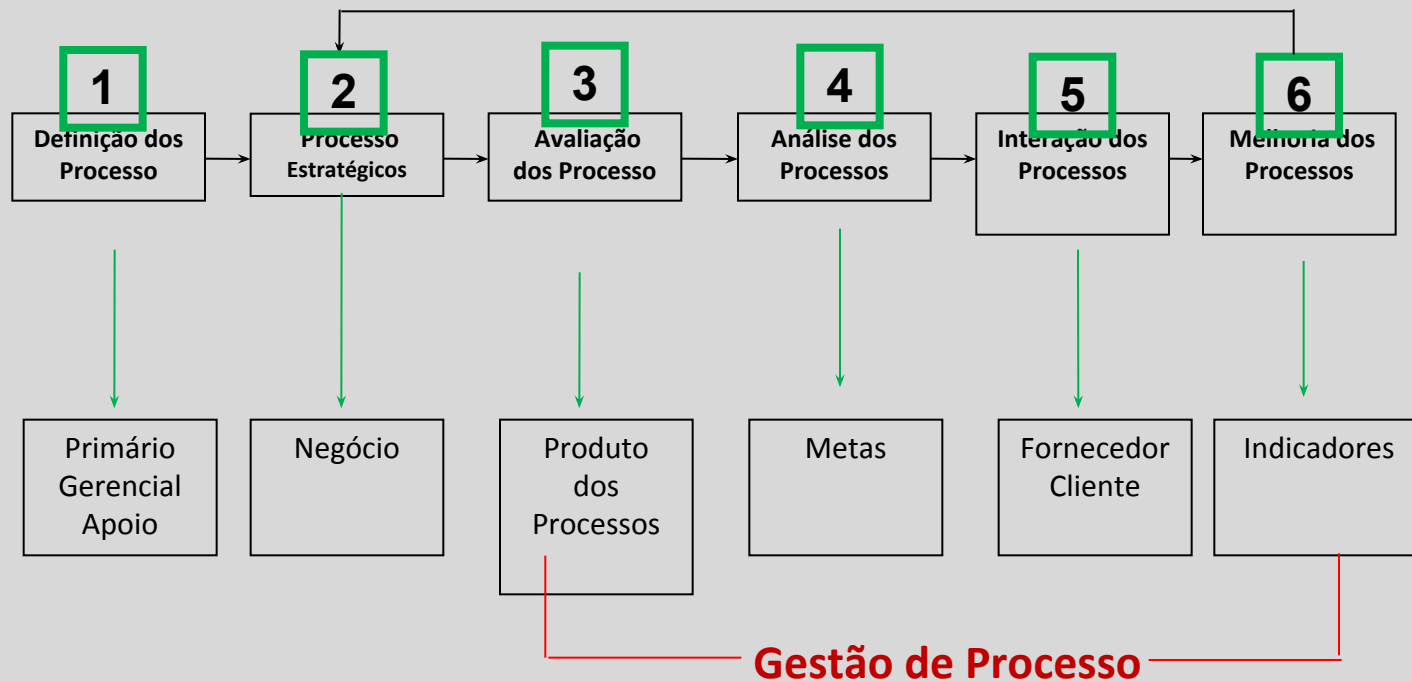
- Formalmente estabelecidos.
- Suportam os processos primários.
- Sem contato com o cliente.
- Não entregam valor ao cliente diretamente.

Processo Gerencial *(Estratégico)*

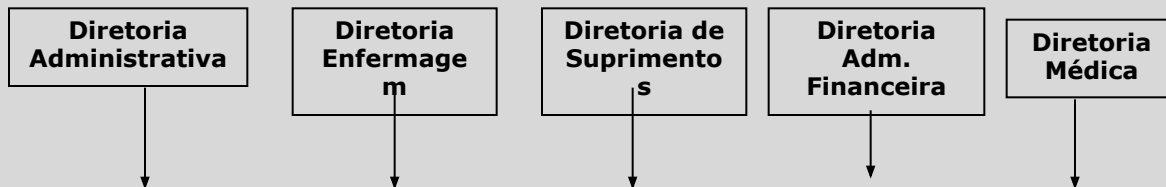
3



- Formalmente Estabelecidos.
- Coordenam as atividades dos processos primários e de suporte.
- Buscam a eficácia e eficiência da empresa.
- Medem, monitoram e controlam.
- Não entregam valor ao cliente diretamente.



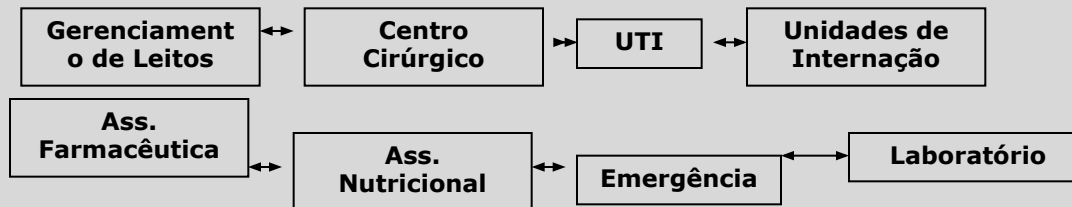
Gerenciais



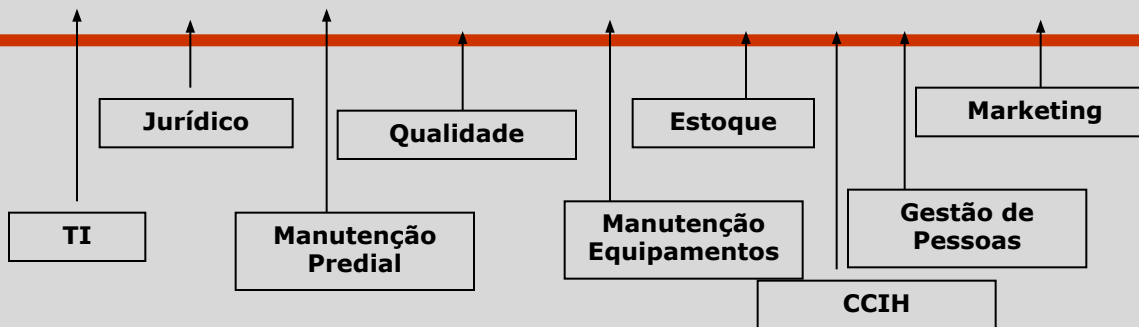
Definem Diretrizes Estratégicas



Primário



Apoio



Definem Diretrizes Operacionais



ESTRATÉGIA



ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Definir os processos



- **Eficazes** - de forma a viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos
- **Eficientes** - Otimização do uso dos recursos
- **Adaptáveis** -
- capacidade de adaptação às necessidades variáveis do usuário e organização

Mapeamento de processos

- No sentido mais básico, um **modelo de negócio** é o método de fazer negócios pelo qual uma empresa pode se sustentar, isto é, gerar receitas.
- O modelo de negócios enuncia como uma empresa ganha dinheiro, especificando sua posição.

<p>#1 Entenda onde na cadeia de valor da organização o processo se encaixa</p>	<p>#2 Leve em consideração as informações obtidas no levantamento do processo</p>	<p>#3 Coloque raias para cada ator do processo</p>
<p>#4 Entenda quais são os eventos iniciais do processo</p>	<p>#5 Use verbo no infinitivo para os nomes das atividades</p>	<p>#6 Complemente o nome da atividade com o objeto ao qual ela se refere sem deixá-lo com mais de 8 palavras</p>
<p>#7 Evite o uso de abreviaturas e plural nos nomes dos elementos</p>	<p>#8 Padronize o idioma nativo na nomenclatura de todos os objetos</p>	<p>#9 Represente as entradas e saídas das atividades</p>
<p>#10 Caracterize os tipos dos eventos</p>	<p>#11 Confira o uso correto dos gateways ou conectores</p>	<p>#12 Deixe claro quais são os eventos finais possíveis do processo</p>
<p>#13 Pense quais são as exceções ou variações do processo</p>	<p>#14 Busque por incoerências, omissões ou duplicações</p>	<p>#15 Harmonize o nível de detalhamento do processo</p>
<p>#16 Reorganize o modelo utilizando subprocessos</p>	<p>#17 Complemente o modelo gráfico com descrições textuais</p>	<p>#18 Revise o modelo pensando em instâncias reais do processo</p>
<p>#19 Peça para outro analista inspecionar o seu modelo de forma independente</p>	<p>#20 Valide o modelo com os stakeholders do processo pessoalmente</p>	

Mapeando uma unidade de negócio



O mapeamento de processos de negócios objetiva determinar a forma em que os insumos recebidos de um fornecedor, são tratados e transformados em produtos que serão entregues aos clientes (cadeia cliente/ fornecedor).

A essa transformação, chamada de processo, são alocados recursos (materiais, financeiros, de pessoas, etc) destinados a promover essa transformação com efetividade (eficiência + eficácia).

Resultado de um Processo = Produto



Processos tem dois tipos de produtos:

- Produtos Intencionais : *produto planejado*
- Produtos não Intencionais : *ineficiência, desperdício*

Exemplificando...

**SEQUÊNCIA COORDENADA DE ATIVIDADES, COM OBJETIVO DE
PRODUZIR UM DADO RESULTADO**



- Todo processo gera um produto (saída);
- Todo processo tem clientes ;
- Todo processo requer entradas;
- Todo processo tem fornecedores.



SIPOC

- Utilizando a ferramenta SIPOC é possível determinar as entradas e saídas, os cliente e fornecedores e as principais etapas de determinado processo.



SIPOC



- **S Supplier:** fornecedor ou os fornecedores do processo, que podem ser internos ou externos da organização.
- **I Input:** são as entradas, recebidas dos fornecedores. Elas são o ponto de partida do nosso processo e esse ponto merece uma atenção especial: se entrar porcaria o resultado será porcaria.
- **P Process:** aqui descrevemos o nome do processo, procurando utilizar verbo no infinitivo para indicar ação (faturar, furar, cortar, ligar, etc.). São as etapas que irão transformar as entradas em saídas, a próxima letra do SIPOC
- **O Output:** são as saídas ou resultados gerados. São elas que importam para nosso cliente e são nelas que coletamos indicadores de eficiência, que também chamamos de variáveis Y, CTC (critical to customer) ou CTQ (critical to quality).
- **C Customer:** é o cliente (interno ou externo). Um conceito importante é que ele define o que é adequado (especificações) para as saídas de um processo, uma ideia contrastante a visão comum nas décadas passadas de que a engenharia deveria saber o que é qualidade

SIPOC



• **fornecedores do processo.** Estes são as pessoas ou outros processos que fornecem as entradas. Toda entrada deverá possuir um fornecedor. Em alguns processos que vão do início ao fim, o fornecedor e o cliente poderão ser a mesma pessoa ou processo.

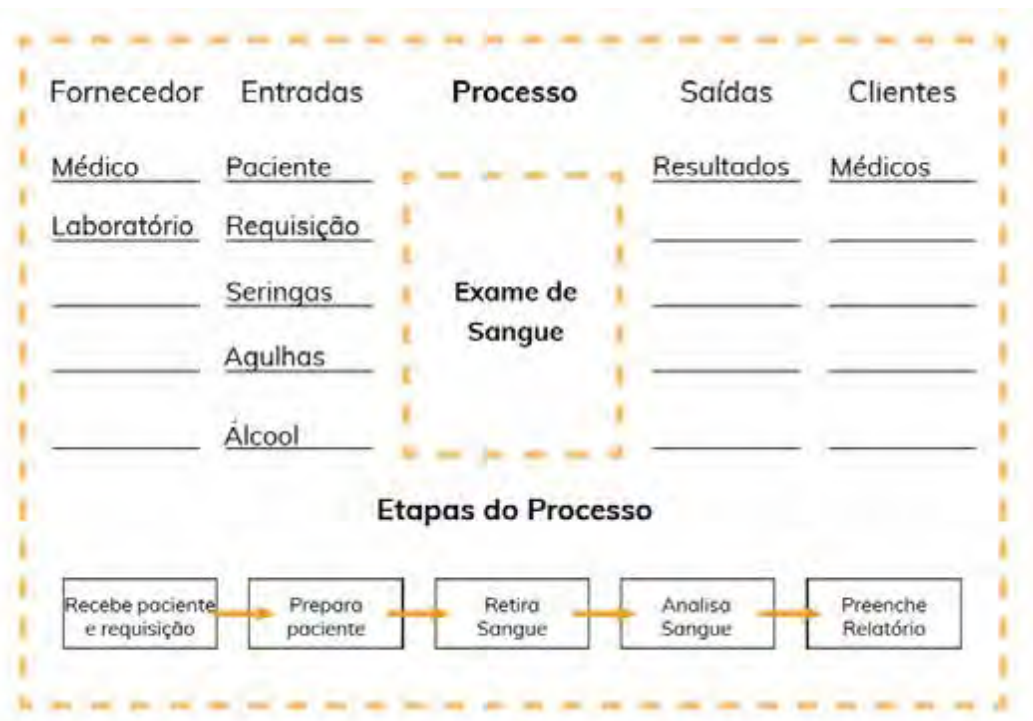
• **entradas do processo.** Estas são as coisas necessárias para iniciar o processo. Elas frequentemente são tangíveis (Ex: Requisição do cliente);

• **sub-processos** que fazem parte do processo mapeado. Estas são as atividades que são feitas para converter as entradas em saídas. Elas serão a base para o mapa do processo a ser criado a após a elaboração do SIPOC.

• **saídas** do processo. As saídas são as coisas tangíveis que o processo produz (Ex: um relatório, uma carta, um produto, etc);

• **clientes do processo.** Estas são as pessoas ou outros processos que recebem as saídas do processo. Toda saída deverá possuir um cliente;

Exemplo Estruturado



CADEIA DE VALOR DA EMERGENCIA

FORNECEDOR	INSUMO	PROCESSO	RESULTADO	CLIENTE
LABORATORIO	Realização e entrega de exames.	Médico solicita exame em formulário próprio. Encaminha paciente no sistema para Enfermagem e orienta o próprio paciente ou familiar a autorizar o exame na recepção. Com o exame autorizado, o paciente ou familiar entrega o pedido à enfermagem que encaminha, via sistema, o paciente ao técnico de laboratório que dá suporte à emergência, que faz a coleta. Conforme POP 039.041.4.0004	Exame disponibilizado impresso e armazenado em suporte acrílico situado no posto de Enfermagem 1 conforme prazo estabelecido em pacto.	EMERGENCIA
RADIOLOGIA	Realização de exames de imagem	Médico solicita exame em formulário próprio. Encaminha paciente no sistema para Enfermagem e orienta o próprio paciente ou familiar a autorizar o exame na recepção. Enfermagem recebe pedido autorizado e encaminha, via sistema, o paciente ao setor de radiologia. O paciente que pode deambular e que não está em uso de acesso venoso recebe orientação de onde deve ir para realizar o exame. O paciente que não pode deambular ou que esteja em uso de acesso venoso será acompanhado por funcionário da Enfermagem conforme nível de transporte. A equipe de enfermagem da Radiologia assume os cuidados do paciente e comunica o fim do exame para que a equipe de enfermagem da emergência providencie seu retorno, conforme POP 039.207.4.0013	Disponibilização de imagem em sistema próprio (DIGITAL CLINIC) imediatamente após a realização. Ao ser solicitado, o laudo provisório deverá ser informado por telefone pelo serviço de radiologia ao médico solicitante ou ao chefe de plantão.	EMERGENCIA

Fluxograma



- O Fluxograma é uma representação gráfica de uma série de atividades que definem um Processo. O processo mapeado será um input importante para a fase diagnosticar oportunidades de melhorias ou de dar o “caminho” exemplificando a forma de como fazer ou ajudando na tomada de decisões até um resultado final .

Construindo um fluxograma multifuncional

SIMBOLOGIA DE FLUXOGRAMAS
PADRÃO ANSI - American National Standards Institute

SÍMBOLO	IDENTIFICATIVO	SÍMBOLO	IDENTIFICATIVO
	Operação		Armazenagem
	Movimento / Transporte		Sentido de Fluxo
	Ponto de decisão		Conexão ¹
	Inspeção		Limites (Início, pare, fim)
	Documento impresso	1-	Utilizado quando o fluxograma não cabe em uma única página
	Espera		

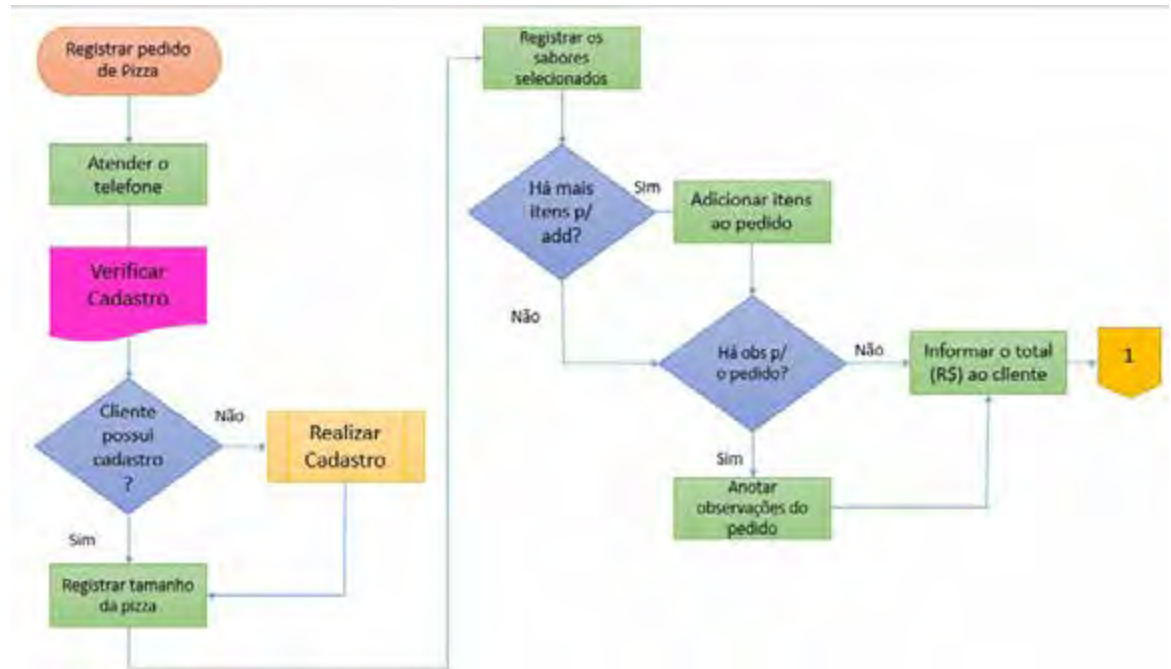
- ✓ Foco nas Unidades Organizacionais;
- ✓ Permite à equipe compreender o fluxo do processo entre os Departamentos;
- ✓ Mostra a interdependência das atividades;
- ✓ É útil para processos que não se completam em uma única área indicando os responsáveis por cada etapa.



Pensando no objetivo do fluxograma

- Conhecimento sobre o processo.
- Identificação dos pontos de medição .
- Identificação de complexidade.
- Desafiar as atividades
- Padronização de procedimentos
- Projeto ou modificação dos processos

Construir um fluxograma é fácil ...



Objetivamente



- *O Fluxograma tem por objetivo apresentar de forma rápida e descomplicada o fluxo de informações e ações da sequência operacional do processo.*

PDCA

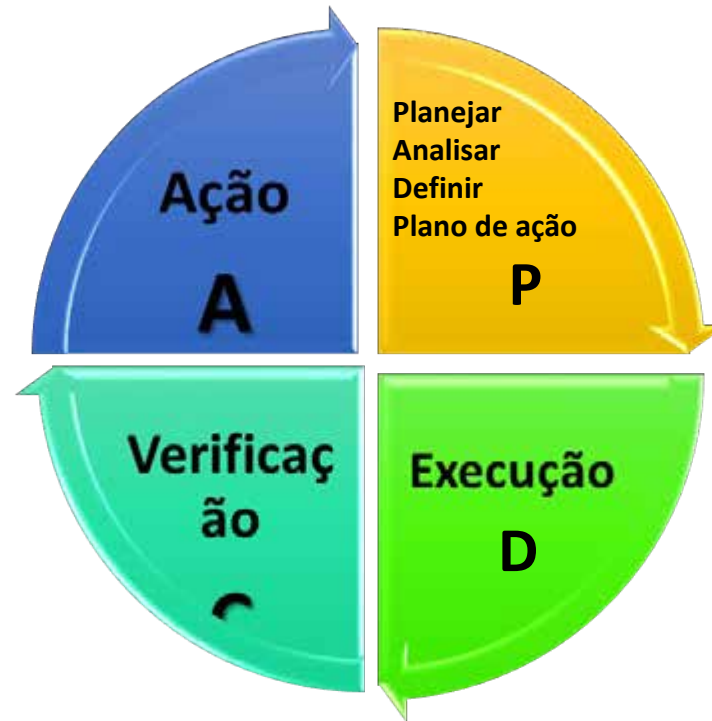


PDCA (do inglês: *PLAN - DO - CHECK - ACT* ou *Adjust*) é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos. É também conhecido como o círculo/ciclo/roda de Deming, ciclo de Shewhart, círculo/ciclo de controle, ou PDSA (plan-do-study-act).

Ciclo PDCA

sua utilização

- Escopo
- Risco
- Tempo
- Partes interessadas
- Integração
- Qualidade
- Custo
- Aquisições
- Recursos Humanos
- Comunicação



PDCA



Análise dos “problemas”

- ✓ Análise das Causas
- ✓ Análise dos “problemas”
- ✓ Análise das Causas
- ✓ Definição das metas
- ✓ Elaboração do plano de ação

PDCA



Análise dos “problemas”

Treinamento

Execução do Plano de ação

PDCA



Análise dos “problemas”

✓ Verificação dos resultados

PDCA



- ✓ Ação corretiva no insucesso
- ✓ Padronizar e treinar no sucesso

Swot



A **Análise SWOT** é uma ferramenta utilizada para fazer análise ambiental, sendo a base da gestão e do planejamento estratégico em uma empresa ou instituição.

Ambiente Interno

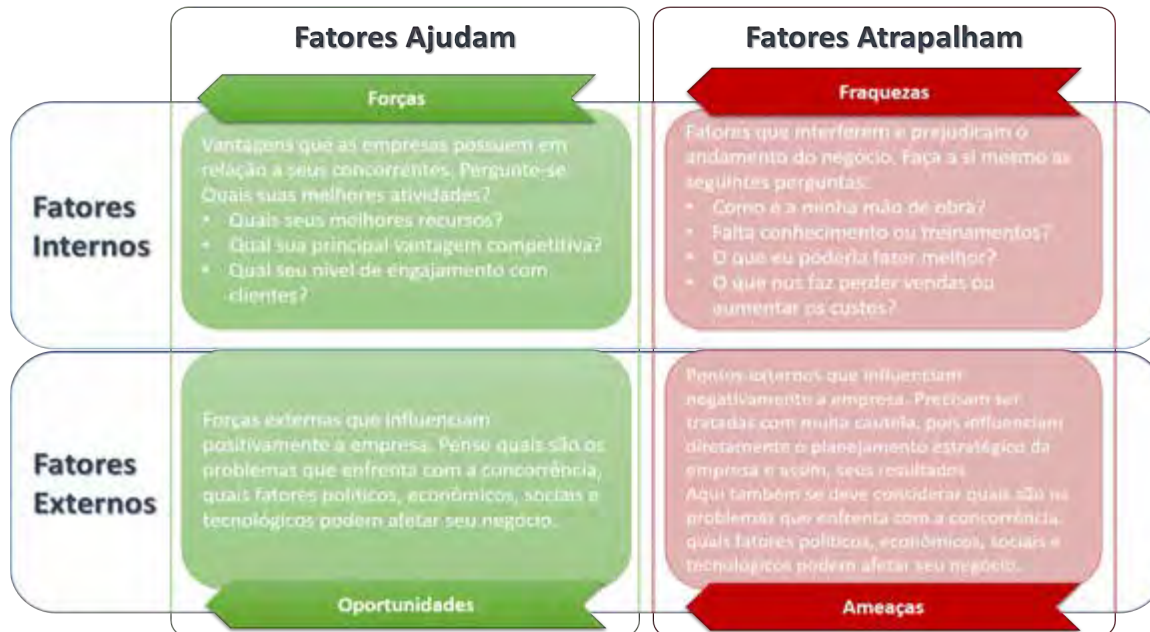
Ambiente Externo



PROJETO
VIRGEM DO CLIF
CONHECIMENTO



Análise Ambiental



Forças

- *Strengths (forças)* - vantagens internas da empresa em relação às concorrentes. Ex.: qualidade do produto oferecido, bom serviço prestado ao cliente, solidez financeira, etc.



Fraquezas

- *Weaknesses* (**fraquezas**) - desvantagens internas da empresa em relação às concorrentes. Ex.: altos custos de produção, má imagem, instalações desadequadas, marca fraca, etc.;



Oportunidades

- *Opportunities* (**oportunidades**) – aspectos externos positivos que podem potenciar a vantagem competitiva da empresa. Ex.: mudanças nos gostos dos clientes, falência de empresa concorrente, etc.;



Ameaças

- *Threats* (ameaças) - aspectos externos negativos que podem por em risco a vantagem competitiva da empresa. Ex.: novos competidores, perda de trabalhadores fundamentais, etc.





Análise Swot Cruzada

- A análise swot cruzada consiste em cruzar as informações dos quatro quadrantes, de forma a obter um moldura que permita delinear estratégias importantes para o futuro da empresa/instituição.
- Para a análise SWOT Cruzada é preciso primeiro fazer uma análise clara do ambiente, ou seja, pesquisar profundamente as forças e fraquezas e saber identificar as oportunidades e ameaças. Para cada cruzamento é importante saber criar objetivos/estratégias:

Cruzamento da matriz



- Pontos fortes x Oportunidades = estratégia ofensiva / desenvolvimento das vantagens competitivas.
- Pontos fortes x Ameaças = estratégia de confronto para modificação do ambiente a favor da empresa.
- Pontos fracos x Oportunidades = estratégia de reforço para poder aproveitar melhor as oportunidades.
- Pontos fracos x Ameaças = estratégia defensiva com possíveis modificações profundas para proteger a empresa.

BSC *Balance de Score Card*



- **BSC - Balanced Scorecard** é uma **ferramenta de planejamento estratégico** na qual a entidade tem claramente **definidas** as suas **metas e estratégias**, visando medir o **desempenho empresarial** através de indicadores quantificáveis e verificáveis.

BSC *Balance de Score Card*



- O método consiste em determinar de modo balanceado as ligações de causa/efeito entre os **quatro indicadores** de avaliação das empresas, que são:
- **Financeiro:** criar novos indicadores de desempenho para que os acionistas possam ter melhor rentabilidade dos seus investimentos;
- **Clientes/mercados:** saber qual o grau de satisfação dos clientes com a empresa;
- **Processos internos:** a empresa deve identificar se há produtos com problemas, se foram entregues no tempo previsto e apostar na inovação dos seus produtos;
- **Aprendizado e crescimento:** diz respeito à capacidade e motivação do pessoal, e a um melhor sistema de informação na empresa.



Perspectivas BSC

Perspectiva Financeira

- Redução de custos gerados na área de TI
- Aumentar a lucratividade

Perspectiva dos Clientes

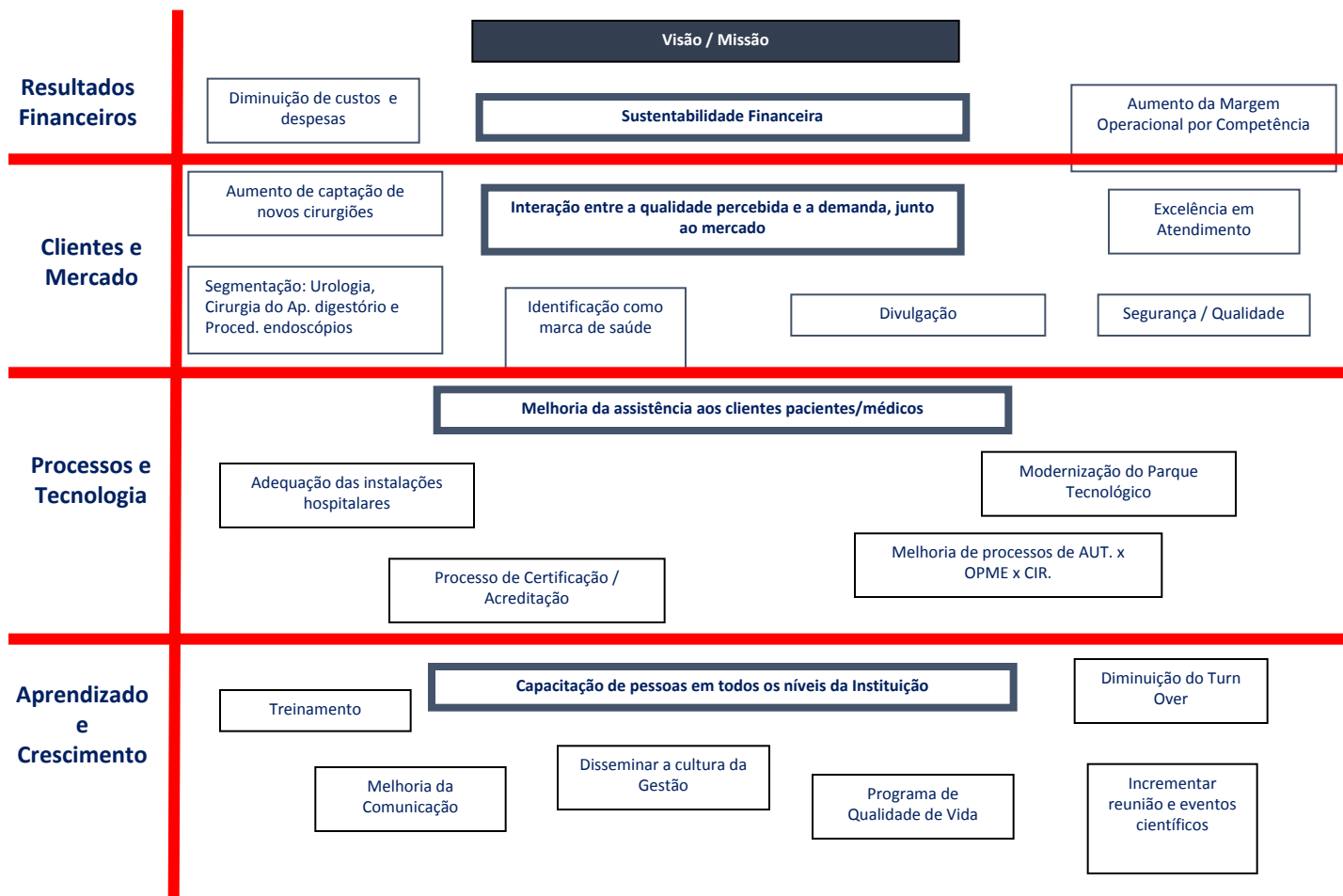
- Satisfação dos usuários medida pela qualidade do atendimento e rapidez na resolução das ocorrências
- Melhorar a imagem da TI em relação aos outros departamentos.

Perspectiva dos Processos Internos

- Aumentar a eficiência das respostas na resolução dos problemas via prazos adequados e resolução satisfatória.
- Processos de resolução eficazes.

Perspectiva de Aprendizado e Crescimento

- Treinamento e conscientização para obter melhor desempenho nas atividades de resolução de ocorrências.
- Melhorar e criar um alto nível de força de trabalho.
- Melhorar clima interno.
- Recrutar, desenvolver e reter as pessoas mais talentosas.





ESTRATÉGIA – BSC 2016-2017

Financeira

Otimizar custos e despesas do Hospital

Gerar valor econômico e financeiro para o Americas

Maximizar o faturamento e a rentabilidade

Clientes

Garantir a melhor experiência para os nossos clientes

Aumentar os volumes de produção, otimizando e balanceando a rentabilidade dos contratos com os planos de saúde

Fortalecer o relacionamento e a fidelização do médico

Contribuir para o fortalecimento da marca Americas

Prop. de Valor – Paciente e familiares

- Resolubilidade
- Qualidade e Segurança
- Empatia e Acolhimento

Proposta de Valor – Fontes Pagadoras

- Resolubilidade
- Transparência e Integridade
- Custo-benefício

Proposta de Valor - Médicos

- Conveniência
- Qualidade e Segurança
- Ambiente de desenvolvimento

Operações

Assistência

Posicionamento

Otimizar o ciclo de receitas

Gerenciar com efetividade a cadeia de suprimentos

Garantir a eficácia clínica com segurança e qualidade

Fortalecer os núcleos e especialidades do Hospital

Otimizar a gestão de acesso e processos de apoio

Gerenciar riscos

Capital Humano

Capital Organizacional

Capital da Informação

Atrair e reter profissionais

Promover o treinamento e desenvolvimento dos colaboradores e corpo clínico

Gerenciar o clima organizacional

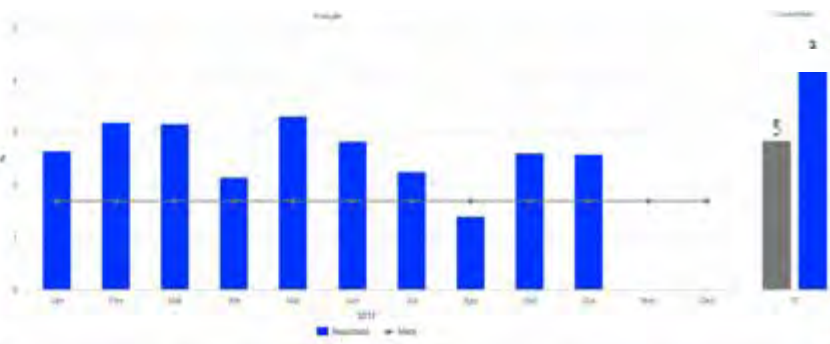
Promover a transformação da empresa com soluções inovadoras de TI que criem valor

Aprendizado e Crescimento

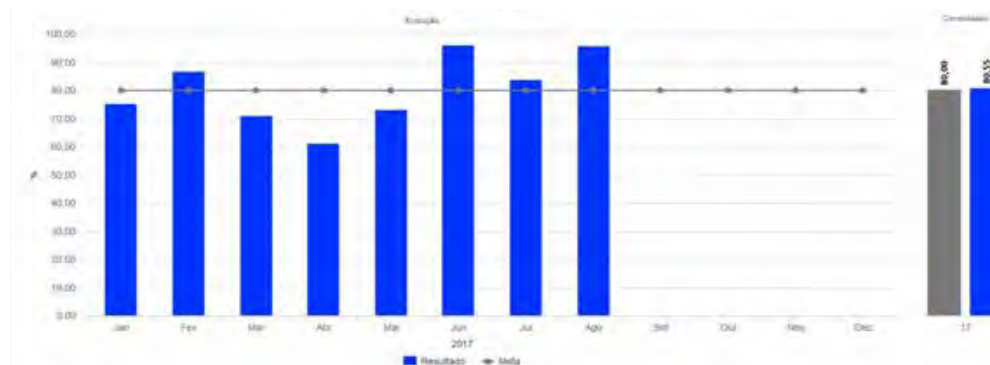
Aprendizado e Crescimento

OBJETIVO	INDICADOR	META	RESULTADO ATUAL	INICIATIVAS
A1. Atrair e reter profissionais	Turnover Geral (%)	2,00%	2,59%	A1. Seleção para área técnica com aplicação de provas; Realização de banco de dados; Incentivo com auxílio-universitário; Possibilidades de crescimento em recrutamento interno.
A2. Promover o treinamento e desenvolvimento dos colaboradores e corpo clínico	Efetividade de participação dos funcionários nos treinamentos (%)	80%	95%	A2. Parceria com IEP em cronograma de treinamentos assistenciais; Integração; "Rounds" nas Terapias Intensivas; disponibilidade de cursos EAD em plataforma e-learning (amiltown)
A3. Gerenciar o clima organizacional	Absenteísmo (%)	1,80	2,46%	A3. Pesquisa Vital Signs

Turnover Total (%) - RJ_Santa Lucia



Efetividade de Participação dos Funcionários Assistenciais nos Treinamentos com Determinada Frequência (%) - RJ_Santa Lucia



Fonte: Interact /out 2017

Clientes e Mercado

OBJETIVO	INDICADOR	META	RESULTADO ATUAL	INICIATIVAS
C1. Garantir a melhor experiência para os nossos clientes	Net Promote Score - NPS	67	70	Acompanhamento mensal pela Ouvidoria dos planos de ação
C2. Balancear a rentabilidade dos contratos com planos de saúde, proporcionando resolubilidade e custo benefício.	Tempo Médio de Permanência	2,5	1,9	Promover acordos comerciais de acordo com a estratégia da instituição.
	Média de Alta por dia (x)	22	21	



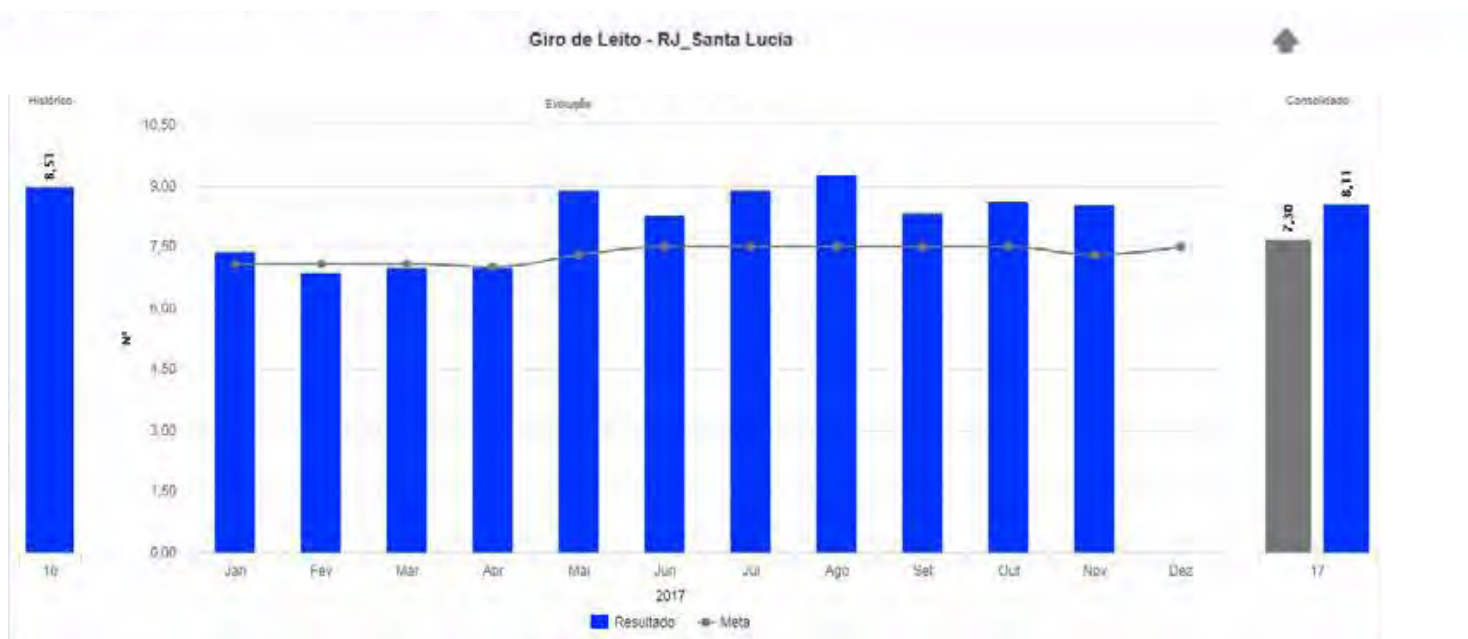
Fonte: Interact /nov 2017

Processos Internos

OBJETIVO	INDICADOR	META	RESULTADO ATUAL	INICIATIVAS
P2. Otimizar gestão de acesso e processos de apoio	Giro de Leito (x)	7,50	8,53	P2. Busca ativa de resgate de equipes cirúrgicas; relacionamento médico
	Taxa de Ocupação (%)	80%	70%	
P3. Gerenciar com efetividade a cadeia de suprimentos	Cobertura de estoque (dias)	20	28	P3. Projeto (corporativo) GTPLAN de otimização de dias de estoque x perfil do hospital. Solicitação de uso de itens parados ou com baixo giro (ex:máscaras laringeas). Disponibilizados para empréstimo medicamentos que estão com baixo giro (Eritropoietina 40.000, Linezolid inj e levofloxacino bolsa) Acompanhar o consumo destes itens e os principais motivos de queda no estoque ou ruptura para ajuste nas solicitações futuras.
	Taxa de devolução da dispensação de medicamentos(%)	9	4	
	Compras de urgência / emergência de medicamentos (%)	5	5,9	
P4. Garantir a eficácia clínica com segurança e qualidade	Taxa de Mortalidade Hospitalar	2,5	2,27	1- Reuniões mensais da Comissão de Óbito com a ferramenta do Protocolo de Londres 2- Atualização do Protocolo de Broncoaspiração, Protocolo de Queda, Protocolo do Código Amarelo e Grupo de Pele. 3- Treinamentos da equipe nas novas diretrizes dos Protocolos Gerenciados
	Índice de Dano (%)	6,57	3,00	
P5. Gerenciar Riscos	Execução dos planos de ação de mitigação nos riscos mapeados nos Assessments (%)	85	85	Realizadas auditorias regulares em alinhamento com a Qualidade Corporativa Nacional, para garantir a sustentabilidade dos processos.

Fonte: Interact /nov 2017

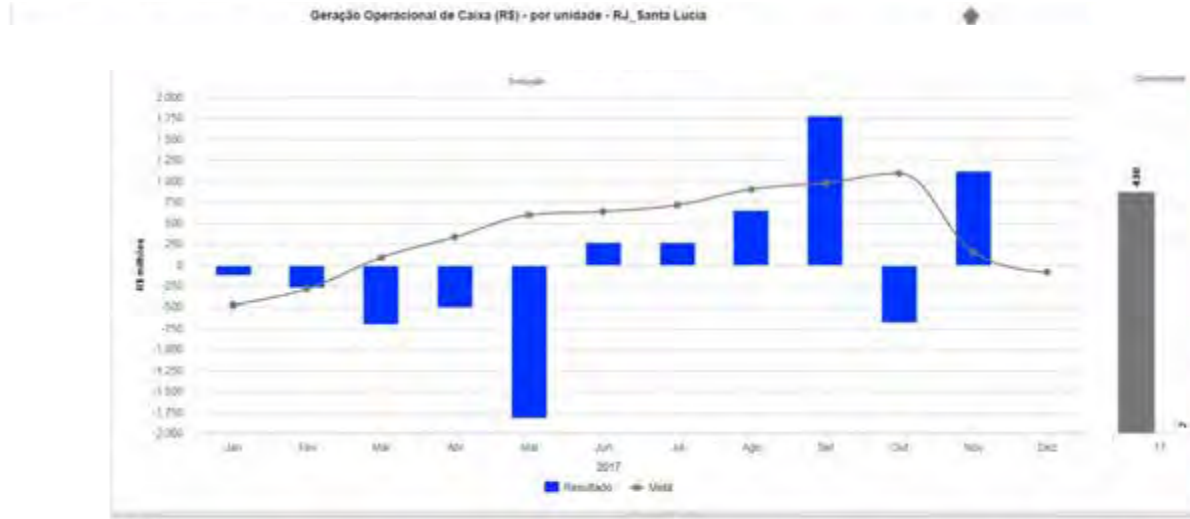
Processos Internos



Fonte: Interact /nov 2017

Financeiro

OBJETIVO	INDICADOR	META	RESULTADO ATUAL	INICIATIVAS
F1. Gerar valor econômico e financeiro para o Américas	Geração operacional de Caixa- R\$			Análise diária de entradas e saídas, de recebimentos e despesas.
F2. Otimizar custos e despesas do hospital	Custo Variável/receita Bruta- R\$			O controle de custos fixos e variáveis mensal é projetado de acordo com a produção hospitalar.
F3. Maximizar faturamento e rentabilidade	Faturamento – R\$			Novas entradas de perfil de paciente com maior tempo médio de permanência e maior utilização de MAT/MED



Indicadores na Saúde



- Os indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença a assistência (*Saraceno e Levav, 1992; Gastal, 1995*)
-
- *Indicadores* são marcadores da situação da saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, metas e performances (*WHO, 1996*).

Indicadores \neq Resultados e metas



- **Resultados** são declarações de melhoria de saúde ou de redução de doenças expressos quantitativamente dentro de um período de tempo.
- **Metas** são usualmente expressões de uma performance desejada como por exemplo resultados ou coberturas a serem atingidos em determinado prazo.

SMART



- O produto deve ser acompanhado de uma meta, que fornecerá informações de sucesso ou fracasso na avaliação de um determinado processo.

Meta - Um ponto a ser atingido



1. Um objetivo gerencial - produto;
2. Um valor;
3. Um prazo

Produto	Estabilizar o paciente
Valor	70% com 4 dias de média de permanência
Prazo	mensal

Definição

- S — *Specific*, ou específica
- M — *Measurable*, ou mensurável
- A — *Attainable* ou atingível
- R — *Relevant*, ou relevante
- Time based*, ou temporal

S — *Specific*, ou específica



- Para que se consiga alcançar os objetivos traçados em uma meta, é necessário que todos os envolvidos tenham claro entendimento do que se trata.
- ***Para ser específica, uma meta deve responder as seguintes perguntas:***
- ***o que eu quero alcançar com essa meta?***
- ***quem será ou quem serão os responsáveis por ela?***
- ***onde ela será realizada?***
- ***como ela será conquistada?***
- ***por que ela deve ser seguida?***

M — *Measurable*, ou mensurável



- Como criar uma meta se ela não pode ser medida? Isso não faria nenhum sentido.
- Imagine que você quer aumentar a satisfação dos clientes com a sua marca. Porém, você não faz essa avaliação, não tem uma pesquisa de satisfação. Então, você não conseguiria acompanhar o desempenho das ações e dizer que a meta foi alcançada.
- Poderia estar investindo dinheiro e tempo em ações sem resultado e deixando grandes oportunidades de lado.



- Na meta que estamos criando, colocamos o objetivo em 10% de aumento. Portanto, para avaliar o desempenho das estratégias, precisamos acompanhar os números.
- *Para uma meta ser mensurável, ela deve responder as questões:*
- *qual é o resultado esperado?*
- *quanto tempo será necessário para a equipe alcançar a meta?*
- *Trabalhando em nosso caso, teremos:*
- *qual é o resultado esperado? Aumento de 10% nas vendas online*
- *quanto tempo será necessário para a equipe alcançar a meta? 4 meses*

A — *Attainable* ou atingível



- Esse erro é muito prejudicial, pois pode **desmotivar a equipe e gerar uma enorme frustração**. Estratégias e ações serão desenhadas, mas os resultados esperados não serão alcançados.
- Portanto, antes de criar uma meta, é fundamental avaliar os seguintes pontos:
- *Com base no histórico, é possível atingir o objetivo traçado?*
- *qual a opinião dos colaboradores. Eles acreditam que é possível?*
- *No nosso caso, a 1ª meta era de aumentar em 10% as vendas. Esse marco foi alcançado facilmente e aumentamos para 70% o alvo.*
- *Porém, com algumas análises, vimos que esse número ainda não é possível para o prazo determinado. Por isso, vamos objetivar o aumento de 50%, um número que avaliamos e acreditamos que pode ser atingido.*

R — *Relevant*, ou relevante



- Quanto mais relevante for a meta, mais motivados estarão os envolvidos. Claro, considerando que sejam metas alcançáveis.
- Uma meta que não gera efeito sobre o negócio fatalmente não será tratada como prioridade. Para criar uma meta relevante é importante olhar os principais números da empresa, como o faturamento, número de clientes e lucro. Assim, uma meta relevante terá impacto direto nesses indicadores.
- *Na meta que estamos criando (aumentar em 50% as vendas no site, no período de 4 meses, para melhorar a presença online), fica claro que, se for alcançada, ela impactará diretamente no lucro e faturamento da empresa. Ou seja, ela é relevante.*

Time based, ou temporal



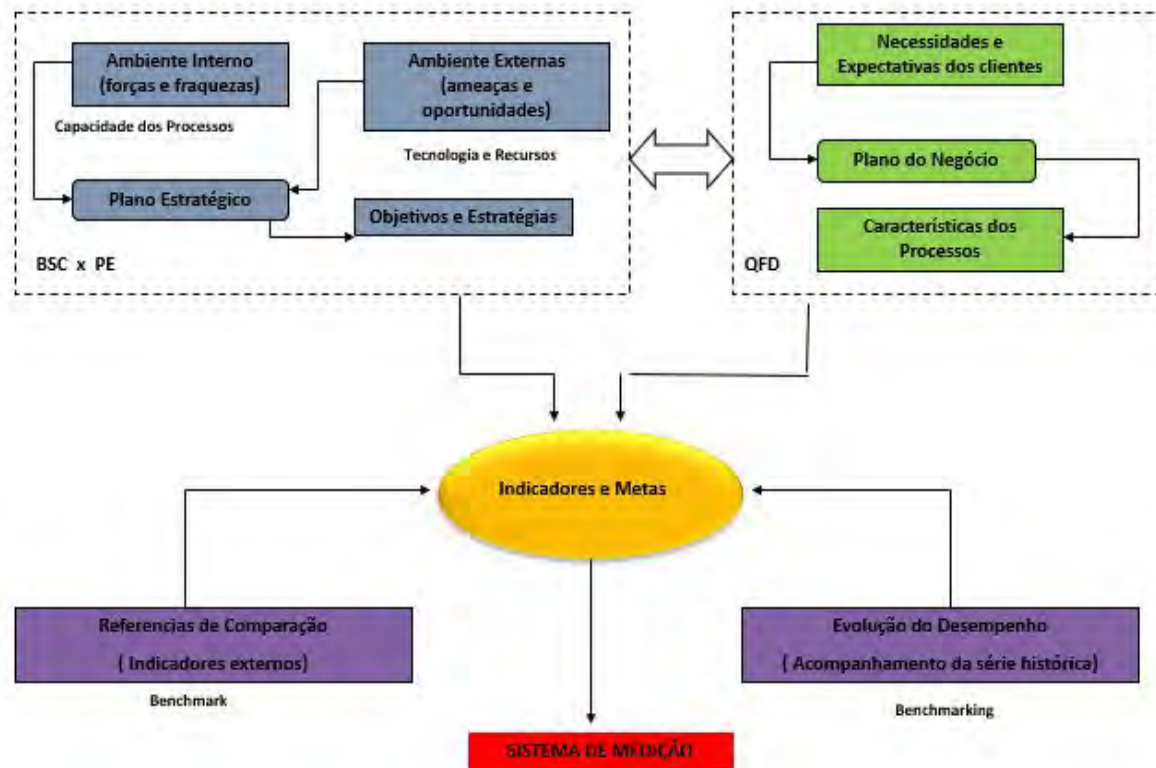
- Se você cria um objetivo e não estabelece um tempo, ele pode ser alcançado em 1 dia, 1 mês, 1 ano.
- Nesse quesito, a nossa meta já está correta, pois estabelecemos o período de 4 meses para o objetivo.
- ***“a equipe de marketing aumentará em 50% as vendas no site, no período de 4 meses, para melhorar a presença online, garantindo um aumento significativo no faturamento da empresa. A estratégia adotada será com base em marketing de conteúdo.”***

Como definir um indicador

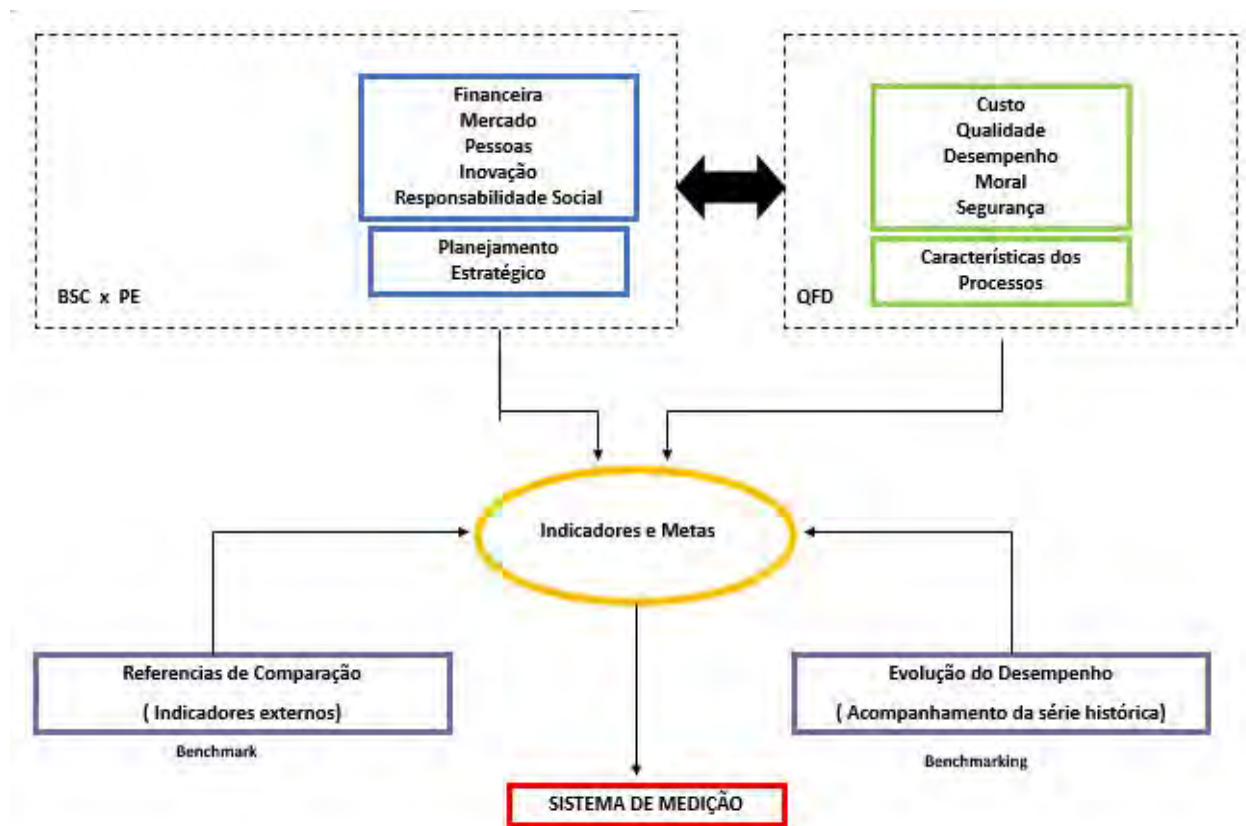


1. **Meta** desejada;
2. **Definição textual do indicador**, com indicações de numerador e denominador;
3. **Fonte de dados**, que pode ser coleta de dados de rotina, pesquisa específica ou outras fontes;
4. **Métodos de coleta de dados** recomendados, o que pode ser fundamental em alguns casos;
5. **Uso** do indicador, isto é, como o indicador pode e deve ser utilizado;
6. **Formas de apresentação** recomendadas

Geração do indicador



Geração do indicador



Tipos de indicador

Estratégico - São tomadas decisões estratégicas; são complexas e exigem informação bastante variada e ao nível das relações da organização/meio envolvente, não se exige muita especificidade. A informação provém de fontes externas à organização e também dos outros níveis hierárquicos.

Gerencial - Onde têm lugar as decisões táticas e que exigem informação pormenorizada, com alguma triagem, havendo responsabilidades na interpretação da informação, que provém de fontes internas.

Operacional - Aqui são tomadas decisões para problemas bem definidos cuja resolução é, muitas vezes, baseada em dados factuais. São necessárias informações pormenorizadas e bem definidas, provenientes essencialmente do sistema interno, com vista a ações imediatas.



Desdobramento dos Ind



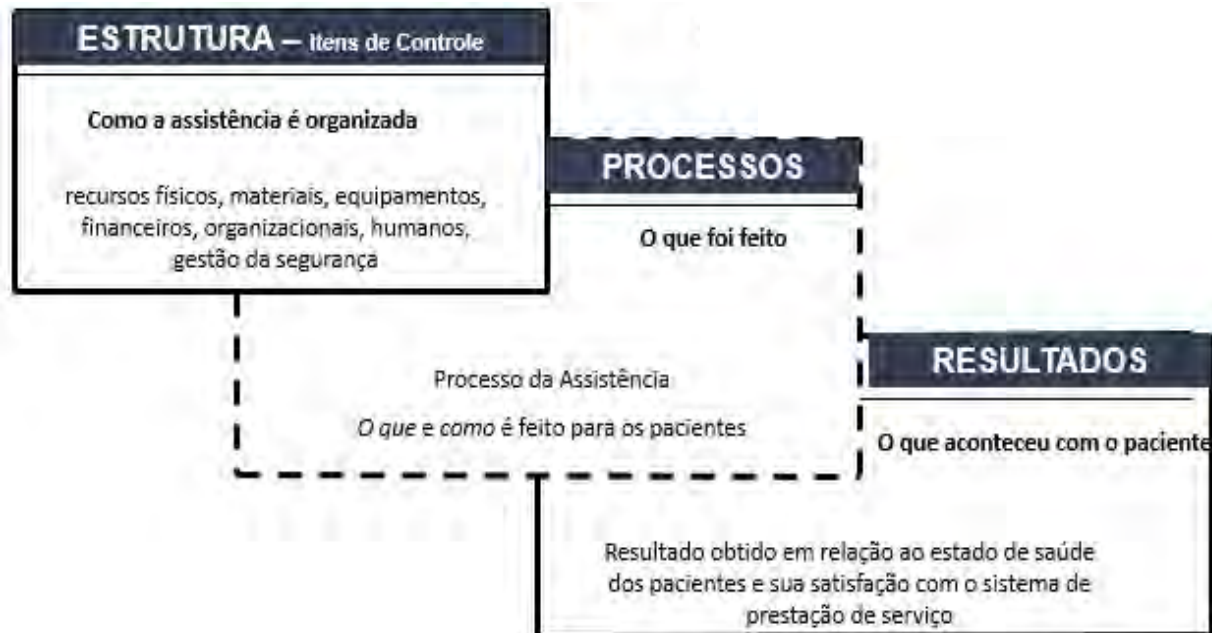


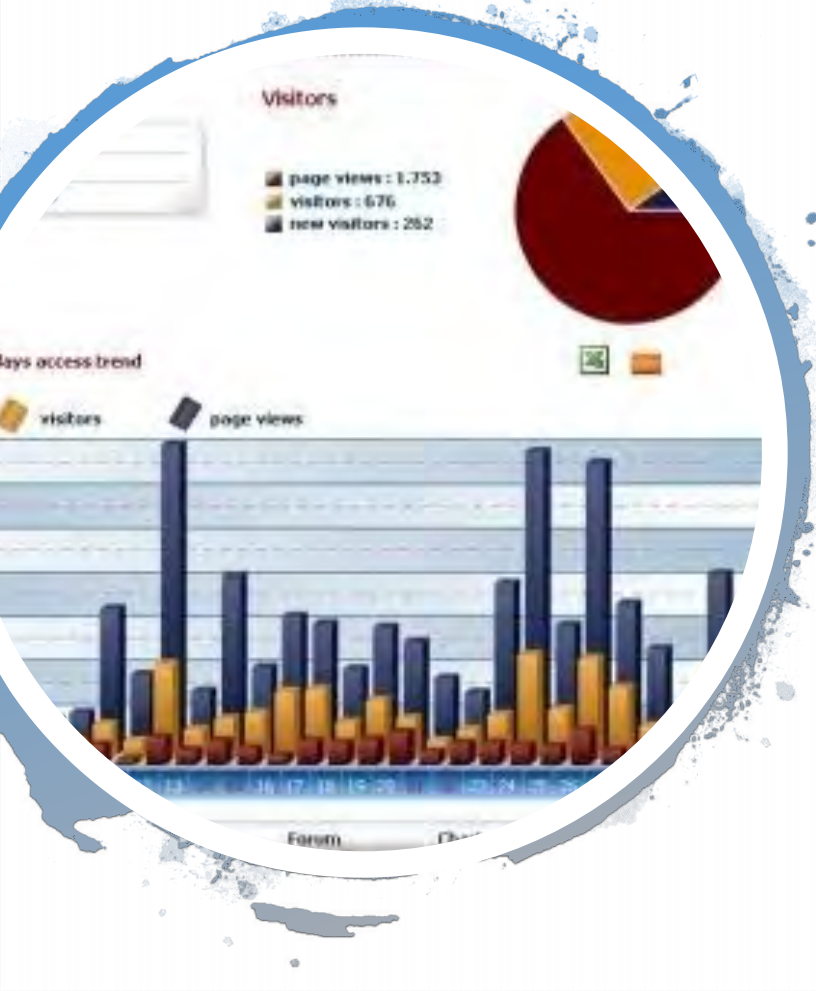
PROJETO
VIRGEM DO Clif
CONHECIMENTO

Tipologia dos Indicadores



Avaliação do sistema de gestão da qualidade passa pelo entendimento dos fatores causais entre 1, 2, e 3.



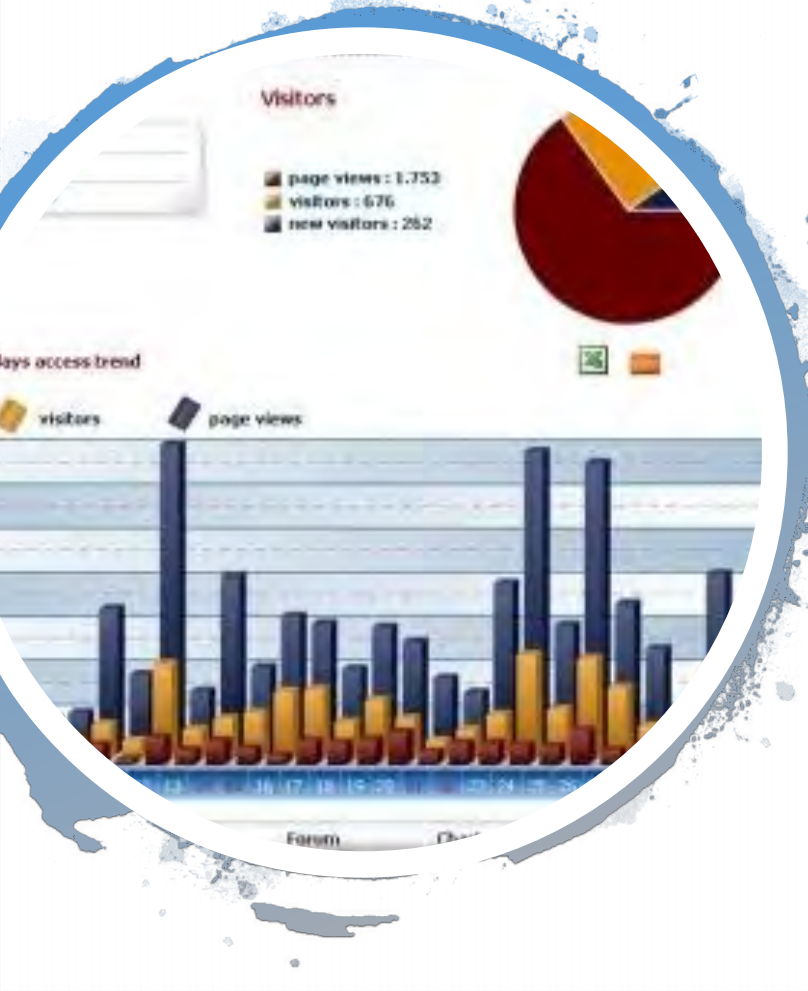


Indicadores de Processo

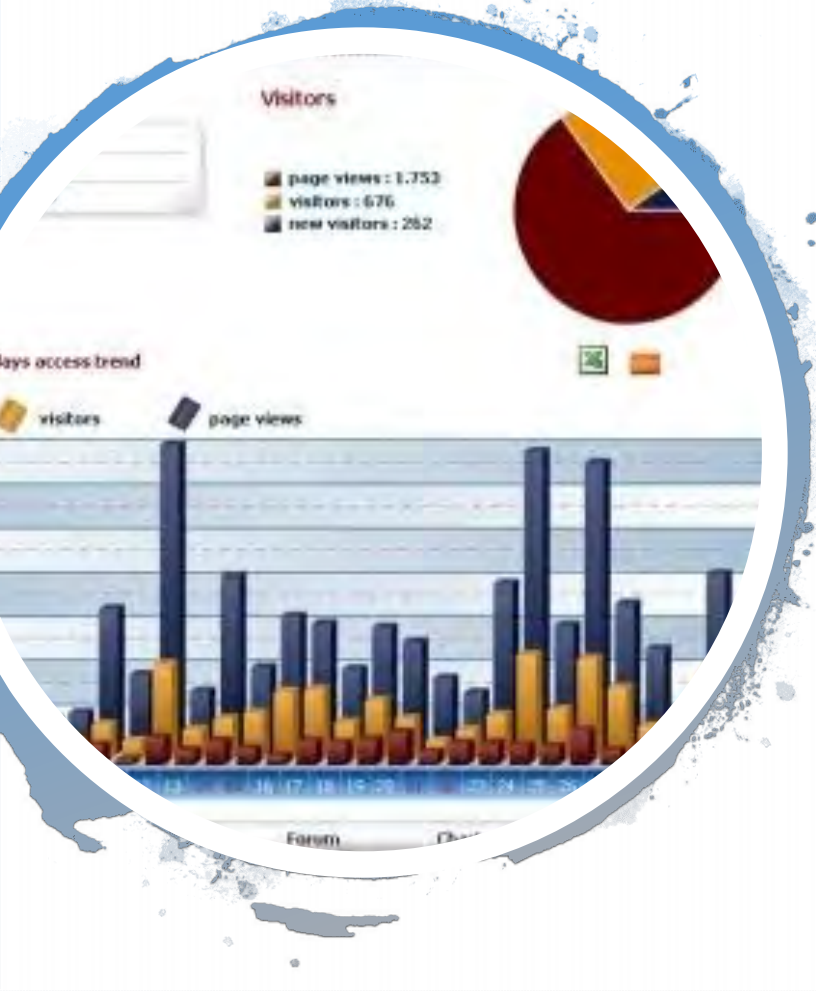
- indicam o que é realmente oferecido aos usuários no âmbito do cuidado, apontando o que os profissionais fazem.
- (história, exame físico, exames complementares, tratamento e acompanhamento). Geralmente, esses indicadores são comparados a padrões previamente estabelecidos, como *guidelines*, *protocolos* e *consensos*.



Indicadores de Estrutura-Estratégicos



- indicadores estratégicos – Para a maioria dos gestores de negócios esses são os indicadores mais importantes. Estão relacionados a eles o desenvolvimento de objetivos e de metas para o crescimento da empresa, e elas de modo geral se baseiam nos resultados que o negócio obteve em um determinado período de tempo.



Indicadores de Resultado

- Indicam desempenho , o quanto o usuário do serviço teve seu problema resolvido após certo período de tempo proposto.
- São meios para você medir o desempenho de um negócio. A partir desses indicadores você consegue ter uma noção melhor sobre alcançar metas específicas, como o processo e o que precisa melhorar ou ser ajustado.

Escolha dos Indicadores



- ✓ **Eficiência** (custo-benefício).
- ✓ **Eficácia** (ações desenvolvidas x alcance dos resultados previstos).
- ✓ **Efetividade** (resultados alcançados em relação aos benefícios ou mudanças geradas).

Excelência de um Indicador

✓ Você consegue medir o que se pretende

- ✓ **Confiabilidade** - reproduzir os mesmos resultados em condições semelhantes
- ✓ **Sensibilidade** - medir as alterações do fenômeno
- ✓ **Mensurabilidade** - basear-se em dados disponíveis e de fácil obtenção
- ✓ **Relevância** - responder a prioridades da segurança na assistência
- ✓ **Custo-Efetividade** - os resultados justificam o investimento de tempo e recursos
- ✓ **Simplicidade** - analisados e interpretados com facilidade
- ✓ **Compreensibilidade** - análise da informação



Apresentação do Indicador



Variável numérica, que representa a relação entre dois eventos, estabelecendo-se numerador e denominador.



- **NUMERADOR** Evento que está sendo medido ou reconhecido, devendo apresentar definição objetiva e clara, ser fundamentado por meio de estudos prévios, ser prontamente aplicável e rapidamente identificado.
 - **DENOMINADOR** -População sob avaliação de risco para um dado evento definido no numerador
 - **EX:** *PAV = Total de pacientes (em ventilação) que todos os componentes de controle para prevenção foram corretamente aplicados*
-
- Pacientes em ventilação mecânica eleitos para as medidas de prevenção

Indicador de tendência



Comportamento ao longo do tempo.

O termo “tendência” é utilizado nos *Critérios de Excelência* com o objetivo de avaliar se o nível atual é fruto de uma gestão adequada ao longo do tempo; ou seja, se o valor atual decorre de práticas com continuidade, disseminação e integração.

A análise do passado deve mostrar que é razoável prever-se a obtenção de resultados futuros melhores que os atuais, o que é caracterizado por uma “tendência favorável”.

FICHA DE ESPECIFICAÇÃO DE INDICADOR



Ano 2018	Edição: 03 Última revisão: 24/2/2018 pág. 01/01
Indicador:	Taxa de mortalidade cirúrgica
Área	Diretorial Gerência Médica / Centro Cirúrgico
Perspectiva BSC	Não aplicável
Descrição do Indicador	Mede a proporção dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e que morreram durante a internação hospitalar.
Objetivo/Finalidade do Indicador	Integrar o sistema de monitoramento da efetividade da instituição e de suas unidades seriais quanto à qualidade e segurança assistenciais. O indicador possibilita avaliar o risco de morrer ao ser submetido a procedimento cirúrgico na instituição (ANAHP, 2015). A taxa de mortalidade deve ser interpretada à luz de parâmetros epidemiológicos, tais como idade, gravidade clínica e complexidade cirúrgica.
Periodicidade da análise	Mensal
Tipo de Medida	Percentual
Interpretação do gráfico	() Diretamente proporcional (Quanto maior o resultado melhor)
Assinalar em alternativa	(x) Inversamente proporcional (Quanto menor o resultado melhor)
Meta Referência	<0,23
Definição/Critério da Meta	Percentil 50 dos resultados UHG em 2017. Valor será utilizado como referência. Cada hospital deverá trabalhar com sua meta definida a partir de série histórica.
Fórmula de Cálculo	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos cirúrgicos no período}}{N^{\circ} \text{ de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no período}} \right) \times 100$
Critérios de inclusão	São considerados 100,0%; os pacientes internados que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos durante a internação e que tiveram desfecho hospitalar no período em análise. Óbitos cirúrgicos: são aqueles que ocorrem em até 7 dias após o último procedimento cirúrgico a que o paciente foi submetido no período em análise. Pacientes cirúrgicos são aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos no período em análise.
Critérios de exclusão	Partos e procedimentos realizados em hemodinâmica.
Fonte dos Dados	Relatório de Óbitos
Observações	Não se aplica
Responsável pela geração dos dados	Núcleo de Segurança do Paciente
Responsável pela inserção dos dados no	Responsável técnico pela Comissão de Óbitos
Responsável pela análise dos dados	Responsável técnico pela Comissão de Óbitos
Responsável pela elaboração/revisão	Time Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente
Aprovador/Líder Executivo do Indicador	Responsável técnico pela Comissão de Óbitos

TÍTULO	Taxa de mortalidade cirúrgica															
PERÍODO	Agosto de 2019															
MOTIVO	Indicador novo															
AMOSTRA	Seleção 01 paciente cirúrgico que evoluiu a óbito em até 01 dia do procedimento cirúrgico. Os dados extraídos do Relatório de Óbitos foram confrontados com o relatório do sistema WPD de 100% dos pacientes internados que no mês de agosto foram a procedimentos cirúrgicos e óbitos hospitalares EM ATÉ 1 DIAS APÓS PROCEDIMENTO no mesmo período.															
SELEÇÃO / COLETA DE DADOS	Foi utilizado o relatório de óbitos como fonte de dados, confrontado com o sistema WPD, para avaliação da taxa de concordância. Foram realizadas 2 coletas independentes, utilizando a mesma metodologia e os resultados foram lançados no calculadora de concordância.															
MÉTODO	O relatório de óbito é uma planilha em excel que a equipe do atendimento realiza mensalmente, que contém todos os óbitos ocorridos na instituição naquele período. Os dados do relatório de óbitos são confrontados com os dados dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que são inseridos no sistema WPD pela marcação cirúrgica. No início de cada mês é gerado um relatório " BLOCOS → Cirurgias realizadas X Cirurgias agendadas ", referente ao mês anterior, onde são extraídas as informações de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos na instituição. O denominador deste indicador é o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Os dados foram validados de acordo com o POP 044.157.4.0005. Utilizados os dados referentes ao mês de AGOSTO, por dois coletores independentes e contabilizado os números de óbitos ocorridos na instituição no período analisado sobre o número de saídas hospitalares no mesmo período. Utilizando a mesma fonte de dados, os dados foram coletados e confrontados gerando uma concordância de 100%. O NÚMERO DE ÓBITOS SERÁ CONFIRMADO PELOS ATESTADOS DE ÓBITOS DO MÊS ANALISADO.															
CÁLCULO DA CONCORDÂNCIA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESULTADO COLETA 1</th> <th>RESULTADO COLETA 2</th> <th>RESULTADO CONCORDÂNCIA **</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,00 Numerador</td> <td>1,00 Numerador</td> <td>100% Numerador*</td> </tr> <tr> <td>1000,00 Denominador</td> <td>1000,00 Denominador</td> <td>100% Denominador*</td> </tr> <tr> <td>100,00 Multiplicador</td> <td>100,00 Multiplicador</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resultado</td> <td>Resultado</td> <td>Resultado*</td> </tr> </tbody> </table>	RESULTADO COLETA 1	RESULTADO COLETA 2	RESULTADO CONCORDÂNCIA **	1,00 Numerador	1,00 Numerador	100% Numerador*	1000,00 Denominador	1000,00 Denominador	100% Denominador*	100,00 Multiplicador	100,00 Multiplicador		Resultado	Resultado	Resultado*
RESULTADO COLETA 1	RESULTADO COLETA 2	RESULTADO CONCORDÂNCIA **														
1,00 Numerador	1,00 Numerador	100% Numerador*														
1000,00 Denominador	1000,00 Denominador	100% Denominador*														
100,00 Multiplicador	100,00 Multiplicador															
Resultado	Resultado	Resultado*														
COMENTÁRIOS ADICIONAIS																
EVIDÊNCIA	Relatório WPD "BLOCOS CIRURGIAS REALIZADAS X CIRURGIAS AGENDADAS" e Relatório de óbito															
RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	Emmanuel Salgado e Marcelo Patrício															

DATA:

SEMANA:

FATORES DE AVALIAÇÃO META 6	Setor	Total por semana	CONFORMES	NAO CONFORMES
PRONTUARIO - Tem avaliação inicial para o risco de queda – enfermeiro (a)?		5		
PRONTUARIO - O risco de queda foi classificado de forma correta – enfermeiro (a)?		5		
PRONTUARIO - A prescrição de enfermagem está de acordo com o risco de queda? Pacientes com alto risco de queda (3h/3h)?		5		
PRONTUARIO - A educação sobre o risco de queda está conforme no FORMULARIO EDUCAÇÃO PACIENTE FAMILIA? Checar frequência (alto risco reforço diário?)Ver carimbo e assinatura		5		
QUARTO - A Filipeta para risco de queda esta na entrada do leito?		5		
QUARTO - A estrutura dentro do quarto está de acordo com o protocolo, como grades elevadas, camas rebaixadas, campainha próximo ao paciente?		5		
PACIENTE - O paciente de alto risco está utilizando a pulseira amarela? E intacta?		5		
PACIENTE - O paciente/familiar sabe responder sobre o risco de queda?		5		
TOTAL DE CONFORMIDADES		40		
REGISTRAR CATEGORIA NAO CONFORME				
Assinatura e carimbo do auditor				


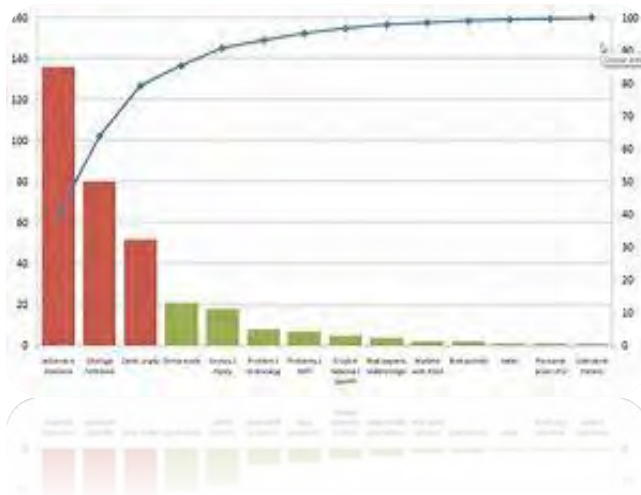
FICHA DE ESPECIFICAÇÃO DE INDICADOR	
	
Ano 2018	Edição: 01 Última revisão: 01/11/2017 pág. 01/01
Indicador:	Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente – Meta 6
Área	Qualidade e Segurança Assistencial
Perspectiva BSC	Não aplicável
Descrição do Indicador	Mede o percentual de utilização conforme relativas às Metas Internacionais de Segurança do Paciente frente às situações aplicáveis na instituição.
Objetivo/Finalidade do Indicador	Monitorar o alinhamento institucional frente aos processos de qualidade e segurança, identificando oportunidades de melhoria para agregar mais segurança aos processos.
Periodicidade da análise	Mensal
Tipo de Medida	Percentual
Interpretação do gráfico <i>Analisar uma alternativa</i>	[+] Diretamente proporcional (Quanto maior o resultado melhor) [-] Inversamente proporcional (Quanto menor o resultado melhor)
Meta/ Referência	95,00%
Definição/Critério da Meta	Meta arbitrária, que considera a oticidade dos processos para a qualidade e segurança.
Fórmula de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de oportunidade de aplicação observadas e em conformidade} / N^{\circ} \text{ de oportunidades de aplicação observadas}) \times 100$
Critérios de inclusão	São elegíveis todos os setores de atendimento de pacientes: unidades de internação, centro cirúrgico, unidades de emergência, SADI's e serviços ambulatoriais, de acordo com cada Meta Internacional de Segurança do Paciente.
Critérios de exclusão	São excluídos pacientes externos.
Fonte dos Dados	Planilha de registro de dados da auditoria. Os impressos de coleta de dados são coletados através de check list com itens relacionados ao processo da meta 6. Queda, aderção ao protocolo institucional. As planilhas para consolidação dos dados também são arquivadas em pastas junto ao líder da meta.
Observações	Se durante a auditoria é observada alguma não conformidade e/ou situação de risco, a Enfermeira líder da meta realiza imediatamente ações educativas e corretivas cabíveis. Método de coleta de dados: utilizado o instrumento desenvolvido pelo time da meta.
Responsável pela geração dos dados	Núcleo de Segurança do Paciente
Responsável pela inserção dos dados no sistema	Núcleo de Segurança do Paciente
Responsável pela análise dos dados	Núcleo de Segurança do Paciente
Responsável pela elaboração/revisão	Time Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente
Aprovador/Líder Executivo do Indicador	Núcleo de Segurança do Paciente



Diagrama de Pareto



- O diagrama de Pareto é um gráfico de barras que ordena as frequências das ocorrências, de maior para menor, permitindo a priorização dos problemas.
- O princípio de Pareto: 80% das consequências advêm de 20% das causas, isto é, há muitos problemas sem importância diante de outros mais graves.

Histograma



- O histograma, também conhecido como diagrama das frequências ou distribuição de frequências, é um gráfico com barras verticais justapostas utilizado para estatística, no qual a base de cada um deles corresponde ao intervalo de classe e a sua altura à respectiva frequência.
- É um importante indicador da distribuição de dados.

Ishikawa – Diagrama de Causa e efeito



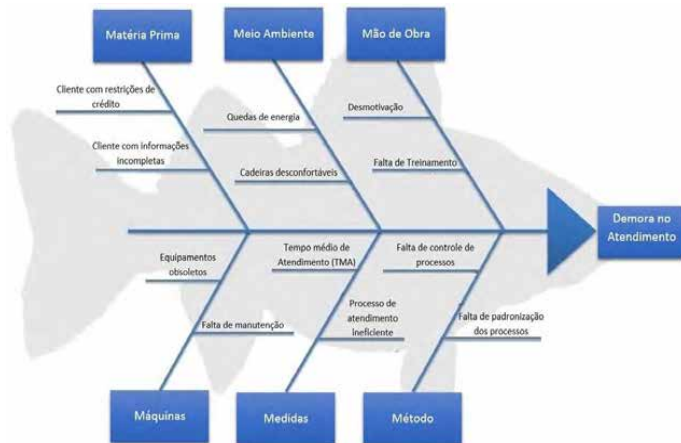
- O Diagrama de Ishikawa é uma das ferramentas mais eficazes e mais utilizadas nas ações de melhoria e controle de qualidade nas organizações, permitindo agrupar e visualizar as várias causas que estão na origem de qualquer problema ou de um resultado que se pretende melhorar.

Como fazer um diagrama de Ishikawa?



- **Determinar** o problema que será analisado no diagrama e o objetivo que se espera alcançar. No entanto, palavras abstratas e vagas devem ser evitadas;
- **Juntar** informação a respeito do problema em questão;
- **Reunir** um grupo que possa ajudar na criação do diagrama, e depois de apresentar as devidas informações, promover uma sessão de *brainstorming* sobre o problema;
- **Ordenar** todas as informações de forma sucinta, apontar as principais causas e eliminar informação dispensável;
- **Desenhar o diagrama tendo em conta as causas que devem estar de acordo com os 6 M's (máquina, método, mão de obra, matéria prima, meio ambiente, medição).**

6M



- **Método:** quando a não conformidade é decorrente do método utilizado;
- **Matéria-prima/material:** quando o material utilizado não está em conformidade;
- **Mão-de-obra:** toda causa que envolve uma atitude do colaborador (ex: procedimento inadequado, pressa, imprudência, ato inseguro, etc.)
- **Máquina:** causa relacionada com o equipamento utilizado;
- **Medida:** toda causa que envolve os instrumentos de medida, sua calibração, a efetividade de indicadores em mostrar as variações de resultado, se o acompanhamento está sendo realizado, se ocorre na frequência necessária etc.
- **Meio ambiente:** toda causa que envolve o meio ambiente em si (poluição, calor, poeira, etc.) e o ambiente de trabalho (*layout*, falta de espaço, dimensionamento inadequado dos equipamentos, etc.).



Um diagrama de Ishikawa deve conter



- Cabeçalho: Título, autor(es), data.
- Efeito: Deve conter o indicador de qualidade e o problema a ser analisado. O efeito normalmente ocupa o lado direito da folha.
- Eixo central: Representado por uma flecha horizontal, aponta para o efeito e é uma linha horizontal no meio da folha.
- Categoria: indica os grupos de fatores mais importantes relacionados com o efeito. Neste caso as flechas partem do eixo central e são inclinadas.
- Causa: Causa potencial, pertencente a uma categoria que pode colaborar com o efeito. As flechas constituem linhas horizontais, que apontam para a flecha da categoria.
- Sub-causa: Causa potencial que pode contribuir com uma causa específica. São derivações de uma causa.

Etapa 1: reunir e gerenciar dados / evidências:

- Todos os RCAs são movidos por evidências. Portanto, o primeiro passo é reunir, proteger e gerenciar os dados relevantes para o problema. As evidências podem ser encontradas em muitas formas. Imagens / vídeo, depoimentos de testemunhas / especialistas, documentação, amostras de laboratório, arquivos de log de computador, diagramas / esquemas são exemplos de possíveis fontes de evidência





Etapa 2: criar a declaração do problema:

O Ponto Focal: A questão sendo analisada e o foco da investigação. Normalmente, o ponto focal é o resultado indesejável que desejamos evitar que aconteça no futuro. No entanto, eventos com resultados positivos também podem ser examinados. Nesses casos, o objetivo é replicar o resultado em vez de evitá-lo.

Quando: A hora, data e quaisquer aspectos únicos do momento do problema.

Onde: A localização do problema.

Impacto real: Os impactos reais do problema, incluindo segurança, ambiental, **operacional**, custos, lucros perdidos, multas e quaisquer outros impactos adversos.

Impacto Potencial: Impactos potenciais são aqueles que não ocorreram, mas tinham uma alta probabilidade de se materializar. As relações causais encontradas em eventos near-miss compartilham a maioria das causas encontradas em hits diretos. O exame de eventos com alto impacto potencial identificará soluções proativas que evitam futuros problemas.

Frequência: identifica com que frequência este problema ocorreu no passado. Frequência atua como um multiplicador. Por exemplo, um pequeno problema que acontece várias vezes por semana resultará em um grande impacto cumulativo.

Etapa 3: Analise a causa e o efeito



A análise de causa e efeito examina as causas do ponto focal. Analisamos causa e efeito por duas razões:

1) Desenvolve uma compreensão detalhada e baseada em evidências sobre o evento e



2) leva a soluções eficazes ao fornecer oportunidades inovadoras para eliminar ou controlar as causas do problema.

Uma premissa básica da análise de causa e efeito é que os efeitos geralmente são o resultado de múltiplas causas. Um incêndio, por exemplo, tem três causas: oxigênio, material combustível e uma fonte de ignição. Cada causa é necessária para que o fogo exista. E o grupo de causas juntas é suficiente para causar um incêndio - nada mais é necessário. Cada uma das causas do fogo também tem causas subsequentes. Tudo pode se tornar bastante confuso - portanto, empregamos um gráfico de causa e efeito para nos ajudar a acompanhar.



Produza o Relatório Final

Quando a análise estiver completa, montamos um relatório final. O relatório final é o veículo de comunicação para um público mais amplo, para que outros possam reconhecer e mitigar os riscos em suas áreas. O relatório também se torna o documento 'lição aprendida', permitindo que o novo conhecimento seja compartilhado com os futuros funcionários.

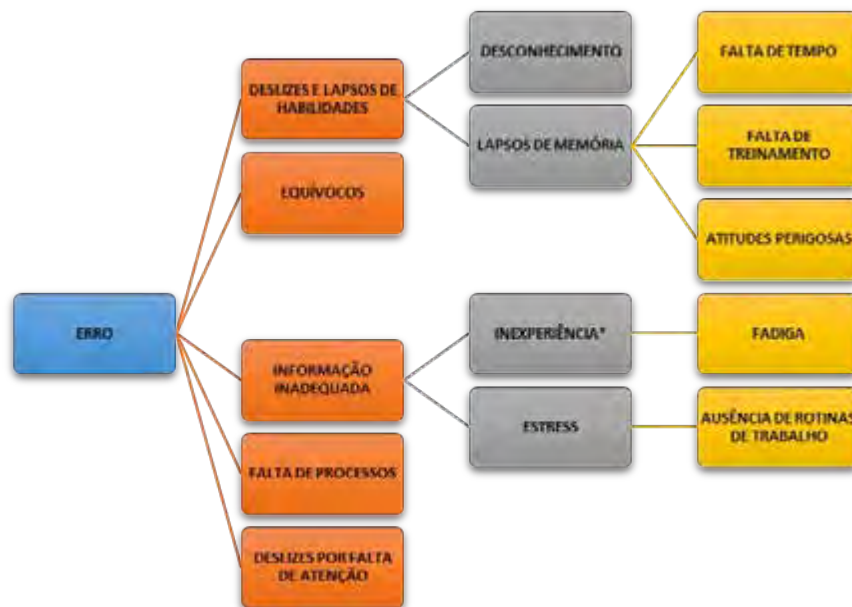
Foco do Análise de Causa Raiz



- ✓ Analisar o ocorrido e não na culpabilização
- ✓ Vulnerabilidade em nível de sistema ao invés do comportamento individual
- ✓ analisar os diversos fatores (comunicação , treinamentos,turnos, ambiente ,regras,barreiras políticas e procedimentos)



Por que “erramos”?




Quem analisa o evento ?



- **Toda equipe multidisciplinar!**

A visão integrada da assistência faz com que o time entenda todas as interações entre os processos e suas possíveis falhas .

Por onde começar?



Comece pelo
começo... e prossiga
até chegar ao fim;
então pare.

PTBRALOG

Alice in Wonderland

- ✓ **Revisão de prontuário**
Feita com foco, verificando a aplicação de protocolos.
Exige tempo e dedicação
- ✓ – **Relatórios gerenciais das unidades**
Ajudam na identificação de incidentes. Em geral, podem ser encontrados com a enfermagem e demais disciplinas.
- ✓ – **Comissões obrigatórias** (*Revisão de Óbito e Controle de Infecção Hospitalar*)
Podem ser uma boa fonte. Todas as infecções confirmadas pela CCIH devem estar no sistema de notificação
- ✓ – **Equipe de resposta rápida**
Paradas respiratórias e cardiorrespiratórias em unidades abertas são um indício de falha nos protocolos de identificação precoce
- ✓ – **Equipe multidisciplinar de terapia nutricional**
Para ajudar a localizar casos de desnutrição intra-hospitalar que poderiam ser evitados
- ✓ – **Ouvidoria/Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)**
Reclamações de cunho técnico sobre a assistência podem ser uma boa fonte

Quem analisa o evento ?



- **Toda equipe multidisciplinar!**

A visão integrada da assistência faz com que o time entenda todas as interações entre os processos e suas possíveis falhas .

Lean –Six Sigma



Lean” significa ser enxuto. Assim, um especialista Lean domina técnicas para reduzir desperdícios. Segundo o idealizador do Sistema Toyota de Produção, Taiichi Ohno, que serviu de base ao Lean,

8 Desperdícios da metodologia Lean



Talento no utilizado

No utilizar a experiência, conhecimento e criatividade do pessoal



Inventário

Excesso de matéria-prima, produtos e processos no uso



Movimentos

Movimentos desnecessários realizados pelo pessoal



Espera

Tempo perdido enquanto se espera pelo próximo passo no processo



Transportação

Movimento desnecessário de produtos e matéria-prima



Defeitos

Informação, produtos ou serviços incorretos ou incompletos



Sobreprodução

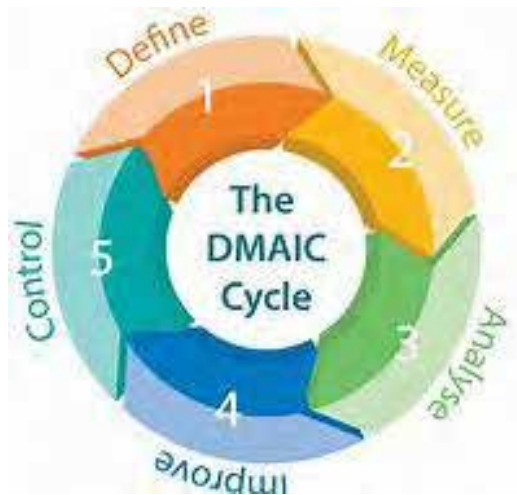
Produção demais ou antes de que se precise



Sobre-processamento

Mais trabalho ou qualidade mais alta de la que o cliente requer

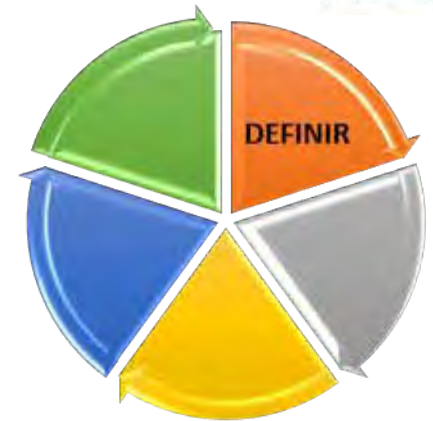
DMAIC (*LEAN SIX SIGMA*)



- ✓ **Define** = Definir: Ter uma declaração de problema claro.
- ✓ **Measure** = Medir: coletar dados sobre o problema.
- ✓ **Analyze**= Analise: Analise dados para determinar a causa raiz.
- ✓ **Improve** = Melhoria: Desenvolver ações de melhoria com base em causa (s) raiz.
- ✓ **Control** = Controle: Desenvolver controles para prevenir a recorrência do problema.

DEFINIR – ETAPA1

- ✓ O início do roteiro se dá pela definição do problema (Define), esse é o momento de definir o alvo do (problema- evento) através do preenchimento do contrato de melhoria.
- ✓ Nessa etapa, é importante definir a quem (*equipe*), o que (*falha*) e onde (*equipamento*)(*local*) o problema está acontecendo.



MEDIR- ETAPA 2

- ✓ Para fazer mudanças efetivas nós devemos ser observadores.
- ✓ Nesta etapa o objetivo é conhecer o processo em detalhes e avaliar seu desempenho através de dados.
- ✓ Nós precisamos olhar o nosso redor e perceber o que está acontecendo antes e depois de qualquer mudança



ANALISAR- ETAPA 3



- ✓ Devemos identificar as causas raiz - também chamadas de X's vitais - que afetam o processo de forma significativa e geram variabilidade no resultado de interesse – também denominado variável Y. Assim, você pode comprova-las com fatos e dados, utilizando gráficos, análise estatística e ferramentas qualitativas.
- ✓ **RCA , FMEA , ISHIKAWA, 5 POR QUES , INDICADORES , PARETO, BRANDSTORMING ...**

MELHORAR-ETAPA 4



- ✓ É aqui que você implementa melhorias que abordam a causa do problema encontrado na fase de análise.
- ✓ Antes de implementar a melhoria, certifique-se de pensar se a sua “melhoria” vai criar um novo problema.
- ✓ Além disso, você deve entender os resultados esperados (definido na primeira etapa do processo)

CONTROLAR-ETAPA 5

- Última etapa do processo DMAIC é a fase de **controle**. Isto é, quando você confirmar que a melhoria implantada resolveu o problema.
- ✓ aplicar a melhoria a outros.





EVIDÊNCIAS PARA ANÁLISES

- **Etapa 1: reunir e gerenciar dados / evidências:**
Todos os RCAs são movidos por evidências. Portanto, o primeiro passo é reunir, proteger e gerenciar os dados relevantes para o problema.
- As evidências podem ser encontradas em muitas formas. Imagens / vídeo, depoimentos de testemunhas / especialistas, documentação, amostras de laboratório, arquivos de log de computador, diagramas / esquemas são exemplos de possíveis fontes de evidência

Regra dos cinco “porquês”.



- ✓ Considerada um dos fundamentos do sistema produção, a regra consiste em fazer uma sequência de cinco perguntas, sempre em relação à anterior. Em grande parte dos casos, até se chegar à quinta pergunta, a causa fundamental já foi descoberta.
- ✓ É preciso lembrar que um problema pode ter mais do que uma causa-raiz. Por isso, a análise pode ser feita por outros ângulos partindo de perguntas diferentes.

5 PORQUES

Causa Potencial Provável	1º Porquê (Porque esta causa está ocorrendo?)	2º Porquê (Porque isto [resposta 1º porquê] está acontecendo?)	3º Porquê (Porque isto [resposta 2º porquê] está acontecendo?)	4º Porquê (Porque isto [resposta 3º porquê] está acontecendo?)	5º Porquê (Porque isto [resposta 4º porquê] está acontecendo?)
A bomba falhou	Devido ao desgaste excessivo das faces da vedação	Houve superaquecimento	Falta de água de refrigeração	O operador esqueceu de abrir a válvula	Ele é novo na área e não tinha operado, ainda, uma bomba assim
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Causa Raiz </div> Treinamento não foi suficiente

FMEA

(Failure Mode and Effect Analysis)



É uma ferramenta de melhoria contínua, utilizada na etapa de desenvolvimento de um produto ou processo, no qual possíveis falhas são minuciosamente previstas e detalhadas com a finalidade de propor ações preventivas, utilizada para análise de possíveis desvios ou falhas, e suas respectivas causas, em um determinado processo ou produto.



Tipos de FMEA

- **FMEA DE PRODUTO:** análise de possíveis falhas que poderão ocorrer com o produto dentro das especificações do projeto. É conhecida também de FMEA de projeto.
- **FMEA DE PROCESSO:** análise de possíveis falhas no planejamento e execução do processo, a fim de evitá-las através de ações preventivas.
- **FMEA de PROCEDIMENTOS:** É pouco comum a sua utilização. Nele analisam-se as falhas potenciais de cada etapa do processo com o mesmo objetivo que as análises anteriores, ou seja, diminuir os riscos de desvio.

Aplicar a análise FMEA nas seguintes situações:



Diminuição da probabilidade da ocorrência de falhas em projetos de novos produtos ou processos;



Diminuição da probabilidade de falhas potenciais (ou seja, que ainda não tenham ocorrido) em produtos/processos já em operação;



Aumento da confiabilidade de produtos ou processos já em operação por meio da análise de falhas previamente detectadas e registradas.



Diminuição do risco de possíveis erros e aumento da qualidade das informações descritas em procedimentos (POP) .



**5 PORQUES EXEMPLO 4 –
PACIENTE ESPERANDO
PARA CIRURGIA**



**DEFINIÇÃO DO
PROBLEMA: PACIENTE
ESPERANDO MUITO PARA
ENTRAR NA SALA DE
CIRURGIA**



**POR QUE? HOUE UM
TEMPO GRANDE DE
ESPERA PELO TROLE;**



**POR QUE? UM TROLE
RESERVA TEVE QUE SER
ENCONTRADO;**



**POR QUE? AS RODAS DO
TROLE ORIGINAL ESTAVA
INSEGURAS E
APRESENTAVAM
DESGASTES E
TRAVAMENTO;**



**POR QUE? NÃO HOUE
UMA VERIFICAÇÃO
REGULAR DO
EQUIPAMENTO.**

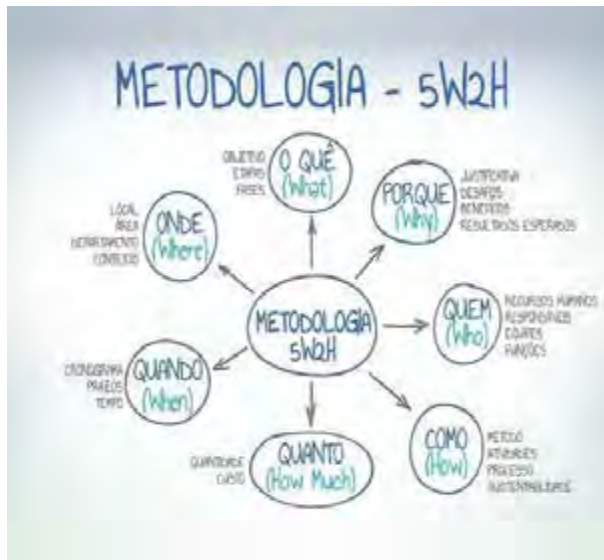


**POR QUE? O HOSPITAL
NÃO POSSUI UM PLANO DE
MANUTENÇÃO PERIÓDICA
DE EQUIPAMENTOS**



**CONTRA-MEDIDA:
IMPLEMENTAR UM PLANO
DE INSPEÇÃO PERIÓDICA
DE EQUIPAMENTOS.**

5W2H – Plano de Ação



- **What? (O que fazer?):** Descreva as etapas de um sistema ou processo.
- **Why? (Por que fazer?):** Justifique.
- **Where? (Onde vai ser feito?):** Local ou área a ser realizado o processo, sistema ou produto em questão.
- **When? (Quando vai ser feito?):** Data da execução.
- **Who? (Quem vai fazer?):** Responsável pela ação.
- **How? (Como vai ser feito?):** Qual o método, procedimento ou sistemática que será utilizado.
- **How much? (Quanto vai custar?):** Cálculo do custo estimado.

5S



- Parece bem simples, mas na verdade o Significado de 5S é baseado na filosofia japonesa do Bushido (lê-se bushidô). Um código de princípios morais não escritos, mas que foram passados de geração para geração e incorporados à cultura japonesa e que se resumem em disciplina e harmonia.

Significado do "5s"



PROJETO
VIAGEM AO *Clif*
CONHECIMENTO
QUAL SERÁ NOSSA PRÓXIMA PARADA?

rprivitera.torquato@gmail.com

21.99385.2255

