



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

NAIANE ALICE CAMPOS REIS

**NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS
DE MUDANÇAS EM SAÚDE: Um estudo de caso a partir de lideranças de
um hospital filantrópico**

Salvador

2024

NAIANE ALICE CAMPOS REIS

**NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE
MUDANÇAS EM SAÚDE: Um estudo de caso a partir de lideranças de um
hospital filantrópico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Administração Acadêmico (PPGA), EAUFBA –
Escola de Administração, Universidade Federal da
Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra
em Administração.

Orientador: Prof. Dr. André Luís Nascimento dos Santos
Coorientador: Prof. Dr. Ernani Coelho Neto

Salvador
2024

R375 Reis, Naiane Alice Campos.

Notificações de não conformidades como indutoras de mudanças em saúde: um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico / Naiane Alice Campos. – 2024.

154 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. André Luís Nascimento dos Santos.

Coorientador: Prof. Dr. Ernani Coelho Neto

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia,
Escola de Administração, Salvador, 2024.

1. Assistência hospitalar – Controle de qualidade – Estudo de casos.
 2. Administradores dos serviços de saúde – Avaliação.
 3. Liderança.
 4. Gestão da qualidade - Saúde.
 5. Mudança organizacional.
 6. Garantia de qualidade.
- I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 262.11

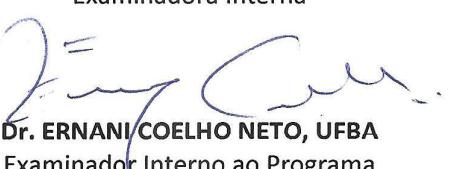
ATA Nº 02

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (NPG), realizada em 16/10/2024 para procedimento de defesa da Dissertação de MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO no. 2, área de concentração ADMINISTRAÇÃO, do(a) candidato(a) NAIANE ALICE CAMPOS REIS, de matrícula 2021105895, intitulada NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE MUDANÇAS EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DE LIDERANÇAS DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO. Às 14:00 do citado dia, Videoconferência, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. Dr. ANDRE LUIS NASCIMENTO DOS SANTOS que apresentou os outros membros da banca: Profª. Dra. ANDREA CARDOSO VENTURA, Prof. Dr. ERNANI COELHO NETO e Prof. Dr. PAULO LISBOA BITTENCOURT. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora aprovado..... o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.

7706115

Dr. PAULO LISBOA BITTENCOURT, EBMSP
Examinador Externo à Instituição


Dra. ANDREA CARDOSO VENTURA, UFBA
Examinadora Interna


Dr. ERNANI COELHO NETO, UFBA
Examinador Interno ao Programa


Dr. ANDRE LUIS NASCIMENTO DOS SANTOS, UFBA

Presidente


NAIANE ALICE CAMPOS REIS
Mestrando(a)

Dedico esse trabalho a:
Meus pais amados: José (*in memoria*) e Maria Sonia Campos;
Meus filhos, razões do meu viver: Renan e Raiane Campos;
E a minha avó Alice Alves.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu agradeço a DEUS por ter sido o meu sustentáculo até aqui, por ter me dado forças nos momentos mais difíceis que enfrentei e principalmente por ter me agraciado com inúmeras dádivas, as quais destaco os meus amados filhos, minha carreira profissional e minha trajetória acadêmica, tendo a conclusão desse mestrado como um ápice.

Um agradecimento especial ao meu saudoso pai Sr. José Campos e a minha mãe Sra. Maria Sônia Campos pelos ensinamentos, pelo incentivo aos estudos, pela abdicação dos seus projetos para priorização dos meus, simplesmente por terem sido os melhores pais que eu poderia ter. Ele um homem simples, com bordões marcantes que emanava amor em todas as formas de interação comigo... Ah como eu amava ouvi-lo me chamar de “Negona”. Ela um exemplo de fortaleza e integridade, dura nos momentos necessários, mas sempre companheira, minha apoiadora incondicional, sem dúvidas a principal responsável por essa conquista, amiga, presente, amável... Ah, aqueles cafunés da infância são as melhores memórias afetivas.

Agradeço aos meus filhos Renan e Raiane Campos, meu “pequeno rei” e meu “raio de sol” por serem minhas inspirações diárias, as razões pelas quais eu desejo melhorar cada dia mais, por compreenderem os momentos de ausência da mamãe para dedicação aos estudos (mesmo sem entenderem ao certo a motivação) e principalmente ao meu primogênito por entreter a sua irmã sempre que lhe solicitei apoio. Agradeço também ao meu companheiro Renato Reis pelas vezes em que me apoiou com as crianças entendendo as demandas do estudo.

Agradeço também a minha amiga e comadre Daiane Batista, doutora, professora e pesquisadora, que sempre me incentivou a perseguir na busca da realização do sonho de cursar mestrado. Pelos conselhos, orientações, suporte, enfim, por ter sido minha inspiração e apoio em todo o processo.

Agradeço ainda ao meu orientador o Professor Doutor André Nascimento pelo acolhimento e aceite em me conduzir em uma trajetória diferente da sua linha habitual de pesquisa. Meus sinceros e especiais agradecimentos pelo carinho, atenção e paciência demandados a mim no apoio nas situações difíceis que enfrentei e por ter sido um fiel incentivador na continuidade dos meus estudos.

Agradeço a toda a minha família, em especial minha prima Ana Claudia, pela escuta e apoio constante e minha avó materna Alice pelas constantes orações, pelos conselhos, por sua sabedoria, por seu amor... simplesmente por ser a minha “voinha” que tanto amo! E a todos os outros: os tios, as tias, primos e primas, meu muito obrigada por fazerem parte do meu seio familiar.

Agradeço a todos os amigos e as amigas, que não citarei nomes para não incorrer no erro de esquecer de mencionar alguém, que estiveram comigo nessa caminhada, por me apoiar com palavras de incentivos, orações, abraços e emanação de energias positivas. Tenho um carinho especial por vocês!

Oportunamente agradeço a instituição de saúde que me abriu as portas para atuação na área da Gestão da Qualidade, um mundo encantador que mudou a minha vida, me possibilitou fazer um plano de carreira e me tornou uma profissional plenamente realizada. Estendo meu agradecimento também à minha equipe, companheiros do dia-a-dia, pelo convívio leve, pela amizade e por me ensinarem continuamente a fazer gestão.

E por último, mas com igual importância, agradeço as duas entrevistadas, lideranças do serviço de imagem e medicina laboratorial da instituição objeto do estudo, pela confiança, disponibilidade, atenção e contribuição dada com o compartilhamento dos seus saberes, das suas percepções e dos seus modos de liderar. Estendo também os agradecimentos à líder do serviço de farmácia por ter aceitado participar da entrevista teste para avaliação da aderência do questionário da entrevista.

Por fim, agradeço a todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram para esse resultado, por questões de limitação de tempo e espaço peço-lhes desculpas pela ausência de menção dos nomes, mas desejo que se sintam acolhidos e abraçados por mim, com um sentimento de gratidão eterna.

REIS, Naiane Alice Campos. **Notificações de Não Conformidades como Indutoras de Mudanças em Saúde: Um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico.** Orientador: André Luís Nascimento dos Santos. 154 f. 2024. Dissertação (Mestrado em Administração) – Núcleo de Pós-graduação em Administração, NPGA/EAUFBA, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

RESUMO

O objeto deste estudo são as notificações de não conformidades como uma ferramenta de auxílio à gestão para implementação de mudanças quer seja nos processos ou nas rotinas organizacionais. Não conformidade é a entrega de um produto ou serviço sem atender às especificações técnicas estabelecidas pelo cliente, pelos requisitos pré-estabelecidos de normas regulamentadoras, órgãos fiscalizadores, certificações de qualidade ou ainda pelos procedimentos das próprias organizações. Enquanto que mudança, no contexto organizacional, se caracteriza como uma modificação significativa nos processos, produtos, pessoas, estrutura ou cultura, capaz de afetar a maior parte dos integrantes da organização e que tem como princípio promover a melhoria do desempenho organizacional. Os sistemas de notificação de não conformidades são considerados importantes ferramentas da qualidade, possibilitam a identificação de falhas operacionais, razão pela qual muitas vezes são entendidos como instrumentos fomentadores de punição ao invés de serem encarados como promotores de identificação de melhorias de processo. A liderança, por sua vez, assume papel fundamental no processo de mudança cultural entre as equipes para transformar essa visão punitivista das não conformidades, à medida que promove, engaja e contribui para a participação das mesmas nas mudanças de melhoria de processos. Os líderes de saúde exercem uma função indispensável na promoção de um ambiente organizacional de atuação sinérgica em que a cultura de qualidade e segurança do paciente seja incentivada, com foco na prevenção da ocorrência de danos aos pacientes, enquanto estes estejam aos cuidados dos serviços de saúde, considerando ser este um segmento complexo e sensível que se dedica a cuidar do bem mais precioso do ser humano que é a vida. A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso com abordagem híbrida como estratégia metodológica de pesquisa (quantitativa e qualitativa). Optamos por esse método por ele se limitar a investigar uma unidade hospitalar específica, buscando compreender os fenômenos sociais ali presentes, em seu contexto social. Utilizamos das fontes de evidência dos bancos de dados das notificações de não conformidades para elaboração do perfil de notificações da instituição e das entrevistas em profundidade realizadas com duas lideranças dos serviços diagnósticos de imagem e análise laboratorial para obtenção das suas percepções sobre o sistema de notificações de não conformidades. Nas entrevistas, investigamos as trajetórias de vida e os exercícios da liderança e como as líderes se utilizam das notificações de não conformidades para implementação de mudanças com foco na melhoria dos processos e promoção da qualidade e segurança dos serviços prestados. Os resultados demonstraram que o sistema de notificação de não conformidades é uma importante ferramenta de auxílio aos líderes na identificação de oportunidades potenciais de mudanças que possam resultar em melhorias para os processos, mas para ser reconhecido como tal a instituição de saúde precisa fomentar uma cultura organizacional voltada para o processo de mudança, investindo em programas de formação do líder, principalmente aqueles recém ingressos na função; em capacitação e desenvolvimento dos seus líderes em ferramentas da qualidade e ciclos de melhorias.

Palavras-chave: Não-conformidade; Liderança; Qualidade em saúde; Mudanças e Melhorias.

REIS, Naiane Alice Campos. **Notifications of Nonconformities as Inducers of Change in Health: A case study from leaders of a philanthropic hospital.** Advisor: André Luís Nascimento dos Santos. 154 f. 2024. Dissertation (Master's in Administration) – Postgraduate Center in Administration, NPGA/EAUFBA, Federal University of Bahia, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The object of this study is notifications of nonconformities as a management aid tool for implementing changes, whether in processes or organizational routines. Non-conformity is the delivery of a product or service without meeting the technical specifications imposed by the customer, the pre-established requirements of regulatory standards, supervisory bodies, quality certifications or even the guidelines and procedures of the organizations themselves. While change, in the organizational context, is characterized as a significant modification in processes, products, people, structure or culture, capable of affecting the majority of the organization's members and whose principle is to promote the improvement of organizational performance. The non-conformity notification systems are considered important quality tools, they enable the identification of operational failures, which is why they are often understood as instruments that encourage punishment rather than being seen as promoting the identification of process improvements. Leadership, in turn, plays a fundamental role in the process of cultural change between teams to transform this punitive view of non-conformities, as it promotes, engages and contributes to their participation in process improvement changes. Healthcare leaders play an essential role in promoting an organizational environment of synergistic action in which a culture of quality and patient safety is encouraged, with a focus on preventing harm to patients while they are in the care of healthcare services, considering this to be a complex and sensitive segment dedicated to taking care of the most precious asset of human beings, which is the life. The research is characterized as a case study with a hybrid approach as a methodological research strategy (quantitative and qualitative). We chose this method because it is limited to investigating a specific hospital unit, seeking to understand the social phenomena present there, in its social context. We used sources of evidence from non-conformity notification databases to prepare the institution's epidemiological profile and in-depth interviews carried out with two leaders of the diagnostic imaging and laboratory analysis services to obtain their perceptions about the non-conformity notification system. In the interviews, we investigated the life trajectories and the leadership exercises and how leaders use notifications of non-conformities to implement changes with a focus on improving processes and promoting the quality and safety of the services provided. The results demonstrated that the non-conformity notification system is an important tool to help leaders identify potential opportunities for changes that could result in process improvements, but to be recognized as such the healthcare institution needs to foster an organizational culture focused on the change process, investing in leader training programs, especially those newly entering the role; in training and developing its leaders in quality tools and improvement cycles.

Keywords: Non-conformity; Leadership; Quality in healthcare; Changes and Improvements.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma Operacional para Notificação de Não Conformidades	75
Figura 2: Panorama das Notificações de Não Conformidades – Hospital X, Ano 2021.....	78
Figura 3: Classificação das Não Conformidades após Análise dos Líderes.....	81
Figura 4: Turno das Ocorrências de Não Conformidades na Unidade Hospitalar	82
Figura 5: Envolvimento das Não Conformidades com processos relacionados aos Pacientes	82
Figura 6: Distribuição das Notificações de Não Conformidades do Hospital por Setor	84
Figura 7: Tipologia das Notificações de Não Conformidades	85
Figura 8: Reclassificação das Não Conformidades registradas como “Outros”	87
Figura 9: Notificações de Não Conformidades para o Serviço de Bioimagem.....	91
Figura 10: Envolvimento das Não Conformidades da Bioimagem com processos relacionados aos Pacientes.....	94
Figura 11: Setores Notificadores de Não Conformidades para o Serviço de Bioimagem	95
Figura 12: Tipologia das Não Conformidades destinadas ao Serviço de Bioimagem	96
Figura 13: Notificações de Não Conformidades para a Medicina Laboratorial.....	104
Figura 14: Envolvimento das Não Conformidades da Medicina Laboratorial com processos relacionados aos Pacientes.....	106
Figura 15: Setores Notificadores de Não Conformidades para a Medicina Laboratorial	107
Figura 16: Tipologia das Não Conformidades destinadas à Medicina Laboratorial	108
Figura 17: Tela de Avaliação Pré Procedimento de Ressonância	132
Figura 18: Pop-up Alerta Sepse.....	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da Acreditação Hospitalar Nacional e Internacional no Brasil.....	33
Tabela 2: Proporção de Hospitais Acreditados por Leitos Hospitalares disponíveis nas Regiões do Brasil.....	36
Tabela 3: Distribuição das Notificações por Função Profissional do Notificador	79
Tabela 4: Performance dos Líderes no Tratamento das Notificações de Não Conformidades	80
Tabela 5: Tempo de Análise e Resposta dos Líderes às Notificações de Não Conformidades	80
Tabela 6: Classificação da (Im)Procedência das Notificações de Não Conformidades, Hospital X, Ano 2021	82
Tabela 7: Tempo de Análise e Resposta da Liderança da Bioimagem frente às Notificações de Não Conformidades Recebidas	93
Tabela 8: Distribuição das Não Conformidades da Bioimagem por turno de ocorrência.....	94
Tabela 9: Áreas que receberam notificações de Não Conformidades destinadas pela Bioimagem.....	99
Tabela 10: Tipologia das não conformidades registradas pelo serviço de Bioimagem.....	100
Tabela 11: Tempo de Análise e Resposta da Liderança da Medicina Laboratorial frente às Notificações de NC's Recebidas	104
Tabela 12: Distribuição das Não Conformidades da Medicina Laboratorial por turno de ocorrência	106
Tabela 13: Áreas que receberam notificações de Não Conformidades destinadas pela Medicina Laboratorial	111
Tabela 14: Tipologia das não conformidades registradas pela Medicina Laboratorial	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Níveis e Princípios Norteadores da Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação	31
Quadro 2: Níveis e Diretrizes da Acreditação QMentum International	32
Quadro 3 – Mapa de Acreditações Hospitalares no Brasil - Metodologia ONA e QMentum .	34
Quadro 4: Conceitos de Liderança em Diferentes Perspectivas.....	48
Quadro 5 – Estilos de Liderança: características dos liderados, vantagens e desvantagens	54
Quadro 6 – Desenho Metodológico da Pesquisa	62
Quadro 7 – Coleta de Dados das Entrevistas.....	65
Quadro 8 – Estrutura do questionário da entrevista	67
Quadro 9: Tipologia das Situações Não Conformes Passíveis de Notificação no Ano 2021 ..	71
Quadro 10 – Perfil das Líderes Entrevistadas	116
Quadro 11 – Mudanças implementadas na Bioimagem a partir das notificações de Não Conformidades.....	133
Quadro 12 – Mudanças implementadas na Medicina Laboratorial a partir das notificações de Não Conformidades.....	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACI	Accreditation Canadense Internacional
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BS	Boletim de Serviço
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNQPS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
CPRM	Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
GQ	Gestão da Qualidade
HSO	Health Standards Organization
IBSP	Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente
ILAS	Instituto Latino Americano de Sepse
ISO	Organização Internacional para Padronização
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCHA	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCI	Joint Commission International
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MA	Médico Assistente

MAT	Medicamentos
MED	Materiais
ML	Medicina Laboratorial
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
NC	Não Conformidade
NIAHO	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
NPT	Nutrição Parenteral Total
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QGA	Quality Global Alliance
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RNM	Ressonância Magnética
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SciElo	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
TNE	Terapia Nutricional Enteral
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR E A NÃO CONFORMIDADE COMO FERRAMENTA DE AUXÍLIO À GESTÃO	25
2.1 QUALIDADE E ABRANGÊNCIA AO SEGMENTO HOSPITALAR: PANORAMA HISTÓRICO E CONTEMPORÂNEO DA ACREDITAÇÃO	26
2.2 NÃO CONFORMIDADES COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....	38
2.2.1 TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES: USO DAS INFORMAÇÕES PARA PROMOÇÃO DE MUDANÇAS.....	43
3. LIDERANÇA E A EVOLUÇÃO DAS TEORIAS.....	47
3.1 CONCEITOS E TEORIAS SOBRE LIDERANÇA	47
3.2 O LÍDER DE SERVIÇOS DE SAÚDE	56
3.3 A IMPORTÂNCIA DA LIDERANÇA NA GESTÃO DAS NÃO CONFORMIDADES EM SAÚDE.....	58
4. CAMINHOS METODOLÓGICOS	61
4.1 A ESCOLHA PELA ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES	63
4.2 A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS DE PROFUNDIDADE	64
4.2.1 COLETA DE DADOS	65
4.2.2 A PRÁTICA DAS ENTREVISTAS	67
4.2.3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE NARRATIVAS	68
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
5.1 O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E O MÉTODO DE TRATAMENTO DAS NÃO CONFORMIDADES DA UNIDADE HOSPITALAR.....	69
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES NO ÂMBITO ORGANIZACIONAL	77
5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES NA PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS DE IMAGEM E ANÁLISES CLÍNICAS	88
5.3.1 O UNIVERSO DAS NÃO CONFORMIDADES NO SERVIÇO DE BIOIMAGEM	90
5.3.2 O UNIVERSO DAS NÃO CONFORMIDADES DA MEDICINA LABORATORIAL	101
6. O LÍDER: TRAJETÓRIAS E PROMOÇÃO DE MUDANÇAS A PARTIR DE NÃO CONFORMIDADES	115

6.1 INDIVÍDUO E TRAJETÓRIA: DO INGRESSO NA VIDA PROFISSIONAL À FUNÇÃO DE LÍDER.....	115
6.2 INDIVÍDUO NA FUNÇÃO DE LÍDER E A RELAÇÃO COM AS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES.....	123
7. INDIVÍDUO NA FUNÇÃO DE LÍDER E O USO DAS NÃO CONFORMIDADES COMO ALIADAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MUDANÇAS.....	130
7.1 O CASE MARCAPASSO: A IMPLEMENTAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PRÉ-PRESCRIÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	130
7.2 O CASE ROTA SEPSE: A IMPLEMENTAÇÃO DE ALERTA NO SISTEMA	134
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA.....	154
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PROJETO DE PESQUISA	155
APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A LÍDER DA BIOIMAGEM	157
APÊNDICE D – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A LÍDER DA MEDICINA LABORATORIAL	179
ANEXO A - MODELO DE PLANILHA DO BANCO DE DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES.....	213

1. INTRODUÇÃO

A palavra conformidade é conceituada como uma condição em que a entrega do produto ou serviço atende ao que foi especificado pela parte interessada - contratante/cliente (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2015). Logo, tem-se que a não conformidade é o não atendimento a essas especificações ou a requisitos pré-estabelecidos por fatores externos (normas regulamentadoras, órgãos fiscalizadores, certificações de qualidade) ou internos às organizações (diretrizes, procedimentos e rotinas).

Nesse contexto, torna-se fundamental uma sólida gestão da qualidade, processo que centra na avaliação da qualidade da entrega do produto ou serviço para o cliente. No segmento da saúde, esta área é responsável pelo fortalecimento da cultura organizacional para a segurança do paciente, monitoramento da qualidade do serviço prestado aos pacientes (manifestação da satisfação), planejamento e documentação da qualidade, gestão dos riscos assistenciais, gestão de eventos adversos e não conformidades (ACAUAN; *et al.* 2021). Complementa este escopo as atividades de treinamento e sensibilização do corpo funcional para o cumprimento institucional da política de gestão da qualidade.

A unidade hospitalar objeto deste estudo se destaca pelo compromisso com a busca constante do fortalecimento da cultura de qualidade através da solidificação dos padrões de segurança e qualidade assistencial, sendo referência em diversos segmentos da área da saúde. Trata-se de uma instituição do direito privado, sem fins lucrativos, localizada numa região turística da cidade do Salvador, de grande relevância para a população soteropolitana e de outras regiões do Estado da Bahia, que presta assistência de alta complexidade nos diversos segmentos da saúde a pacientes de rede conveniada, particular e do Sistema Único de Saúde (SUS), este último para as condições específicas contratualizadas. Suas instalações contemplam serviços de urgência e emergência; centros cirúrgicos especializados; leitos de internação e tratamento intensivo, além de serviços ambulatoriais de diagnóstico e tratamento.

Possui um marco histórico de mais de duas décadas de implantação da gestão da qualidade, perpassou por selos de certificação da qualidade no âmbito nacional e atualmente internacional com a metodologia de certificação Acreditação QMentum no nível Diamante, que visa orientar e monitorar os padrões de alta performance em qualidade e segurança no segmento da saúde, baseada em critérios globais de validação com foco na entrega de mais valor aos pacientes, clientes e sistema de saúde (Quality Global Alliance, 2022).

A qualificação da unidade hospitalar é acompanhada pela área de Gestão da Qualidade (GQ), um núcleo estratégico responsável pela interação entre o hospital e os órgãos

certificadores, e também pela avaliação, medição e readequação sistêmica dos processos institucionais em acordo às legislações vigentes e as normas organizacionais que compõem o sistema de gestão da qualidade, com foco na promoção da segurança do paciente, satisfação dos clientes e eficiência operacional. É importante salientar que a trajetória profissional da pesquisadora em questão foi demarcada pela sua atuação na implementação e gerenciamento da ferramenta de notificação de não conformidades (inspiração e fonte de dados para este estudo) e também como gestora da qualidade desta instituição.

Os sistemas de notificação de não conformidades são considerados importantes ferramentas da qualidade, pois possibilitam a identificação de falhas operacionais. Costumam ser de ampla adesão das equipes por serem comumente fáceis de utilização, apesar de por vezes não serem entendidos como instrumentos promotores de identificação de melhorias de processo e sim como fomentadores de punição (FRANCO *et al.*, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Para que a percepção da equipe seja revertida no entendimento dos sistemas de notificação como importantes ferramentas de obtenção de informações para melhorias de processos, faz-se necessário que os líderes exercitem uma abordagem não punitiva, que compartilhem os dados com as suas equipes e que os envolvam na busca de soluções para os problemas identificados. As informações obtidas deverão servir de subsídio às lideranças para a tomada de decisão (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006) que inclui a implementação de mudanças organizacionais.

Mudança organizacional é considerada neste estudo na perspectiva de Bressan (2001) que define como qualquer alteração, projetada ou não, nos elementos fundamentais da organização que incluem pessoas, estrutura, produtos, processos e cultura. Necessita ser significativa, afetar a maioria dos membros da organização e ser direcionadas para aprimorar o desempenho organizacional em resposta às exigências internas e externas (BRESSAN, 2001).

O líder ocupa um papel de grande relevância na identificação de oportunidades, proposição e implementação de mudanças nas organizações. Isso justifica a escolha pela abordagem do tema liderança neste estudo, por entender que mesmo sendo amplamente discutido desde os primórdios da civilização, ainda permanece até os dias atuais sem um consenso conceitual no mundo científico (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Ao considerar que ao longo desse estudo as palavras “liderança” e “líder” são amplamente abordadas, cabe de início um adendo explicativo de que as discussões sobre este último se concentram sob o guarda-chuva do arcabouço teórico do primeiro (BIANCHI, QUISHIDA, FORONI, 2017), portanto, há momentos em que estes se associaram para elucidar

o argumento desejado. Ressaltamos ainda, que a terminologia “chefia” de igual modo, neste estudo será utilizada como sinônima à palavra líder, por representar a nomenclatura do cargo exercido por alguns profissionais incluídos na amostra.

As discussões acerca do tema ganharam várias conotações ao longo dos anos, primeiro com o aparecimento de teorias que focavam nas características físicas e traços pessoais que os indivíduos que ocupavam posição de líder deveriam possuir, para serem considerados eficazes. Depois, as pesquisas evoluíram na investigação dos aspectos comportamentais desses indivíduos, seguidas de estudos que abordavam a necessidade de os líderes adotarem condutas flexíveis se adaptando rapidamente aos cenários interno e externo às organizações (BOTELHO; KROM, 2010) até que as discussões evoluíram para a ideia de um líder carismático e transformador que se utilize de sua influência para motivar a equipe em prol do alcance dos resultados organizacionais (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Dentre as inúmeras mudanças percebidas com a evolução das teorias sobre liderança, a mais significativa delas foi a mudança de constructo da percepção de que um líder eficaz era aquele que sabia dirigir a sua equipe para aquele que consegue relacionar-se bem com ela, de maneira humanizada e ainda assim obter bons resultados (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

De forma equânime reconhece-se nas discussões sobre os estilos clássicos e emergentes de lideranças o poder da influência do líder no engajamento da equipe para atingimento das metas organizacionais. Para tanto, faz-se necessário que o líder adote um estilo de liderança que promova a participação da equipe (BRITO, 2020).

Na área da saúde o estreitamento entre liderança e liderado torna-se ainda mais importante, com necessidade de mudança do modelo hierarquizado e tradicional para aquele que valoriza o trabalho em equipe e que promove a qualidade da atenção em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A saúde é uma área relativamente complexa e sensível, que se dedica a cuidar do bem mais precioso do ser humano que é a vida (BRITO, 2020). Dessa forma, é imprescindível que o ambiente organizacional se dedique a trabalhar constantemente a equipe para atuar de forma sinérgica de modo a evitar que pacientes sofram danos quando estiverem aos cuidados dos profissionais de saúde.

Os sistemas de garantia da qualidade surgem nesse contexto como uma importante ferramenta de difusão dos padrões de qualidade dos cuidados de saúde. A enfermagem, que dedica a maior parte do tempo de trabalho na assistência direta aos pacientes, torna-se mais propensa a manifestação por parte destes sobre a percepção de qualidade da instituição (BRITO, 2020). Na instituição objeto do estudo, esta categoria aponta como a principal responsável pela

notificação para as áreas de inter-relação sobre as situações não conformes identificadas no processo de assistência aos pacientes em atendimento.

As informações dos sistemas de medição da qualidade possibilitam aos líderes promover a avaliação contínua das práticas assistenciais com o objetivo de favorecer a excelência da assistência e promover as mudanças necessárias no ambiente organizacional (FRANCO *et al.*, 2010). Porém, vê-se ainda que no segmento da saúde a gestão baseada em informação é um campo rico e em desenvolvimento (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007).

Esta pesquisa tem como principal frente de abordagem a avaliação da utilização das informações das notificações de não conformidades como subsídio de gestão para promoção de mudanças nos serviços de saúde. Esta dissertação parte do pressuposto que um olhar mais atento, sensível e aberto das lideranças para a importância da gestão da qualidade, ancorada na identificação, análise e tratamento das notificações de não conformidades, possibilita a melhoria dos processos operacionais, favorece um ambiente mais seguro para os pacientes e profissionais, além de melhores resultados organizacionais.

O ambiente hospitalar é por si só um local complexo tanto quando considerada a diversidade de atuação de categorias profissionais quanto pelos riscos inerentes ao segmento, requerendo interação e sinergia entre os profissionais para qualidade da prestação da assistência e alcance dos resultados. Os programas de qualidade e de acreditação hospitalar têm feito os hospitais buscarem medir o desempenho organizacional dos seus processos de trabalho e a atuação de seus trabalhadores através de indicadores (FRANCO; *et al.* 2010). Os autores destacam ainda que a utilização de ferramentas para obtenção de informações é considerada um importante recurso gerencial por possibilitar ao líder avaliar a atuação dos seus liderados e a efetividade dos processos de trabalho.

A escolha da não conformidade como tema central deste estudo se justifica pela necessidade de trazer para discussão um fenômeno que tem ganhado notoriedade nas organizações de saúde com os selos de certificação da qualidade de qualquer natureza, por representar o mecanismo utilizado pelos profissionais para reportar as quebras de acordo das interações dos processos, mas que merece ganhar repercussão para além dos muros destas organizações, de modo a alcançar e ser incorporado por todo o sistema de saúde, seja ele público ou privado.

Importante destacar também, enquanto contribuição, que ao observar a lacuna existente na exploração acadêmica do estudo das não conformidades em saúde como ferramenta subsidiadora da gestão, ao considerar as consultas realizadas em banco de dados amplamente reconhecidos como Scientific Electronic Library Online (SciElo), Medical Literature Analysis

and Retrieval System Online (Medline) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), esse estudo se caracteriza como de grande relevância para disseminação do conhecimento no campo da administração em saúde, mas especificamente, no segmento da gestão da qualidade, que carece de pesquisas focadas com esse nicho estratégico para as organizações de saúde.

Outro fator relevante é a contribuição que esta pesquisa trará para a organização objeto do estudo, com foco nos profissionais de saúde que estejam no exercício do cargo de liderança, de modo que a partir dos resultados desta dissertação estes consigam reconhecer a ferramenta de notificação de não conformidades como um importante instrumento de identificação de oportunidades de mudanças que podem resultar em melhorias.

A problemática desta pesquisa permeia justamente a busca pela verificação se o processo de notificação de não conformidades é entendido pelas lideranças como uma importante ferramenta de obtenção de informações para auxílio à gestão e promoção de mudanças. A análise observacional da pesquisadora sobre o comportamento dos líderes no que pese o tratamento das não conformidades a leva afirmar que existe lideranças que caracteristicamente adotam conduta reativa ao recebimento de notificações com discurso negacionista sobre a ocorrência da falha ou sobre a responsabilização da sua equipe, e aquelas, em menor escala, que consideram as notificações como fonte potencial de informações para identificação das oportunidades de mudanças operacionais.

Percebemos, na prática, que a liderança é considerada um ponto nevrálgico para este estudo, por considerar que, se o líder não tratar as não conformidades com a atenção que elas exigem, dificilmente a equipe perceberá o valor da sua notificação para a melhoria dos processos. A liderança ganha enfoque como tema de revisão deste trabalho porque um dos maiores desafios da Gestão da Qualidade do hospital passa pela percepção da pesquisadora de resistência dos líderes em relação às notificações de não conformidades. A maioria das lideranças entende a notificação como uma crítica pessoal ao seu trabalho e a sua forma de liderar, com isso perde a oportunidade de se utilizar da ferramenta para identificar oportunidades de intervenção juntamente com a equipe na busca de soluções eficientes para os problemas.

A percepção dos defensores do campo da qualidade sugere que a pouca utilização por parte das lideranças das informações das notificações de não conformidades como sinais de alerta para identificação de falhas operacionais pode ser justificada por diversos fatores que envolvem o ambiente hospitalar e atuação dos líderes, tais como a falta de autonomia para resolução de problemas, a sobrecarga de trabalho e a ausência de um programa institucional de

desenvolvimento permanente destes profissionais (AMESTOY, *et al.*, 2013). A educação permanente como um instrumento de desenvolvimento do líder além de possibilitar acesso ao conhecimento em constante atualização, incita o pensamento crítico sobre os processos (AMESTOY *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a problemática deste estudo parte do pressuposto que as informações obtidas das notificações de não conformidades apontam como um importante subsídio para as lideranças identificarem as oportunidades de mudanças operacionais oportunizando a pergunta de pesquisa: *De que forma os líderes de um hospital filantrópico se utilizam das notificações de não conformidades como aliadas do seu processo de gestão para implementação de mudanças?*

A observação desse fenômeno na prática leva a autora dessa dissertação considerar que poucas são as lideranças que utilizam as informações de não conformidades como um benefício gerencial. Escrivão Júnior (2007) corrobora com esse pensamento quando aborda que na área da saúde a gestão baseada em informações apresenta menor amplitude de utilização ao ser comparado com o *modus operandi* da gestão dos demais setores da economia.

A partir do exposto, discutiremos a partir daqui elementos relacionados ao sistema de notificação de não conformidades da unidade hospitalar objeto do estudo, a sua estruturação enquanto ferramenta de gestão, os resultados obtidos a partir da mesma por meio da caracterização das ocorrências e a percepção dos líderes sobre o sistema. Serão apresentados ainda os perfis das lideranças participantes da pesquisa, às trajetórias de vida desde a formação acadêmica até o posicionamento enquanto líder e a relação destas com o processo de notificação e tratamento de não conformidades como aliadas da promoção de mudanças. Dessa forma, como objetivo geral, esta pesquisa pretende analisar as notificações de não conformidades de um hospital filantrópico e avaliar o uso das mesmas pelas lideranças como ferramenta para identificação e implementação de mudanças. E para alcançá-lo foram estabelecidos os objetivos específicos a seguir:

- a) Tipificar as notificações de não conformidades do ano de 2021 com a identificação dos setores e ocorrências de maiores prevalências;
- b) Analisar o perfil das notificações de não conformidades no mesmo ano e identificar cenários potenciais de implementação de mudanças;
- c) Caracterizar as lideranças e a relação destas com o sistema de notificação de não conformidades;
- d) Compreender a percepção dos líderes sobre a utilização das não conformidades como aliadas para implementação de mudanças e os desafios enfrentados;

e) Relatar mudanças implementadas a partir das notificações de não conformidades.

A metodologia do estudo baseou-se na análise do banco de dados, do período de um ano, das notificações de não conformidades da referida unidade hospitalar de modo a identificar o perfil das ocorrências e as prevalências referentes a tipologia e setores envolvidos, se concentrando a partir daí nos resultados relacionados aos serviços diagnóstico de imagem e análises clínicas, dada a relevância destes como áreas de apoio à prática médica no processo de assistência aos pacientes internados. Além de considerar que a atuação destes permeia a maioria das unidades assistenciais, o que pode justificar possuírem amostragem significativa no número de notificações de não conformidades.

Em complementação aos achados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as lideranças dos respectivos serviços como forma de coletar as percepções sobre o sistema de notificações de não conformidades, identificar as mudanças implementadas na sua gestão, bem como entender os desafios enfrentados para a efetivação ou não das mesmas.

Compreender a percepção dos líderes é missão mais que necessária nesta pesquisa, para chegar a um denominador comum do tamanho do desafio no processo de implementação de mudanças nos processos do hospital a partir das notificações de não conformidades. Foram escolhidos para a pesquisa de referencial teórico os temas conformidade e não conformidade, qualidade nos serviços de saúde, acreditação hospitalar, liderança e liderança em saúde, por considerar o quanto entender esses temas é importante para o aprofundamento desta pesquisa.

Para além dos capítulos inicial e final, da introdução e considerações finais, esta dissertação está estruturada da seguinte forma: o capítulo 2 traz um referencial teórico sobre a evolução da gestão da qualidade em saúde até a contemporaneidade, o papel da acreditação hospitalar como fomentadora de ferramentas de avaliação da qualidade em saúde e o uso das não conformidades como auxílio à gestão para avaliação da qualidade e promoção de mudanças. O capítulo 3 aborda a variedade de conceitos sobre a temática liderança, suas evoluções teóricas, caracterização do líder de saúde e a importância deste no gerenciamento das não conformidades.

Na sequência, o capítulo 4 apresenta os caminhos metodológicos percorridos na produção desta dissertação, nesta seção é justificada a escolha pela utilização do banco de dados das notificações de não conformidades, o modo de execução das entrevistas de profundidade, a coleta de dados, a estrutura do instrumento de entrevista e o modo de análise dos dados. O capítulo 5 apresenta os resultados propriamente ditos, a estrutura do sistema de notificação de não conformidades, apresentações gráficas, tabelas e quadros formulados a partir do banco de dados das notificações de não conformidades de modo a possibilitar a elaboração do perfil das

notificações de não conformidades a nível institucional e dos serviços diagnósticos de imagem e análises laboratoriais, assim como são apresentadas as percepções das respectivas lideranças sobre o gerenciamento das não conformidades.

O capítulo 6 propõe apresentar as trajetórias das lideranças participantes do estudo, desde a formação acadêmica até o início da liderança, busca compreender os modos de exercícios da liderança e a relação destas com o processo de não conformidades. E por fim, antes das considerações finais, o capítulo 7 revela como o líder se utiliza das notificações de não conformidades para implementação de mudanças, exemplifica dois *cases* de sucesso, na percepção das lideranças entrevistadas, de mudanças implementadas a partir de não conformidades, assim como relaciona outras mudanças relevantes implementadas.

2. GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR E A NÃO CONFORMIDADE COMO FERRAMENTA DE AUXÍLIO À GESTÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar a evolução da gestão da qualidade em saúde, a importância da acreditação hospitalar como impulsionadora da implementação de ferramentas de auxílio à gestão para a promoção da qualidade em saúde. Mas, antes de aprofundar no estudo teórico acerca das referidas temáticas, escolhemos compreender o ambiente hospitalar, desde a sua concepção propriamente dita até a caracterização dos diferentes perfis desta modalidade organizacional.

A palavra hospital é originada do latim *hospitiu* e quer dizer “local onde se hospedam pessoas”, em referência a estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV d.C, que se fundamentavam em prover cuidados a doentes e ofertar abrigo a viajantes peregrinos (SOUZA; MOZACHI, 2006).

Na era cristã, o que se entendia como hospital sofreu uma transformação significativa e passou a ser visto como “entidade assistencial para doentes, pobres e peregrinos, numa estrutura em que a proteção e o amor ao próximo constituíam o seu fundamento” (MIRSHAWKA, 1994 apud TAMBOSI, 2013). O cristianismo foi responsável por impulsionar essa mudança ao colocar a caridade e o amor ao próximo como virtudes centrais. Assim, a filantropia por meio dos cuidados prestados em hospitais estava intrinsecamente ligada à religião e à espiritualidade (TAMBOSI, 2013). Muitos dos hospitais foram fundados e administrados por ordens religiosas, que tinham as irmãs de caridade como as responsáveis pelo atendimento aos doentes como o cumprimento do seu dever religioso.

Na perspectiva do Ministério da Saúde Brasileiro, o hospital pode ser definido como uma organização médica e social que tem como função prestar assistência médica integral à população (curativa e preventiva), independentemente do regime de atendimento, é caracterizado também como um centro de educação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos e também fomento a pesquisas em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Hospital é o local onde se recebem e se tratam doentes. Segundo Souza e Mozachi (2006) ele pode ser classificado de variadas maneiras em acordo à sua natureza, a exemplo de:

- ✓ Especialidade – caracterizado em Geral ou Especializado, quando há prestação de serviço nas quatro especialidades médicas básicas (clínica médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica) ou em uma especialidade específica, respectivamente;

- ✓ Número de leitos – classificado por porte: pequeno (≤ 50), médio (51 a 150), grande (151 a 500) e porte especial (≥ 500); por resolubilidade – secundário e terciário independentemente da característica de especialidade, onde o secundário é ofertador de alto grau de resolução dos problemas de saúde no próprio hospital com atendimento restrito às especialidades médicas básicas enquanto o terciário se destina a outras áreas médicas;
- ✓ Propriedade – subdivide-se em público e privado: o primeiro quando integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e Municípios e o segundo, se patrimônio de uma pessoa física ou jurídica caracterizado como do direito privado;
- ✓ Beneficência e Filantropia – podem ser do direito privado. Os benfeiteiros são mantidos por contribuições e doações particulares, de prestadores de serviços a seus associados e demais públicos, enquanto os filantrópicos atendem a população desfavorecida através de financiamento do SUS (SOUZA; MOZACHI, 2006).

Estudos sobre assistência médico-sanitária afirmam que o setor hospitalar brasileiro filantrópico/beneficente responde aproximadamente por 1/3 do parque hospitalar existente no país. Este perfil de instituição normalmente apresenta diversidade na estrutura gerencial, tecnológica e práticas assistenciais, cumprindo desde funções básicas de rede de serviços às práticas de última geração com elevado grau de complexidade, e por vezes é referência assistencial para o segmento da saúde (SOUZA; MOZACHI, 2006).

2.1 QUALIDADE E ABRANGÊNCIA AO SEGMENTO HOSPITALAR: PANORAMA HISTÓRICO E CONTEMPORÂNEO DA ACREDITAÇÃO

As primeiras discussões sobre a temática gestão da qualidade surgiram no segmento industrial, propagadas por pesquisadores renomados norte-americanos, com auge após a revolução industrial, no século XIX. Nomes como William Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa, Genichi Taguchi e Philip Crosby se destacaram na criação de métodos e na defesa de novas ideologias que tratavam sobre a implantação, manutenção e avaliação da qualidade dos produtos e serviços (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Inicialmente, o controle de qualidade não adotava o formato dos dias atuais, este movimento ganhou força no início do século XX com a evolução da produção manufatureira para produção em série, levando as indústrias a se preocuparem com a necessidade de padronização dos processos de trabalho com foco tanto na redução dos desperdícios (diante dos

constantes retrabalhos) quanto no aumento da satisfação dos clientes, que já se comportavam de forma mais exigente com o nível de entrega do produto ou serviço adquirido (BARBINO JUNIOR; SILVA; GABRIEL, 2018).

Nas percepções de Franco *et al.* (2010), qualidade é “um conceito abstrato e subjetivo”. Mas há no meio uma diversidade de concepções teóricas que conceitua qualidade como um produto ou serviço ausente de defeitos, como algo que atende às expectativas do cliente ou ainda como aquele que é feito corretamente da primeira vez (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Diante da inexistência de um conceito universal sobre qualidade (BARBINO JUNIOR; SILVA; GABRIEL, 2018), para este estudo, optamos por trazer a dialogar o pensamento de Falconi (1999) por entendermos se tratar da melhor aplicabilidade, uma vez que ao afirmar que um produto ou serviço é considerado de qualidade quando atende perfeitamente às necessidades do cliente, traduzindo confiança, acessibilidade, segurança e oferta no tempo oportuno, ele também delimita as diretrizes básicas essenciais para a uma prestação segura dos cuidados em saúde.

Em outras palavras, o autor associa qualidade a um projeto realizado com perfeição, livre de defeitos, com baixo custo, padrão de segurança para o cliente e com entrega na quantidade, local e prazo corretos (FALCONI, 1999). Ao fazer uma analogia desse pensamento com a área de saúde seria o mesmo que dizer que uma assistência de qualidade é o alcance do objetivo terapêutico, livre de danos ao paciente, com baixo custo operacional, com a adoção das melhores práticas assistenciais alinhadas à correta indicação terapêutica, no tempo e quantidade necessários.

A enfermeira britânica Florence Nightingale, sem mesmo ter ciência, foi a precursora da temática qualidade em saúde quando em meio a assistência aos soldados feridos na Guerra da Criméia (1853-1856) percebeu que ao assegurar a limpeza do ambiente e adotar medidas de higiene das mãos para posterior prestação de cuidado aos acidentados conseguiu reduzir significativamente a mortalidade dos combatentes e obter melhor desempenho assistencial, dando início as primeiras abordagens sobre a importância da higiene hospitalar para os resultados clínicos (ANVISA, 2017).

Apesar da importante contribuição de Florence Nightingale, o movimento de busca pela qualidade ficou restrito por longos anos nos territórios industriais, até que lentamente começou a adentrar no segmento da saúde.

Os Estados Unidos da América (EUA) e o Canadá, em 1952, tiveram um importante papel nessa caminhada ao criar a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (Joint

Commission on Accreditation of Hospitals – JCHA) uma associação sem fins lucrativos, não governamental que se propunha a avaliar voluntariamente os hospitais daqueles países com base numa padronização adotada pela metodologia caracterizada como Acreditação. Em 1958 a parceria entre esses países se desfez com a saída da Associação Médica Canadense da JCHA para participação no Conselho de Acreditação dos Serviços de Saúde, originando alguns anos depois os grupos JCI – Joint Commission Internacional, nos EUA e ACI – Accreditation Canadense Internacional, no Canadá (FREIRE, 2017).

Na América Latina, no ano de 1987, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais uniram esforços para promover o avanço e a implementação de padrões de qualidade. Isso foi alcançado por meio da criação e disseminação do Manual de Acreditação Hospitalar para a América Latina e o Caribe (MENDES *et al.*, 2016).

No Brasil, as iniciativas relacionadas à qualidade do atendimento remontam ao final do século XX. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) desempenhou um importante papel regulador na busca pela qualidade dos serviços de saúde ao criar a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), no âmbito do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, com participação de representantes das profissões da saúde, consumidores e fornecedores. Até que no final da década de 90, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) algumas responsabilidades regulatórias até então desempenhadas pelo MS foram transferidas para a recém-criada, tais como: estabelecimento de normas, padrões e implementação de medidas destinadas a promover a qualidade dos serviços de saúde e a segurança do paciente (MENDES *et al.*, 2016).

O pediatra *Avedis Donabedian* foi o primeiro teórico que se dedicou a pesquisar e publicar produções sobre qualidade em saúde, se valeu das noções obtidas das teorias de sistemas para estabelecer indicadores análogos para o atendimento hospitalar com enfoque na estrutura, processo e resultado (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Médico formado pela Universidade Americana de Beirute, mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard e professor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, por meio da publicação de suas obras e inúmeras participações em palestras, Donabedian trouxe à discussão novas perspectivas sobre os sistemas de saúde (FRENK, 2000, apud RIBEIRO, 2011).

Para Donabedian (1986) qualidade em saúde deve tomar como base a proporcionalidade de alcance dos resultados em saúde em atendimento às necessidades dos usuários mediante a aprovação social das condutas dispensadas. Dessa forma, considera englobar 4 componentes: “*1) a gestão técnica da saúde e da doença, 2) a gestão da relação interpessoal entre os prestadores de cuidados e os seus clientes, 3) as facilidades de cuidados e 4) os princípios*

éticos que regem a condução dos negócios em geral e da empresa de saúde em particular” (DONABEDIAN, 1986).

O conceito de cuidado em saúde é categorizado por Donabedian em três dimensões: cuidado técnico, que diz respeito a assertividade do diagnóstico e procedimentos terapêuticos; cuidado interpessoal que está relacionado à “arte” do cuidar - estilo do prestador do cuidado; e amenidades que abrangem o ambiente social e o cenário onde o cuidado é oferecido, que engloba o conforto das instalações, a privacidade, a cortesia e a aceitabilidade (MENDES, 1994, apud MENDES *et al.*, 2016).

O conceito de qualidade em saúde assume três diferentes perspectivas na visão donabedianas: a absolutista, individualista e social de qualidade (MENDES *et al.*, 2016). A primeira se caracteriza pela definição de padrões de atendimento enquanto competência dos profissionais de saúde, a segunda adota a abordagem de adaptação e personalização do cuidado para cada indivíduo usuário do sistema de saúde considerando seus valores, desejos e expectativas, enquanto que a visão social de qualidade tem seu enfoque na priorização dos benefícios voltada para uma abrangência a nível populacional. (DONABEDIAN, 1966; apud MENDES *et al.*, 2016).

Pertence e Melleiro (2010) ressaltam que no segmento da saúde a qualidade ganha notoriedade ao evidenciar elevado padrão de assistência e que para isso é preciso considerar o atendimento às três dimensões trazidas por Donabedian, onde *estrutura* foca nos recursos necessários para prestação do serviço, *processo* se estabelece na adoção das melhores práticas em acordo as diretrizes clínicas vigentes e *resultado* que considera o desfecho clínico/terapêutico dos pacientes.

Ao reconhecer a inexistência de uma definição de qualidade em saúde universalmente aceita, a Organização Mundial de Saúde tem adotado o conceito estabelecido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América que atribui ser “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020). Importa destacar aqui a relevância deste conceito ao especificar claramente que a premissa básica a ser perseguida pelas instituições de saúde é o alcance dos melhores resultados em saúde e que estes devem estar em conformidade com os conhecimentos científicos vigentes.

Embora a busca pela qualidade da assistência já tivesse iniciado um movimento de consolidação, foi no ano de 1999 a partir da publicação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos do documento *To Err is Human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), das autoras Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan

e Molla S. Donaldson, que a temática sobre a segurança do paciente ganhou repercussão mundial ao ser trazido ao conhecimento da sociedade que aproximadamente centenas de milhares de pessoas morriam anualmente nos hospitais daquele país em detrimento de danos causados enquanto estavam aos cuidados dos sistemas de saúde (ANVISA, 2017).

Nesta mesma ocasião chegava aqui no Brasil, a Acreditação Hospitalar, movimento liderado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade apoiada pelo Ministério da Saúde (MS), que através do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) criou ambiência para a instituição da metodologia no país, a qual despontou como um importante instrumento de avaliação da performance das instituições de saúde em relação à gestão de seus processos em prol da melhoria do cuidado aos pacientes (ANVISA, 2017; ONA, 2021). Trata-se de uma metodologia de avaliação, certificação e monitoramento da qualidade prestada pelos serviços de saúde, que proporciona identificar gargalos e orientar decisões (BARBINO JUNIOR; SILVA; GABRIEL, 2018).

Atualmente as principais metodologias de acreditação hospitalar existentes no Brasil são: a nacional - Organização Nacional de Acreditação (ONA), e internacionais - Joint Commission International (JCI) e QMentum International. Esta última representa o modelo de avaliação de serviços de saúde da Accreditation Canada, que se caracteriza como um braço desta metodologia aqui no país. Apesar de serem certificações estrangeiras, a JCI e a QMentum adaptaram seus requisitos à realidade brasileira de modo que os padrões fizessem sentido para os serviços de saúde locais (FREIRE, 2017).

Segundo a ONA seu método de avaliação e certificação de acreditação hospitalar fomenta qualidade e segurança da assistência em saúde por meio do seguimento a padrões e requisitos reconhecidos internacionalmente. Configura-se como uma metodologia de adesão voluntária das instituições de saúde, com abordagem reservada do processo de avaliação, sem caráter fiscalizatório, com foco na melhoria contínua organizacional, sem responsabilidade pela prescrição e nem disseminação de ferramentas e processos operacionais para as instituições que fazem parte do programa. A metodologia adota níveis de certificação em acordo com a graduação de qualidade da organização e seu princípio norteador (ONA, 2023).

Quadro 1 - Níveis e Princípios Norteadores da Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação

Níveis da acreditação	Princípio Norteador
Nível 1 (Acreditado)	Foco na segurança e estrutura organizacional.
Nível 2 (Acreditado Pleno)	Foco na gestão integrada que diz respeito a fluidez e plena comunicação entre os processos no desempenho das atividades.
Nível 3 (Acreditado com Excelência)	Foco nas práticas de qualidade e excelência em gestão demonstrando cultura de melhoria contínua e maturidade organizacional.

Fonte: ONA - Organização Nacional de Acreditação, 2019.

Elaboração própria a partir da consulta ao site da fonte supracitada, 2024.

A ONA estabelece ainda que para a instituição de saúde ser chancelada com a certificação de *Nível 1* é preciso atender a $\geq 70\%$ dos padrões de qualidade e segurança instituídos pela metodologia; para obtenção do *Nível 2* faz-se necessário alcançar ou superar o atendimento dos padrões do nível anterior em 80% e cumprir $\geq 70\%$ do nível atual, enquanto que para o *Nível 3* os critérios tornam-se mais complexos e exigem das organizações o cumprimento de $\geq 90\%$ dos padrões relacionados a qualidade e segurança, $\geq 80\%$ dos padrões de gestão integrada e $\geq 70\%$ dos padrões do nível de excelência em gestão. Para os Níveis 1 e 2 o selo de qualificação é válido por dois anos e três anos para o Nível 3 (ONA, 2023).

A metodologia JCI se identifica como uma organização direcionada à identificação, medição e partilhamento das melhores práticas assistenciais em qualidade e segurança do paciente ao redor do mundo. Se propõe a oferecer soluções inovadoras para o sistema de saúde com foco no melhoramento do desempenho das organizações (JCI, 2023). Adota como método de avaliação e medição das práticas de cuidados em saúde os padrões baseados em evidência com foco na oferta do tratamento seguro para o paciente e um caminho de melhoria contínua da qualidade que engloba a avaliação de todas as áreas da organização de saúde (JCI, 2023.)

Segundo a JCI sua missão é melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde a nível internacional por meio de educação, publicações, consultoria e serviços de avaliação e acreditação. A metodologia está presente em mais de 70 países da Ásia, Europa, Oriente Médio, África e América Latina, incluindo o Brasil. Registra mais de milhares de instituições acreditadas ao redor do mundo, reconhecida globalmente pela vasta experiência no setor da saúde (JCI, 2023).

O QMentum Internacional é um modelo de certificação que avalia o atendimento a requisitos de governança e boas práticas assistenciais por parte das organizações de saúde com foco na promoção da qualidade e segurança do paciente e na sustentabilidade organizacional e do sistema de saúde. A metodologia integra o programa internacional da ACI, atualmente

comandada no Brasil exclusivamente pela Quality Global Alliance (QGA) co-criadora da Aliança Global integrada à Health Standards Organization (HSO) que se propõem a desenvolver e implementar padrões de excelência em saúde de abrangência mundial (QGA, 2023).

Segundo o QGA, os padrões de excelência exigidos por essa metodologia conferem às instituições certificadas melhor desempenho estratégico e uma cultura do cuidado centrado no paciente, em alinhamento às melhores práticas reconhecidas e adotadas internacionalmente. Além de orientar a implementação e revisão de processos de modo que as organizações alcancem altos níveis de performance e estejam em aprimoramento constante de suas práticas. A metodologia que está presente em 40 países, chegou ao Brasil no ano de 2006, e atualmente já alcança a marca de certificação de aproximadamente 20.000 instituições de saúde (QGA, 2023).

A certificação da instituição é concedida em acordo ao grau de maturidade em que a mesma se encontre, baseando-se nas diretrizes instituídas para cada nível de qualificação, as quais estão demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 2: Níveis e Diretrizes da Acreditação QMentum International

Nível de maturidade	Diretrizes
Diamond (Diamante)	Concentra-se na excelência da prestação dos serviços, maturidade da cultura de segurança, compromisso com a melhoria contínua, utilização de melhores práticas para o aprimoramento dos serviços e redução da variabilidade clínica.
Platinum (Platina)	Baseia-se nos elementos fundamentais de qualidade e segurança, e enfatiza os elementos chave do cuidado centrado no paciente com envolvimento destes, dos prestadores e colaboradores na tomada de decisões.
Gold (Ouro)	Aborda estruturas básicas e processos ligados aos elementos fundamentais da segurança e melhoria da qualidade.

Fonte: QGA - Quality Global Alliance, 2023.

Elaboração própria a partir da consulta ao site da fonte supracitada, 2024.

As metodologias de certificação tanto nacional quanto internacional adaptaram seus padrões de avaliação de modo a expandir o modelo para estabelecimentos de saúde de segmentos especializados, tais como: serviços de hemoterapia, diagnóstico por imagem, anestesiologia, nefrologia, oncológicos, anatomia patológica, dentre outros, mas importa destacar que a abrangência hospitalar ainda aponta como a de maior prevalência de certificação (ONA, 2023; QGA, 2023; TREIB *et al.*, 2022).

A tabela 1 mostra o panorama das certificações de Acreditação Nacional e Internacional no Brasil por metodologia acreditadora, restrito especificamente ao segmento hospitalar, ao considerar que este é o nicho escolhido para esse estudo:

Tabela 1: Distribuição da Acreditação Hospitalar Nacional e Internacional no Brasil

Metodologia de Acreditação	Hospitais Acreditados n (%)
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	432 (68,2)
Qmentum International	150 (23,7)
Joint Commission International	51 (8,1)

Fonte: ONA - Organização Nacional de Acreditação; QGA - Quality Global Alliance; JCI - Joint Commission International, 2023.

Elaboração própria a partir da consulta aos sites das fontes supracitadas, 2024.

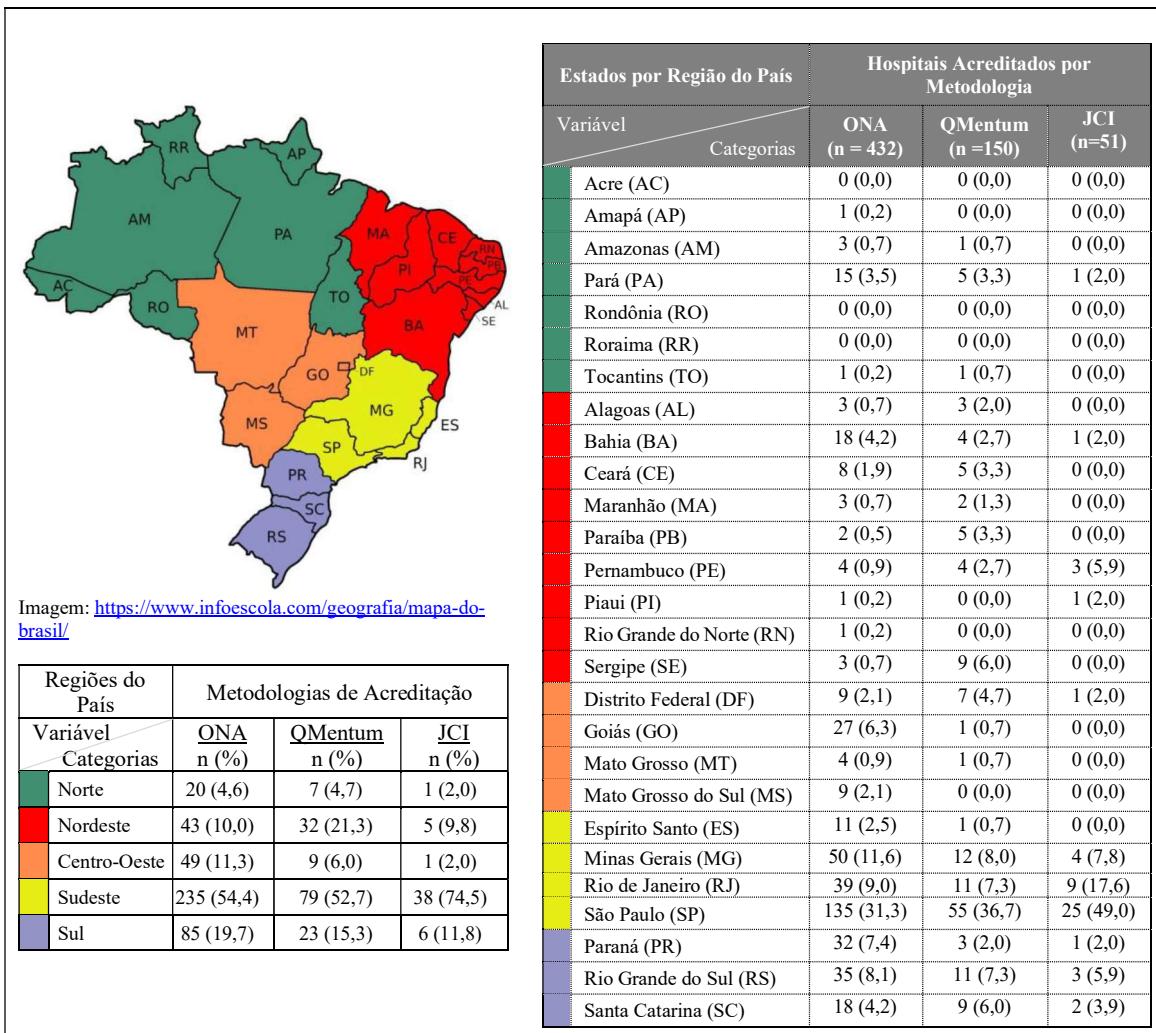
A certificação nacional encontra maior abrangência no mercado brasileiro, embora seja perceptível o aumento gradual da adesão das instituições de saúde a metodologias internacionais. Este movimento pode ser explicado dada a amplitude do reconhecimento dos padrões de qualidade e segurança das instituições a nível mundial. Observamos que a Acreditação JCI ainda é incipiente no Brasil e que apesar da sua chegada ao país no ano de 1999, com a certificação do Hospital Albert Einstein, que registra o marco histórico de ter sido o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a obter o selo de certificação desta metodologia (JCI, 2023), a acreditação QMentum que só adentrou o país quase uma década depois já conseguiu superar em três vezes o número absoluto de instituições certificadas no país.

Importa considerar que embora as metodologias supracitadas sejam as de maior abrangência no território brasileiro, é prudente reconhecer que elas não abarcam todas as certificações de qualidade em saúde existentes no país. Dessa forma, cabe ressaltar a limitação da pesquisa a coleta de dados dos selos de Acreditação do segmento hospitalar, sem considerar os reconhecimentos de qualificação por distinção e também de outros modelos de certificações de qualidade em saúde pertencentes a outros programas como o Reconhecimento em Segurança do Paciente pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) ancorado nas diretrizes do International Society for Quality in Health Care (ISQua), Certificações por Excelência de Cuidados Especializados, National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO), Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), dentre outros (QGA, 2023; TREIB, *et al.* 2022).

O quadro 3 a seguir demonstra o panorama das certificações Nacional e Internacional no Brasil, distribuído pelos estados federativos, também limitado ao universo hospitalar, pela

razão anteriormente exposta, contabilizando exclusivamente os hospitais com selos de acreditação hospitalar, em qualquer dos níveis de reconhecimento de cada metodologia. Cabe ainda esclarecer que mesmo que a instituição acumule certificação nacional e internacional, os selos foram contabilizados de forma individual, em conformidade com a publicação das respectivas acreditadoras.

Quadro 3 – Mapa de Acreditações Hospitalares no Brasil - Metodologia ONA e QMentum



Fonte: ONA - Organização Nacional de Acreditação; QGA - Quality Global Alliance; JCI - Joint Commission International, 2023.

Elaboração própria a partir da consulta aos sites das fontes supracitadas, 2024.

A região sudeste se destaca majoritariamente no número de acreditações ao ser comparada com as demais regiões do país ($n = 352$; 55,6%). Apresenta proporção similar de acreditação ONA e QMentum em relação ao quantitativo de hospitais aderentes de cada metodologia e um destaque preponderante na certificação internacional da metodologia JCI que

apesar de em números absolutos representar o menor quantitativo de hospitais certificados, se posiciona como a região de maior representatividade de hospitais aderentes a esta metodologia. O estado de São Paulo é o principal responsável por esse cenário ao ocupar a proporcionalidade de destaque em todos os métodos avaliados. O estado de Minas Gerais ocupa o segundo melhor desempenho na região, com exceção da performance na certificação JCI que encontra o melhor resultado no estado do Rio de Janeiro.

Mesmo a região sul possuindo uma extensão territorial menor em detrimento das demais, esta ocupa a segunda posição no ranking de hospitais com selo de acreditação no país ($n=114$; 18,0%). O estado do Rio Grande do Sul se destaca entre seus pares por apresentar o melhor desempenho em todas as modalidades de certificação.

A região nordeste registra o terceiro melhor desempenho entre as regiões com maior número de hospitais acreditados ($n=80$; 12,6%). Assim como nas demais regiões do país, a certificação nacional alcança maior abrangência nos hospitais, mas já é possível observar uma aproximação do número absoluto de hospitais com certificação QMentum em comparação com a ONA, o que possibilita a inferência de uma tendência de mudança na predileção da primeira em relação à segunda. O estado da Bahia é a unidade federativa desta região de maior representatividade de hospitais certificados somando todas as metodologias, mas, esse desempenho não é mantido ao observar a distribuição das certificações internacionais QMentum e JCI, que registram melhor performance nos estados do Ceará, Paraíba e Pernambuco, respectivamente.

As regiões centro-oeste e norte apresentam, respectivamente, as menores performances no número de hospitais acreditados ($n=59$, 9,3%) e ($n=28$, 4,4%). Embora a análise realizada não tenha contemplado a avaliação do número de hospitais existentes no país e também aqueles certificados por outras metodologias de certificação (o que podem ser consideradas como limitações da pesquisa), ao tomar por base o número de leitos de internação nos hospitais gerais e especializados, por região, demonstrado na tabela 2, podemos concluir que a cobertura de hospitais certificados com qualquer metodologia de acreditação ainda é muito incipiente, se caracterizando como um campo de grande potencialidade de expansão.

Tabela 2: Proporção de Hospitais Acreditados por Leitos Hospitalares disponíveis nas Regiões do Brasil

Tipo de Estabelecimento	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
Hospital Geral	26.833	94.310	144.685	61.402	31.206
Hospital Especializado	4.409	17.074	26.087	7.791	7.419
Total de leitos por Região	31.242	111.384	170.772	69.193	38.625
Nº de Hospitais Acreditados por Região	28	80	352	114	59
Proporção de Hospitais Acreditados por leitos	0,09%	0,07%	0,21%	0,16%	0,15%

Fonte: MS, Ministério da Saúde; ONA - Organização Nacional de Acreditação; QGA - Quality Global Alliance; JCI - Joint Commission International, 2023.

Elaboração própria a partir da consulta nas fontes supracitadas, 2024.

A análise proporcional demonstrada acima identifica um cenário diverso ao apresentado anteriormente, no que diz respeito ao maior alcance da região centro-oeste em detrimento da região nordeste. A avaliação do número de hospitais disponíveis em cada região se configura como um relevante objeto de estudo posterior para análise mais efetiva da performance por região, embora o número de leitos supracitado já possibilite uma dedução, além da ciência da relação entre a distribuição de instituições de saúde e a densidade demográfica (TREIB *et al.*, 2022).

Ao retornar o olhar para o panorama das acreditações no Brasil, sob a ótica dos cenários estaduais, para além das grandes unidades federativas das regiões sudeste e sul, podemos observar o lugar de destaque ocupado pelo estado da Bahia, no alcance da 8ª posição em número de hospitais certificados no país e 1ª posição em relação aos estados da região nordeste.

No entanto, importa considerar que dentro do estado ainda há uma disparidade muito elevada do alcance da certificação entre a capital e as cidades do interior. Esta afirmativa encontra respaldo ao evidenciar que das 23 acreditações do tipo hospitalar referenciadas ao estado, 82,6% (n=19) encontram-se localizados na capital Salvador e apenas 17,4% (n=4) nas cidades do interior: Feira de Santana, Jequié, Vitória da Conquista e Itabuna, um em cada localidade (ONA; QGA; JCI, 2023). Ao se utilizar desse desempenho como retrato é fácil perceber que a incipiente no número de serviços de saúde acreditados no país, considerada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2017, ainda se mantém, deixando uma lacuna inimaginável do seu alcance (ANVISA, 2017).

Os padrões de qualidade definidos pela Acreditação possibilitam a avaliação do nível de desempenho das organizações e o quanto as mesmas entregam de qualidade e segurança do cuidado para os usuários de seus serviços (TREIB *et al.*, 2022). Os benefícios possibilitados às instituições que adotam a metodologia são diversos, dentre os quais podemos listar com maior

destaque: a promoção da segurança do paciente e efetivo gerenciamento de riscos; padronização de processos e condutas; melhoria da qualidade dos serviços prestados; otimização de recursos; credibilidade social e melhoria da satisfação do público interno (colaboradores) e externo (pacientes, parceiros, seguradoras...).

Apesar dos grandes benefícios reconhecidos da Acreditação é importante considerar algumas críticas ao sistema, como por exemplo o achado trazido por Treib *et al.* (2022) em seu estudo ao identificar que a maioria dos hospitais brasileiros acreditados é do setor privado e de grande porte. Mesmo que esta análise não seja o escopo do presente estudo, acreditamos na manutenção dos perfis dos hospitais dado o curto espaço de tempo entre a referida publicação e este estudo. É sabido que o processo de Acreditação envolve recursos de várias naturezas e por esse motivo podemos inferir de que seja considerado por alguns como um processo oneroso para as organizações, possível razão para a prevalência da certificação no âmbito privado e nas organizações de grande porte.

Além das adequações necessárias na estrutura física, de pessoal e nos processos operacionais para atender à conformidade dos padrões exigidos pelas metodologias, é necessário aos estabelecimentos de saúde o dispêndio de recursos financeiros para contratação do serviço e manutenção da certificação que envolve também o custeio com deslocamento, hospedagem e alimentação dos avaliadores.

Os custos correlatos aqui mencionados envolvidos no processo de Acreditação pode ser uma hipótese levantada para a constatação desse estudo e o de Treib *et al* (2022) da amplitude da acreditação nacional em detrimento da internacional, uma vez que a segunda metodologia tem custos operacionais mais elevados referentes a despesas contratuais e logística dos avaliadores.

Estas razões também podem ser configuradas como hipóteses para o problema de regionalização evidenciado no panorama da Acreditação no Brasil, uma vez que o fator de desenvolvimento econômico da região, a inexistência de grandes redes hospitalares ou ainda a concentração da gestão pública dos hospitais, podem ser caracterizar como fatores para a não disseminação da metodologia nas unidades hospitalares da região norte e centro-oeste principalmente, mas também no interior das demais regiões.

Ainda assim, nos possibilita perceber um movimento crescente aqui no Brasil de busca por certificação de qualidade na área da saúde, que se configura em muitos casos como meta estratégica das organizações. Em um passado remoto ter um selo de acreditação hospitalar era um importante diferencial competitivo (não que hoje ainda não seja), mas se faz necessário não perder de vista que para além dessa estratégia o objetivo central da qualificação deve se manter

na esfera da prestação de atendimento de melhor qualidade, posicionando o aprimoramento da segurança do cuidado e a melhoria contínua dos processos como pilares para a busca da certificação (TREIB *et al.*, 2022).

É inegável as contribuições possibilitadas pela Acreditação ao sistema de saúde, mas para alcance de maior impacto faz-se necessário a participação de mais hospitais. Estudos já comprovam que hospitais associados ao programa apresentam maiores níveis de segurança do que aqueles que não possuem nenhum modelo de avaliação externa (RIBEIRO, 2011). Os enfermeiros, profissionais que interagem mais tempo com o paciente, também têm melhor percepção sobre a qualidade dos serviços prestados pelas instituições acreditadas e reconhecem a metodologia como instrumento de promoção da melhoria do cuidado (ACAUAN; *et al.* 2021).

Dessa forma, podemos concluir quanto a importância da visão social da Acreditação de instituições de saúde como um compromisso organizacional com a prestação de serviço de saúde com qualidade e segurança. Assim, entendemos que os benefícios relacionados à metodologia superam os custos envolvidos ao que pese à melhoria da qualidade possibilitada e requer que seja um pensamento incorporado em todos os âmbitos de prestação dos cuidados de saúde, uma vez que os achados aqui demonstrados permitem afirmar que a Acreditação no país ainda é embrionária nos hospitais públicos, de pequeno porte e dos interiores dos estados.

2.2 NÃO CONFORMIDADES COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

O atendimento aos padrões de qualidade e segurança tem sido o foco das organizações de saúde, sejam elas acreditadas ou não. No entanto, espera-se que os serviços de saúde acreditados apresentem maiores níveis de qualidade na prestação do cuidado e que esta seja percebida pelos clientes, mas também pelos colaboradores que tenderão a se sentir mais satisfeitos (BARBINO JUNIOR, SILVA; GABRIEL, 2018). Outra vantagem a ser destacada é que os processos avaliativos periódicos da Acreditação oportunizam aos líderes identificar oportunidades de melhoria e os auxiliam e norteiam na tomada de decisão (VEGRO *et al.*, 2016).

A avaliação da qualidade precisa ser realizada com o uso de ferramentas confiáveis capazes de direcionar o diagnóstico situacional, possibilitar o estabelecimento de ações e monitoramento dos seus resultados após implementação (Treib *et al.*, 2022). No campo da saúde o médico Avedis Donabedian foi o grande precursor da temática sobre avaliação da

qualidade por meio da difusão do modelo que preconizava a avaliação na perspectiva da tríade: estrutura, processo e resultado. A primeira foca nas condições do ambiente do prestador do serviço, que envolve a adequação aos quesitos mínimos de operação e de segurança operacional. A segunda diz respeito a documentação e cumprimento das etapas necessárias à prestação dos serviços e a terceira que se destina a medir através de indicadores o nível de alcance dos objetivos definidos para os processos (DONABEDIAN, 2003 apud COUTO-RIBEIRO 2014).

A corrente de adesão à programas de acreditação hospitalar impulsionou as organizações de saúde a começarem a focar na avaliação do cumprimento aos padrões de qualidade e segurança, uma vez que a metodologia preconiza o monitoramento dos resultados organizacionais por meio da medição de indicadores (FRANCO *et al.*, 2010). Tambosi (2013) corrobora com essa afirmativa ao retratar que as instituições de saúde têm buscado estabelecer ferramentas de avaliação da conformidade dos processos internos na tentativa de adaptar-se a esses padrões. Uma justificativa que também pode ser considerada para este movimento é a elevação dos níveis de exigência dos usuários do sistema de saúde, sejam eles: pacientes, acompanhantes ou fontes pagadoras.

Numa área hospitalar, situações não conformes podem resultar em desfechos graves, pois podem afetar o paciente e causar dano permanente ou fatal. Nesse contexto, a identificação e tratativa de situações inconformes ganham grande relevância, pois além de viabilizarem o estabelecimento de estratégias preventivas para promoção da melhoria contínua dos processos, elevam os padrões de qualidade das instituições de saúde (TAMBOSI, 2013) e promovem a segurança dos pacientes atendidos.

Antes de adentrar no estudo das não conformidades é importante perpassar os conceitos sobre a segurança, ao ter em vista que a gestão da qualidade em saúde tem como premissa básica a promoção da segurança do paciente.

Segurança do paciente é definida como a redução, a um nível aceitável, do risco de dano desnecessário causado a pacientes pela assistência à saúde (ANVISA, 2013). O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e para fins de definição, a mesma estabelece que a Cultura de Segurança das instituições de saúde deve ser operacionalizadas por uma equipe organizacional de gestão de segurança e deve configurar-se a partir de cinco características:

- 1) cultura em que todos os trabalhadores (profissionais que prestam cuidado e gestores), são responsáveis pela própria segurança, dos colegas, pacientes e familiares;

- 2) cultura que valoriza a segurança em detrimento de metas financeiras e operacionais;
- 3) cultura que incentiva e reconhece pela identificação, notificação e resolução de impasses relacionados à segurança;
- 4) cultura que utiliza os incidentes como oportunidade de aprendizado organizacional e;
- 5) cultura que viabiliza recursos financeiros, de infraestrutura e pessoal para a garantia efetiva da segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em seguimento à linha do Ministério da Saúde, objetivando instituir ações para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e consequentemente promoção da segurança do paciente, a ANVISA, no uso de suas atribuições, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, em 25 de julho de 2013, a qual conceitua cultura de segurança como “o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (ANVISA, 2013).

A atenção a acerca da cultura de segurança e o seu efeito na gestão em saúde apontam como quesitos de extrema relevância para implementação de uma assistência segura, em que a abordagem não punitiva ao erro e o incentivo à aprendizagem e melhoria contínua sejam valorizados (NOTARO *et al.*, 2019).

A ênfase no aprendizado e melhoramento organizacional assim como no envolvimento dos profissionais, pacientes e familiares na prevenção de ocorrências indesejáveis, se caracterizam como estratégias que reduzem o foco na responsabilização individual e asseguram sistemas mais seguros (ANVISA, 2013). Esta perspectiva é também considerada por Notaro *et al.* (2019) ao afirmar que instituições de saúde que oferecem assistência de qualidade e mais segura, certamente possuem índices positivos na avaliação da cultura de segurança, menores índices de ocorrência de eventos indesejáveis e por conseguinte se caracterizam como melhores prestadoras de assistência aos pacientes.

A busca por monitoramento do desempenho dos processos de trabalho tem levado instituições de saúde a implantar sistemas de medição sistemática para avaliação permanente da atuação dos profissionais (FRANCO *et al.*, 2010). No entanto, os autores chamam a atenção que esta iniciativa deve ser prioritariamente considerada com a premissa do melhoramento das práticas de saúde.

A implementação de uma ferramenta de notificação de não conformidades possibilita a gestão avaliar o grau de conformidade dos processos, identificar falhas operacionais e traçar

estratégias corretivas ou mitigadoras para as mesmas. Esta iniciativa é considerada por Tambosi (2013) como uma das estratégias adotadas pelas instituições para adaptar-se aos padrões de qualidade difundidos.

Os estudos sobre não conformidades em saúde encontram-se no campo da gestão da qualidade, mas como já mencionado anteriormente, trata-se de um tema de abordagem incipiente na literatura científica. Os poucos estudos encontrados não abordam a temática de maneira sistêmica ao universo hospitalar, e sim com foco na atuação de determinada categoria profissional (mais concentrada na assistência de enfermagem), lacuna que objetiva ser preenchida com o presente estudo, que se propõe a estudar o campo das não conformidades relacionadas às interações diárias entre os diversos serviços de uma unidade hospitalar.

O estudo conduzido por Franco *et al.* (2010) demonstrou que os indicadores provenientes dos sistemas de medição embasam a gestão dos setores assistenciais, são instrumentos necessários à tomada de decisão além de contribuir para a identificação das oportunidades de melhoria. As informações obtidas auxiliam os líderes no planejamento, desenvolvimento e avaliação da efetividade das ações propostas, além de instrumentalizá-los a desenvolver uma visão crítica e racional sobre os resultados dos processos.

Esse mesmo estudo, sob a percepção dos enfermeiros assistenciais, reconhece a relevância da notificação de não conformidades como ferramenta da qualidade e instrumento de gestão e a posiciona em primeiro lugar em comparação com as demais ferramentas da qualidade. Este resultado chama atenção ao considerar que este reconhecimento não seria amplamente esperado nesse público, uma vez que ele não assume papel gerencial na organização, o que leva a inferir que naquela instituição os profissionais enfermeiros eram envolvidos no planejamento das metas estratégicas organizacionais.

O estudo de Franco *et al.* (2010) apresentou que no início da implantação do sistema de notificação de não conformidades no hospital foi percebida dificuldade de adesão dos profissionais, os quais encaravam a ferramenta restritivamente como apontadora de falhas individuais, sem o entendimento da importância desta enquanto identificadora de oportunidades de melhoria. Esse mesmo estudo apontou ainda, pelas mesmas razões supracitadas, que a referida unidade hospitalar enfrentava subnotificação de registros de não conformidades, uma vez que existiam colaboradores que só enxergavam a ferramenta como um veículo de punição. A formulação de ferramentas de notificação que assegure o anonimato do notificador encontra boa aceitação por parte dos profissionais e promove a redução de subnotificações.

Mas importa destacar o papel fundamental do líder na desmistificação desse pensamento entre os seus liderados de modo que estes não só tenham adesão à rotina de notificação como

consigam perceber os benefícios do monitoramento das ocorrências como subsídios para a tomada de decisão, resolução das falhas e promoção da melhoria das práticas em saúde. Outro aspecto a ser considerado que é visto por Couto-Ribeiro *et al.* (2014) como necessária à política hospitalar é a abordagem do erro como uma ocorrência sistêmica derivada de falhas em vários processos e não de uma pessoa. Ao substituir a cultura da localização do culpado pelo entendimento do ocorrido se alcança maior motivação para notificação de falhas, discussão de oportunidades, identificação e implementação de soluções (COUTO-RIBEIRO *et al.*, 2014).

Ao realizar o tratamento das situações não conformes é responsabilidade do líder investigar os fatores motivadores da ocorrência e diferenciá-las de falhas do sistema daquelas relacionados ao fator humano, porém adotar para ambas, estratégias preventivas que promovam a melhoria contínua dos processos e elevação dos padrões de qualidade e segurança dos cuidados de saúde (TAMBOSI, 2013).

A busca pela mitigação destas ocorrências no ambiente hospitalar ganha importância ao considerar que falhas operacionais podem contribuir para desfechos graves em pacientes, caracterizados como eventos adversos. A ANVISA (2013) define Evento Adverso (EA) como um “incidente que resulta em dano à saúde” caracterizado pelo “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, que pode ser físico, social ou psicológico” (ANVISA, 2013).

Avaliar a qualidade na área de saúde é algo extremamente complexo por requerer sistemas de avaliação que sejam sensíveis às especificidades do ramo. Os sistemas de notificação de não conformidades em saúde funcionam além de um método de avaliação do cumprimento de requisitos normativos como também uma ferramenta de avaliação da performance profissional que propicia ao gestor ter subsídios para a tomada de decisão (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Neste contexto, surgem as medições por meio de indicadores como possibilitadoras do monitoramento das ocorrências por parte dos líderes por meio da identificação de tendência, recorrência e impacto nos processos organizacionais. Através deles que as informações podem ser obtidas e fica a cargo do líder a tarefa complexa de selecionar qual delas é a mais necessária naquele momento para o exercício da gestão (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007).

As não conformidades podem gerar impactos de várias naturezas para a organização (financeira, operacional, reputação), portanto, monitorar a sua incidência através de indicadores e se utilizar das informações obtidas para estabelecer melhorias são fundamentais para uma boa gestão. Elas permitem identificar áreas críticas que precisam de aprimoramento; auxiliam na identificação das falhas de adesão aos processos organizacionais; se caracterizam como

excelentes oportunidades de inovação quando tem soluções criativas implementadas para evitar recorrências, além de possibilitarem desenvolver a cultura de abertura para mudanças.

Resumidamente, integrar a não conformidade como ferramenta de avaliação da qualidade permite que as organizações transformem seus desafios em oportunidades, impulsionem a inovação, promovam uma cultura organizacional mais robusta voltada para a aprendizagem contínua, possibilitem processos mais eficientes e solidifiquem o caminho para a excelência operacional.

2.2.1 Tratamento de não conformidades: uso das informações para promoção de mudanças

O objetivo deste capítulo é discorrer sobre métodos de tratamento de não conformidades e a importância deste para o processo de implementação de mudanças nos processos operacionais. Mas, diante da escassez de produções literárias sobre a temática que possibilitasse melhor debate, recorremos em alguns momentos a experiências práticas de especialistas da área relatadas em fontes de mídias sociais, tais como sites, blogs e perfis de redes sociais para auxiliar na compreensão de como a temática é abordada no mundo organizacional.

Avaliar continuamente a conformidade dos serviços prestados deve ser a prática constante das instituições que têm como objetivo central a oferta de um produto ou serviço de qualidade para seus clientes. Na área da saúde, em que possíveis intercorrências e falhas têm grande potencial em acarretar danos físicos irreversíveis ou até mesmo fatais aos usuários, torna-se ainda mais necessária a utilização de estratégias com foco na mitigação das situações não conformes e elevação da qualidade ofertada.

Nesse sentido, Tambosi (2013) diz que após “a identificação das não conformidades, é muito importante utilizar-se de outras ferramentas da gestão da qualidade para prevenir, analisar as possíveis causas, estabelecer planos de ação para tratá-las, dando prosseguimento ao ciclo de melhoria contínua dos serviços e processos”, o que significa dizer que mudanças só serão possíveis se a não conformidade for tratada para além da identificação.

Tratar não conformidades é uma etapa essencial em qualquer sistema de gestão da qualidade organizacional. O processo envolve identificação, análise e proposição de ações para resolução dos problemas evidenciados que podem ter se configurado como desvios aos padrões estabelecidos por órgãos externos (certificadoras da qualidade, normas regulamentadoras, legislações, manuais de boas práticas em saúde) ou ainda pelas normas e diretrizes institucionais que compõem o sistema de gestão da qualidade da organização.

Sestrem (2022) considera como tratamento de não conformidades a implementação de ações com foco na resolução de ocorrências que tenham se desviado do que foi preconizado enquanto requisito da qualidade.

A ISO 9001 (ABNT, 2015) aborda o tratamento de não conformidade como uma reação à ocorrência através da tomada de ação para controle, correção e mitigação das consequências da mesma, com avaliação da necessidade de ação de eliminação da causa raiz de modo a evitar a repetição da mesma em outra oportunidade. Acrescenta ainda como integrante do processo de tratamento a avaliação do cenário para identificação de situações potenciais, a realização de análise crítica da eficácia das ações corretivas tomadas, a atualização dos riscos inerentes e a proposição de mudanças na gestão do processo, se necessário (ABNT, 2015).

O contexto do tratamento de não conformidades perpassa a identificação da causa raiz das ocorrências e o estabelecimento de medidas corretivas para erradicar novas ocorrências ou mitigar a severidade das mesmas. Sestrem (2022) aponta quanto a necessidade de se recorrer às ferramentas da qualidade para investigação das ocorrências de modo a estabelecer iniciativas que sejam capazes de resolver o problema ao invés de apagar os incêndios do dia a dia.

O gerenciamento eficaz da qualidade requer da organização a cultura de mentalidade de risco, que significa atuar preventivamente no estabelecimento de ações de modo a eliminar não conformidades potenciais, analisar criticamente as não conformidades ocorridas e tomar ações efetivas para prevenir recorrências. Esta abordagem considera ainda a determinação de fatores que poderiam causar desvios nos processos e afetar os resultados planejados, que direciona para a necessidade de instituir a partir daí controles preventivos (ABNT, 2015).

Sartori (2021) elenca como etapas do tratamento de uma não conformidade potencial ou real as seguintes estratégias:

- 1) *Levantamento, análise e avaliação da não conformidade* de modo a identificar o que pode ser prevêido;
- 2) *Correção*: ação imediata adotada para eliminação da não conformidade ocorrida a fim de controlá-la para lidar com suas consequências;
- 3) *Análise da causa raiz*: quais os fatores motivadores que levaram à ocorrência;
- 4) *Avaliação da necessidade de ações corretivas*: mapeamento das situações possíveis de ocorrência;
- 5) *Ações preventivas*: barreiras a serem instituídas para evitar que a ocorrência ocorra novamente, que envolve o planejamento, integração e execução de ações para eliminação da causa da não conformidade;

- 6) *Atualização do mapeamento de riscos e/ou sistema de gestão da qualidade*, se necessário baseada nas modificações implementadas;
- 7) *Análise da eficácia de ações*: através do monitoramento das correções implementadas e os resultados alcançados (SARTORI, 2021);

Na perspectiva de Sestrem (2022) os erros mais comuns praticados pelas organizações no processo de tratamento de não conformidades estão relacionados a ausência de registro da não conformidade no momento de sua ocorrência (a correção é realizada sem a documentação da ocorrência); ausência de método para a identificação da causa raiz da falha; desconhecimento sobre o uso e aplicação das ferramentas da qualidade; ausência ou parcialidade na implementação de planos de ação de correção e por fim, a falta de envolvimento das partes envolvidas na ocorrência, seja por falta de priorização da atividade ou por considerar que a GQ é a área responsável pela análise causal.

Mesmo ao reconhecer o grande desafio que é o tratamento adequado das não conformidades, a autora preconiza como caminhos a serem seguidos a: identificação do problema através da busca da causa raiz da ocorrência; o registro adequado dos achados, baseados em evidências objetivas, com o intuito de transmitir de forma assertiva o problema e suas causas; e a aplicação de ações corretivas que visem eliminar a raiz do problema e evitar a repetição (SESTREM, 2022).

As ocorrências de não conformidades podem ser oriundas de diversos meios (reclamações de clientes, auditorias internas, auditorias externas, notificações entre processos), se fazendo necessário prioritariamente que haja a consciência da necessidade de documentação da mesma para que todo o processo de tratamento possa ser desencadeado. O processo de análise além de precisar determinar as causas deve considerar os impactos causados no processo e atribuir preferencialmente uma classificação de gravidade da ocorrência de modo a nortear a priorização da necessidade de tratamento.

As ações corretivas identificadas como necessárias no processo de análise devem considerar a eliminação da não conformidade e suas causas implícitas e para isso pode haver a necessidade de revisar processos, treinar funcionários e modificar especificações de trabalho. Após implementação das ações, faz-se necessário acompanhar o progresso das mesmas e os resultados possibilitados, seja por meio de monitoramento observacional ou através de indicadores.

As informações resultantes do processo de tratamento de não conformidades devem ser documentadas e usadas para promover mudanças e melhorias contínuas na organização. Importante considerar que estas também devem ser utilizadas para a análise de tendências e

prevenção de futuras ocorrências. De nada servirá se as ocorrências forem utilizadas tão somente para acompanhamento de performance enquanto indicador de processo.

E para finalizar a etapa de tratamento de não conformidades é fundamental considerar o envolvimento das partes interessadas (funcionários, clientes e fornecedores internos e externos à organização) através da comunicação e repasse das mudanças implementadas, com esclarecimentos sobre os fatores motivadores das mesmas de modo a promover o engajamento destes com a causa.

Concluímos com isso, que o tratamento de não conformidades é para além da resposta a problemas específicos, que deve ser encarado como uma oportunidade de aprendizado e melhoramento contínuo da qualidade de uma organização por meio das implementações de mudanças nos processos.

3. LIDERANÇA E A EVOLUÇÃO DAS TEORIAS

Este capítulo se propõe a apresentar os diversos conceitos sobre a temática liderança, que apesar de ser amplamente discutida, permanece como objeto de estudo até os dias atuais, as teorias que a circundam e sua evolução histórica, assim como o perfil do líder de saúde e a importância deste no gerenciamento de não conformidades em serviços de saúde.

A liderança é entendida neste estudo como aquela que se concentra na influência exercida pelo líder, por meio da comunicação, de modo a impactar no comportamento do liderado para alcance das metas organizacionais, inspirando-o a seguir motivado em determinada direção, mesmo diante de dificuldades no percurso, uma confluência dos pensamentos de Kotter (1990) e Cuenca (2009), o primeiro sob a ótica do segundo.

Compreender as evoluções teóricas acerca do tema liderança e as diferentes abordagens ao longo do tempo corroborará para o entendimento da relação do estilo de liderança com o processo de gerenciamento de não conformidades.

3.1 CONCEITOS E TEORIAS SOBRE LIDERANÇA

Liderança é um tema amplamente discutido desde o tempo da antiguidade. De lá para cá inúmeras vertentes de abordagem foram observadas desde o foco nas características pessoais dos indivíduos à influência do contexto sociopolítico, econômico e até religioso (KELLERMAN, 2012; CHAUI, 2019; apud PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Além de ser um tema de grande relevância, continua a ser de amplo interesse na comunidade científica devido a busca incessante de analisá-lo nas perspectivas dos diferentes contextos sociais, o que faz com que até o momento não haja um consenso conceitual sobre o assunto e isso resulte na continuidade das investigações sobre o tema (TURANO; CAVAZOTTE, 2016; apud PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Esta ausência de consenso é justificada tanto pela complexidade quanto pela multidimensionalidade que envolve a liderança, razão pela qual ainda se configura como fonte de inspiração de vários pesquisadores (DAY E HARISSON, 2007; apud BIANCHI; QUISHIDA; FORONI, 2017). O quadro 4 mostra as mudanças significativas no enfoque conceitual sobre o tema.

Quadro 4: Conceitos de Liderança em Diferentes Perspectivas

Conceitos	Fontes
“Liderança é o comportamento de um indivíduo quando está dirigindo as atividades de um grupo que segue rumo a um objetivo comum”	(Hemphill e Coons, 1957; apud Bergamini, 2009)
“Liderança é uma interação entre pessoas, na qual uma apresenta informação de um tipo e de tal maneira que os outros se tornam convencidos de seus resultados”	(Jacobs, 1970; apud Bergamini, 2009)
“Liderança é o processo de influenciar as atividades de um grupo organizado na direção da realização de um objetivo.”	(Roach e Behling, 1984; apud Bergamini, 2009)
“A liderança também pode ser vista como um processo de influenciar as ações de um indivíduo ou grupo de indivíduos no sentido dos mesmos desenvolverem esforços que permitam alcançar as metas de determinada situação”	(Hersey & Blanchard, 1988; Brito, 2020)
“Liderar é conhecer-se a si mesmo e ter noção das suas forças e fraquezas, ter uma visão, capacidade de motivar outros, comunicação e vontade de aprender.”	(Bennis, 1989; apud Brito, 2020)
“Liderança consiste no processo de influenciar a interpretação de situações pelos seguidores, as escolhas de objetivos, organização de atividades e metas para atingir os fins... motivar os seguidores a trabalhar para esses fins, verificando-se simultaneamente uma manutenção do ambiente e relações pessoais.”	(Yukl, 1998; apud Brito, 2020)
“Liderança não é sobre personalidade do sujeito, mas referente aos seus comportamentos, aptidões e qualidades... pode acontecer em qualquer momento e em qualquer lugar.”	(Kouzes e Posner, 2009; apud Brito, 2020)
Liderança é a "capacidade de influenciar um conjunto de pessoas para alcançar metas e objetivos."	(Robbins, Judge e Sobral, 2010; apud Bianchi, Quishida, Foroni, 2017).

Fonte: Elaboração própria baseada nas obras supracitadas, 2024.

Observamos que ao longo do tempo as definições de liderança tomaram conjunturas diferentes, perpassam desde atributos relacionados às características comportamentais e de interação social do indivíduo ao seu poder de influência nas condutas dos seus liderados para o alcance de objetivos e metas organizacionais. A mudança de enfoque se apresenta em alguns momentos como pontos de divergência e em outros como complementaridade de pensamentos.

Para esta pesquisa o conceito de liderança adotado foca na influência interpessoal exercida pelo líder ao se utilizar do processo de comunicação para afetar o comportamento do liderado para o alcance de uma meta estabelecida (CUENCA, 2009). Associado a este, recorremos também ao pensamento de Kotter (1990) interpretado por Cuenca (2009) ao dizer que liderar é a “capacidade de motivar e inspirar pessoas a seguirem na direção exata, a despeito dos obstáculos gerados pelas mudanças imprevistas, com encantamento das pessoas e acomodação dos interesses, emoções e necessidades humanas” (CUENCA, 2009). Estes conceitos associados representam os atributos essenciais a serem esperados no líder de saúde.

Ao considerar a variabilidade de conceitos sobre a liderança é importante que antes de percorrermos o caminho teórico sobre o perfil do líder de saúde, apresentemos a evolução das abordagens teóricas sobre a temática, que perpassa a caracterização do líder por seus atributos físicos, pela personalidade apresentada, por suas ações e por seu comportamento diante de situações que lhe eram impostas.

A multiplicidade de incertezas sobre a temática leva Lima; Carvalho Neto (2011) não saberem determinar se a preocupação com a figura do líder está na esfera do que ele é ou no que representa, nas características dos seus liderados ou da situação que lhe possibilita a liderança. Posto isto, apresentamos a seguir as principais abordagens sobre as teorias de liderança, amplamente discutidas na literatura acadêmica, a saber: teoria dos traços/personalidade, comportamental, situacional/contingencial, carismática/transacional e transformacional.

A *Teoria dos Traços ou da Personalidade* foi dividida em duas abordagens que teve como marco referencial as guerras mundiais. Na ocasião da 1ª Guerra Mundial (1914-1918) surgia a primeira abordagem denominada Teoria do Grande Homem a qual considerava o líder como um ser mais dotado do que os demais indivíduos, ele era visto como herói, capaz de atrair seguidores devido às suas características pessoais como carisma ou por inspirar confiança, lealdade e respeito (LIMA; CARVALHO NETO, 2011). A segunda abordagem compreendeu o período da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) a qual ficou conhecida como Teoria dos Traços, que se preocupou em investigar como os indivíduos alcançavam posições de chefias, e os atribuía características especiais de personalidade entendidas como excepcionais e distintivas em detrimento dos outros (BERGAMINI, 1994).

Uma característica marcante dessa teoria era o foco no líder, sem levar em consideração sua relação com os liderados e nem com o ambiente no qual o mesmo estava inserido (BERGAMINI, 1994). Preocupava-se em desenvolver um teste de personalidade baseado nos atributos e aptidões de indivíduos considerados líderes eficazes, para servir de orientação na seleção adequada de profissionais para cargos de liderança ((BERGAMINI, 1994; BRITO, 2020). Os atributos destacados dos líderes eram o carisma, a empatia para com seus liderados e o comportamento em se misturar aos mesmos na execução das tarefas (LIMA; CARVALHO NETO, 2011).

A este despeito, Brito (2020) chama a atenção para a necessidade de equilíbrio do líder em saber moderar o uso de cada traço de personalidade com cautela para não permitir que uma determinada característica se sobreponha à outra. Esta teoria se estabelecia no interesse em diferenciar aqueles indivíduos que characteristicamente podiam ser líderes daqueles que não

podiam, se valendo do estudo da personalidade, da prerrogativa de cunho genético, para identificar aqueles que tinham dom para o exercício da liderança. No entanto, a não consideração das interações existentes com os liderados, da influência do ambiente e de que o líder podia aprender e adquirir novas características de liderança, tais como habilidade de comunicação e tomada de decisão, foram cruciais para que esta teoria não prosperasse e nova abordagem emergisse (LIMA; NETO, 2011; BRITO, 2020).

A *Teoria Comportamental* surgiu entre a década de 1950 e 1960 opositora ao que preconizava a teoria da personalidade, por defender que a liderança podia ser aprendida ou desenvolvida a partir de técnicas de formação pessoal (LIMA; NETO 2011). O aparecimento desta ideologia pode ter sido motivado pela dificuldade dos recrutadores em selecionar indivíduos com atributos inatos, mas ela não desconsiderou na totalidade os preceitos da teoria dos traços, com isso a personalidade continuou a ser considerada relevante para o exercício da liderança, porém era reconhecida a sua limitação para a conquista dos resultados organizacionais (ADRIANO; GODOI, 2014 apud PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Os aspectos relacionados ao comportamento do líder e a sua forma de agir ganharam destaque e o pensamento de que este possuía características congênitas passou a ser visto como o indivíduo que pode ser preparado para o exercício da função (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021). Com o passar do tempo novas problemáticas surgiram em torno das discussões sobre as estratégias para aliar o desempenho de produção com a gestão de pessoas, o que deu espaço para o aparecimento de dois estilos de liderança: a autocrática – aquela direcionada à tarefa (alcance dos objetivos e metas estratégicas) e a democrática – que foca nas relações com as pessoas e as suas necessidades, cabendo a organização a identificação e escolha daquela que melhor se aplicasse às suas características (STONER; FREEMAN, 1999 apud PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

O avançar dos estudos comprovou que o líder não necessariamente precisava adotar apenas um dos estilos de liderança. De modo associado ele podia exercer o perfil autocrático ou democrático a depender da situação que lhe era imposta, caracterizando uma volatilidade do comportamento (LIMA; CARVALHO NETO, 2011). De uma maneira geral, esta abordagem focou na investigação do comportamento do líder de modo a treinar indivíduos para o exercício da liderança de maneira eficaz. No entanto, os achados não foram capazes de responder todas as lacunas que permeavam a temática, o que motivou o aparecimento de uma abordagem mais representativa para o estudo do comportamento dos líderes (BRITO, 2020).

Na década de 1960 surge então a *Teoria Situacional ou Contingencial*, que adotava como premissa a capacidade adaptativa do líder em acordo à situação vivenciada. Neste enfoque

o líder é visto como aquele capaz de avaliar o ambiente e determinar a conduta necessária ao enfrentamento da situação (HERSEY e BLANCHARD, 1980 apud LIMA; CARVALHO NETO, 2011). A eficácia do líder é medida pela capacidade deste em ajustar seu estilo de liderança ao contexto vivenciado, a natureza do trabalho exercido, as características dos liderados e o local de trabalho (BRITO, 2020). Posto isto, significa dizer que resultados apresentados como eficazes podem não se apresentar desta forma se inseridos em contextos diferentes.

Lima e Carvalho Neto (2011) categorizam esses contextos em intraorganizacional e extraorganizacional. O primeiro relaciona-se com o ambiente interno da organização, diz respeito a preocupação do líder com a produtividade e eficácia do grupo que lidera, enquanto o segundo diz respeito à capacidade do líder em analisar o cenário externo e criar soluções que se adaptem às demandas contingenciais (LIMA, CARVALHO NETO, 2011).

Resumidamente, esta teoria é caracterizada pela habilidade do líder em mudar seu comportamento e responder às situações à medida do enfrentamento que elas exigem (BRITO, 2020). Bergamini (1994) afirma ser, dentre as abordagens anteriores, a primeira que buscou unir todas as ideologias de modo a se valer das variáveis que caracterizariam um líder eficaz: personalidade, comportamento e adaptável às situações.

Os estudos seguiram e na década de 80 surgiu a *Teoria Carismática ou Transacional*, fortemente influenciada pelos pensamentos de Max Weber o qual defendia o carisma como o centro do relacionamento emocional (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021). Esta abordagem leva em consideração a interação social existente entre o líder e o liderado ao defender que há interesse mútuo entre as partes. Bergamini (1994) exemplifica esta afirmativa ao comparar com o papel exercido pelo líder ao conceder bonificações, viagens e promoções para seus liderados como recompensa da execução de tarefas, configurando uma relação de troca, com benefícios para ambas as partes.

Nesta abordagem o líder se destaca pela capacidade em captar os desejos dos liderados, (sejam de cunho remuneratório, promocional ou de reconhecimento) e transformar em recompensas motivadoras que primem pelo cumprimento dos objetivos organizacionais e a eficácia dos resultados (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021). Lima e Carvalho Neto (2011) consideram o reconhecimento, o elogio e a visibilidade como recompensas intangíveis, mas, de representatividade equiparada às de cunho financeiro, dada a sua capacidade de engajamento dos liderados na execução das tarefas a eles incumbidas (LIMA; CARVALHO NETO, 2011).

A liderança transacional é um estilo comumente encontrado nas organizações (AVOLIO, *et al.*, 1991, apud LIMA; CARVALHO NETO, 2011). Na prática, os líderes

especificam o trabalho que deseja ser feito e ao mesmo tempo informam o benefício que será conquistado pelos liderados com a sua execução. Assim, eles alcançam bons resultados no que diz respeito ao atingimento das metas, no entanto não costumam ter um ambiente propício à proatividade, visto que a equipe tende a limitar-se a executar somente o que foi pedido (LIMA; CARVALHO NETO, 2011).

Esta lacuna possibilita então o surgimento em 1978 da *Teoria Transformacional*, que apesar de décadas do aparecimento continua a ser atualmente a mais utilizada ao se referir a investigação do fenômeno liderança. Trata-se da abordagem que foca em proporcionar um ambiente organizacional harmônico aos seus liderados para que estes desenvolvam seu potencial e aprimorem as suas práticas, com foco na viabilização do bem estar coletivo (LIMA; CARVALHO NETO, 2011).

James MacGregor Burns, criador do conceito de liderança transformacional, atribuiu este nome a esta teoria para referir-se à capacidade do líder em provocar mudanças sociais naqueles que estão em seu entorno (sociedade, organização e liderados), obtendo destes o engajamento necessário para a condução da estratégia em prol do bem estar coletivo (BRITO, 2020). Caracteristicamente esses líderes desempenham um papel importante como incentivadores da equipe, ao influenciar seus pensamentos e comportamentos para que estes se alinhem em sintonia com o planejamento estratégico da organização. Embora esta teoria reconheça a motivação como algo intrínseco ao indivíduo, o líder é considerado como um agente transformador que deve se utilizar de sua influência para conseguir que a equipe alcance os resultados desejados (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Estes líderes diferem dos transacionais por serem enxergados como aqueles que: a) dão atenção a cada liderado de maneira individual, com escuta ativa, feedback, identificação de necessidades individuais e sugestões; b) estimulam o desenvolvimento intelectual, instigam os liderados a pensarem criticamente nos processos, oportunizam mudança de pensamento e conduta; c) são inspiração motivacional por estimular o liderado a encontrar novas possibilidades e encarar desafios com entusiasmo; d) e são carismáticos e respeitosos com os outros, celebram as conquistas dos seus liderados, primam pelo resultado coletivo e possuem alto conceito de confiança e moralidade (AVOLIO *et al.*, 1991 apud LIMA; NETO, 2011). Este carisma difere do estilo de líder carismático, pois aqui o liderado é incentivado a contribuir, opinar e até questionar o próprio líder, se for necessário. (BRITO, 2020).

Os líderes transformacionais são vistos como agentes de mudanças, capazes de transformar as organizações em que atuam, aprendem com os erros, são visionários, preparam os liderados para superar expectativas (TICHY E DEVANNA, 1986, apud BRITO, 2020).

Destacam-se ainda enquanto características desses profissionais o fato destes serem considerados mais competentes pelos seus superiores e por apresentarem bons resultados. Eles tendem a ter mais satisfação profissional e por conseguinte, baixos índices de mudanças de emprego. Os liderados “sentem confiança, admiração, lealdade e compromisso pelo líder” e se dispõem a agir em prol do objetivo comum (BRITO, 2020).

Outras teorias emergiram depois da teoria transformacional, foram elas: Teoria *LMX-Leader-Member-Exchange* (1990) que se dedicava a estudar a qualidade da interação entre líder e liderado; a Teoria da Liderança Servidora (2000) que focava na característica de subserviência do líder para com os liderados; Teoria da Liderança Autêntica (2001) caracterizada pela proximidade e relação autêntica à base da ética e da transparência entre o líder e os liderados; Teoria da Liderança Responsável alicerçada na construção de relações sustentáveis com os interessados da organização preocupada com a responsabilidade social e a mais recente Teoria da Liderança 4.0 (2016) que trata das características fundamentais necessárias à liderança para que estas lidem com as transformações digitais (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

As teorias emergentes supracitadas não serão pauta de desdobramentos nesse estudo por não caracterizarem como abordagens amplamente difundidas na temática da liderança, além de reconhecer que para este estudo a abordagem das teorias clássicas de liderança é suficiente para embasamento teórico do problema de pesquisa. No entanto, para complementar o embasamento teórico dessa temática trazemos para esta discussão as abordagens sobre os estilos de liderança adotados pelo líder, ao ter em vista que eles se caracterizam como a maneira pela qual o indivíduo nesta posição influencia as demais pessoas do grupo, ou seja, diz respeito diretamente às suas atitudes para com os seus subordinados (BOTELHO, KROM, 2010).

Ao tomar por base esse ponto de vista, Botelho e Krom (2010) à luz de Araújo (2006) salientam a presença de diversos estilos de liderança à disposição do líder, a citar os principais como: o autocrático, o democrático e o *laissez-faire*, também referido por alguns autores como liberal. Quando o líder adota um alto nível de intervenções, toma decisões de forma unilateral, dita as responsabilidades individuais e a maneira de realizá-las, ele assume o estilo de liderança Autoritária ou Autocrática.

Nas situações em que o líder compartilha a responsabilidade de liderança com os membros da equipe, envolve a equipe no processo de tomada de decisão, de participação ativa no planejamento do trabalho e na distribuição de tarefas, ele adota o estilo Democrático ou Participativo. E quando a intervenção do líder é praticamente nula, se comporta como um membro igualitário da equipe, atua apenas nas situações em que é demandado e fica à mercê da

identificação e solução dos problemas pelos membros da equipe ele assume o estilo Laissez-Faire ou liberal (ARAÚJO, 2006 apud BOTELHO E KROM, 2010).

Os autores Botelho e Krom (2010) em sua publicação sobre os estilos de liderança nas organizações apresentaram os resultados documentados por Medeiros *et al.* (2000) de uma pesquisa conduzida em 1939 por Ralph K. White e Ronald Lippitt, que destinava a avaliar o impacto dos estilos de liderança na execução de tarefas por meninos de dez anos. Os meninos foram alternadamente orientados, a cada seis semanas, por líderes que adotavam os diferentes estilos de liderança supracitados. Os achados dessa experiência foram documentados no quadro abaixo que destaca os distintos comportamentos dos pesquisados, as vantagens e desvantagens de cada estilo de liderança e associa o tipo de organização ou situação em que cada estilo pode ser mais eficaz (MEDEIROS *et al.* 2000, apud BOTELHO E KROM, 2010).

Quadro 5 – Estilos de Liderança: características dos liderados, vantagens e desvantagens

Estilos de Liderança Características	Liderança Autocrática	Liderança Democrática	Liderança Laissez-Faire
Comportamento do liderado	<ul style="list-style-type: none"> – Forte tensão, frustração e agressividade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Formação de grupos de amizade; – Relacionamentos cordiais 	<ul style="list-style-type: none"> – Forte individualismo; – Falta de respeito em relação ao líder
Desenvolvimento do trabalho pelo liderado	<ul style="list-style-type: none"> – Ausência de proatividade e espontaneidade; – Trabalho desenvolvido somente com a presença física do líder; – Insatisfação com o trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> – Trabalho desenvolvido de forma segura e suave, mesmo na ausência do líder; – Comprometimento pessoal e responsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> – Produção medíocre; – Tarefas desenvolvidas ao acaso com oscilações;
Relações interpessoais do liderado	<ul style="list-style-type: none"> – Ausência de formação de grupos de amizade; – Episódios de explosões de indisciplina 	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicação eficaz entre líder e subordinado (espontânea, franca e cordial) 	<ul style="list-style-type: none"> – Discussões de cunho pessoal e não ao trabalho.
Vantagens do estilo de liderança	<ul style="list-style-type: none"> – Produtividade elevada; – Tomada rápida de decisões; – Tarefas são executadas sem questionamento. 	<ul style="list-style-type: none"> – Boa produtividade; – Maior contribuição dos subordinados na tomada de decisão; – Satisfação no desempenho das tarefas – Engajamento coletivo nas metas organizacionais; – Comunicação fluida entre os níveis da organização. 	<ul style="list-style-type: none"> – Resultados de caráter qualitativo; – Desempenho de alto nível devido à independência; – Desenvolvimento de objetivos individuais que agregam valor

Quadro 5 – Estilos de Liderança: características dos liderados, vantagens e desvantagens

Estilos de Liderança Características	Liderança Autocrática	Liderança Democrática	Liderança Laissez-Faire
Desvantagens do estilo de liderança	<ul style="list-style-type: none"> – Pouca participação dos subordinados nas tomadas de decisões; – Desmotivação/ insatisfação dos subordinados por ausência de reconhecimento; 	<ul style="list-style-type: none"> – Tomada de decisão tende a ser mais demorada; – Figura do líder não reconhecida devidamente pelos membros da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> – Discussões frequentes em grupos sem auto-organização; – Tarefas pouco satisfatórias em certos contextos. – Nível baixo de comunicação; – Ausência de feedback para equipe sobre desempenho.
Situações/ Tipos de Organizações Adequadas	Empresas de linha de produção.	Empresas de desenvolvimento ou aperfeiçoamento de processos	Empresas de design, desenvolvimento de softwares, moda e etc.

Elaboração de quadro a partir das obras MEDEIROS *et al.* 2000, apud BOTELHO E KROM, 2010.

Embora diante das características evidenciadas no quadro exposto seja possível classificar o estilo democrático como o de melhor desempenho, importa considerar que cada um desses estilos tem suas características e implicações específicas, para além das evidenciadas no estudo acima, que podem afetar significativamente o desempenho e o ambiente de trabalho organizacional, sendo recomendada uma escolha baseada no perfil da instituição ou ainda de acordo a cada situação. Em um contexto de crise, por exemplo, em que as decisões precisam ser tomadas rapidamente, uma liderança mais forte e decisiva, mais alinhada ao estilo autocrata é fundamental. Enquanto que para gerenciamento de conflitos a democrática apresentará maior habilidade e quando se tratar de uma equipe altamente autônoma e auto-organizada que não dependa de orientação e direcionamento do líder a liderança *laissez faire* é a que funcionará muito bem.

Isso significa dizer que na prática, os líderes podem adotar abordagens híbridas, com combinação de elementos dos três estilos, a depender do contexto e das necessidades da equipe em adaptação aos diferentes cenários para o exercício eficaz da liderança e alcance dos melhores resultados organizacionais.

A abordagem realizada a cada um dos estilos, mesmo que não aprofundada, cumpriu para este estudo o objetivo proposto que partiu da necessidade de contemplar na discussão as diferentes maneiras de atitudes dos indivíduos na posição de líder, ao entender que a compreensão dessas variáveis contribuirá para o decorrer dessa dissertação.

3.2 O LÍDER DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora no segmento da saúde haja uma multidisciplinaridade de líderes, dada a variedade de categorias profissionais atuantes nos serviços de saúde, no campo literário observamos uma escassez de estudos que aborde a liderança para além do nicho da enfermagem, quando consideramos as buscas efetuadas nas bases de dados de pesquisas acadêmicas para embasamento desse estudo. Esta lacuna reforça o quão as discussões sobre o tema liderança continuam incipientes.

É sabido que o enfermeiro representa a categoria de maior contingente operacional das instituições de saúde, as quais caracteristicamente e culturalmente têm esses profissionais como os responsáveis pelo gerenciamento de pessoas e processos. No entanto, no segmento da saúde, na área hospitalar principalmente, existem diversas outras categorias que compõe a equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, assistente social...) e apesar de termos nos debruçado muito na busca por trabalhos que abordassem a liderança em saúde com foco nessas categorias, nada encontramos, todos os achados tinham como protagonista o profissional enfermeiro. Razão pela qual os recortes aqui explorados tomam como base a atuação do líder de saúde na perspectiva do enfermeiro. Apesar de caracterizar como uma limitação, não acreditamos com isso que haja prejuízo para o entendimento do fenômeno liderança em saúde.

Antes de adentrar na especificidade da liderança em saúde é importante resgatar características gerais sobre a temática, de modo a demonstrar que os preceitos são amplamente aplicáveis ao segmento da saúde. Pereira *et al.* (2021) destacam que o sucesso organizacional é determinado pelas ações do líder, uma vez que cabe a este a tarefa de motivar a equipe para o alcance das metas (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

A qualidade da liderança é dita por Carrara *et al.* (2017) como influenciada por fatores como o clima de cooperação entre os membros da equipe, o papel exercido pelo líder e o estilo de liderança adotado por ele. As ações dos liderados estão diretamente ligadas e influenciadas pelo modo de agir da liderança, o qual impacta positivamente ou negativamente na motivação da equipe para alcance dos resultados organizacionais (PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

Sua atuação profissional é cercada de muitos desafios, principalmente ao considerar a necessidade de gerir pessoas, a qual requer a adoção de comportamentos que preservem o bem estar do ambiente organizacional e consigam fazer um balanceamento das exigências da gestão com o tratamento respeitoso aos seus liderados (ROSA, 2016, apud PEREIRA; AIDAR; ROSALEM, 2021).

O poder de influenciar pessoas é o ponto de convergência entre os diversos conceitos de liderança. Este pensamento é confirmado por Amestoy *et al.* (2014) ao abordarem que, na perspectiva do líder de enfermagem, cabe a este influenciar a sua equipe no compartilhamento de objetivos coletivos para prestação do cuidado. Nesta linha, Brito (2020) reforça ser responsabilidade dos enfermeiros chefes a garantia do comprometimento da equipe no desempenho das atividades, com os padrões mais elevados de qualidade.

Couto-Ribeiro *et al.*, (2014) à luz dos preceitos de Donabedian, trazem como pilares centrais e fatores influenciadores do sucesso da liderança a autoridade e o carisma. O primeiro está relacionado à capacidade de influência dos liderados nas situações de elogios sobre a execução da tarefa ou repreensão pelos seus atos e resultados, enquanto o segundo diz respeito a capacidade motivadora, inspiradora de confiança, persuasiva e de exemplo pessoal com o compromisso com a melhoria da qualidade do atendimento (DONABEDIAN, 2003, apud COUTO-RIBEIRO *et al.*, 2014).

Lapão (2020) destaca a importância do líder de enfermagem na coordenação da força de trabalho em alinhamento com os objetivos organizacionais e as necessidades dos pacientes e famílias. É papel dos líderes, chefes ou gestores buscar estratégias de motivação da equipe de modo que esta se mantenha engajada no cumprimento das boas práticas assistenciais. Cabe ainda a estes profissionais atuarem como um elo de sustentação para com a sua equipe, desempenhando além das atividades de coordenação, tarefas relacionadas ao desenvolvimento e aprimoramento contínuo de seus liderados (AMESTOY, *et al.* 2013).

A educação permanente dos profissionais, inclusive das próprias lideranças, é de extrema importância para o exercício das práticas laborais e qualidade do cuidado. Uma pesquisa conduzida por Amestoy, *et al.* (2013), realizada com profissionais enfermeiros, reforça esse pensamento ao concluírem que a educação continuada caracteriza como uma forma colaborativa de aprimoramento do profissional, a qual deve ser uma preocupação dos serviços de saúde, por entender a sua contribuição para a “promoção da qualidade da assistência em saúde” e alcance dos objetivos organizacionais (AMESTOY, *et al.*, 2013).

Um estudo conduzido por Couto-Ribeiro *et al.* (2014) que visava identificar as não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem em hospitais em processo de avaliação diagnóstica para acreditação, demonstrou entre seus achados que a “ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio” é um aspecto relevante para a melhoria ou não da qualidade da assistência (COUTO-RIBEIRO *et al.*, 2014). Bergamini (1994) em sua obra Administração do Sentido corrobora com este pensamento ao afirmar que “todas as organizações podem contar com bons líderes

desde que dispensem a eles o treinamento adequado e promovam um ambiente favorável onde possam agir com eficácia” (BERGAMINI, 1994).

Com isso cabe destacar o papel significativo que as instituições hospitalares possuem nesse processo de educação continuada de seus profissionais, ao proporcionar os recursos necessários (práticos e teóricos) para a formação dos líderes para uma atuação democrática que trabalhe o diálogo como uma habilidade a ser desenvolvida (AMESTOY, *et al.* 2010).

Resumidamente podemos considerar que o líder de saúde não possui e não deve possuir atributos diferenciados ao serem comparados a líderes de outros segmentos. Porque o que se deve colocar em pauta são os aspectos que devem permear o exercício da liderança independentemente do ramo que se esteja inserido, que envolve a forma de interagir com o liderado de modo a influenciá-lo a executar as tarefas em prol do alcance das metas organizacionais. No entanto, cabe sim destacar que o líder de saúde possui uma responsabilidade majorada ao levar em consideração que o produto deste processo produzido pelas instituições de saúde envolve um bem de valor incalculável, a assistência à saúde livre de danos em prol da manutenção da vida.

3.3 A IMPORTÂNCIA DA LIDERANÇA NA GESTÃO DAS NÃO CONFORMIDADES EM SAÚDE

Conforme já mencionado, caracteriza-se como não conformidade a ausência de atendimento a um requisito estabelecido, que compreende a falta ou desvio de uma ou mais características de qualidade, incluindo aspectos de confiabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A caracterização e a persistência de não conformidades têm o potencial de criar ambientes inseguros, contribuir para o cometimento de falhas por parte dos profissionais, além de comprometer a segurança deles mesmos, mas, sobretudo, coloca em risco a segurança dos pacientes (RIBEIRO, 2011).

A preocupação com a assistência livre de falhas tem feito com que organizações apliquem ferramentas de avaliação dos processos de trabalho com foco na promoção do cuidado seguro. Os gestores assumem papel fundamental neste movimento ao se utilizar de ferramentas instituídas pelas organizações para aperfeiçoar os processos de trabalho e evitar potenciais falhas ou erros dos seus liderados que comprometam a segurança do paciente (JOST, *et al.*, 2021).

As ocorrências indesejadas de não conformidades representam gargalos que podem comprometer uma prestação de assistência de qualidade. Dessa forma, os gestores precisam encará-las como sinais de alertas, se unir aos seus liderados e demais profissionais de saúde para analisar as origens das mesmas e desenvolver estratégias que aprimorem continuamente os processos e contribuam para o alcance dos resultados organizacionais desejados (RIBEIRO, 2011).

Em um estudo que discorria sobre o aprendizado a partir dos erros, tendo como foco os incidentes em uma unidade de cuidados neonatais, as autoras Hoffmeister, Moura e Macedo (2019) abordam que o conhecimento por parte do gestor do perfil dos eventos notificados possibilita a estes a escolha das ações prioritárias para a instituição de melhorias com a definição das áreas que merecem maior atenção (HOFFMEISTER; MOURA; MACEDO; 2019). Ou seja, é condição mais que necessária que o líder tenha total domínio da natureza das ocorrências da sua área e que ultrapasse a esfera do conhecimento e estabeleça ações que promovam mudanças de cenários no processo de trabalho.

Couto-Ribeiro *et al.* (2014) conduziram um estudo que se propunha a identificar as não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem em hospitais do Estado de Minas Gerais, tomando por base os relatórios de diagnóstico emitidos pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). Os achados demonstraram um distanciamento entre o estabelecido pelo SBA e o encontrado nas instituições, além de evidenciarem que as não conformidades estão intrinsecamente ligadas ao trabalho das demais categorias profissionais da saúde, não exclusivamente ao da enfermagem. Recorremos a esse estudo para a partir de seus resultados, citar algumas responsabilidades que caracterizam o papel do líder no processo de gestão das não conformidades, tais como:

- ✓ Proporcionar oportunidades de discussão das causas das não conformidades com participação da equipe multidisciplinar e elaborar estratégias que promovam a melhoria contínua da qualidade [tratamento de não conformidades];
- ✓ Adotar uma abordagem que encare o erro como uma ocorrência sistêmica, resultante de falhas em diversos processos, que afaste a busca por culpados e incentive a notificação, discussão e resolução em equipe dos problemas evidenciados;
- ✓ Identificar necessidades e instituir programas de treinamentos para os colaboradores a partir das não conformidades, assim como avaliar a eficácia dos mesmos;

Vieira *et al.* (2021) corrobora com o exposto ao acrescentar que requer ao gestor de saúde identificar, instituir e gerenciar indicadores de qualidade que lhe auxiliem no planejamento e tomada de decisão para aprimoramento dos processos e melhoria dos resultados (VIEIRA, *et al.*, 2021).

Para além das contribuições teóricas aqui elencadas, acrescentamos nesta pesquisa que compete ao líder o incentivo à cultura de qualidade que valorize a busca pela conformidade com os padrões estabelecidos; a alocação e gestão dos recursos para que as não conformidades não voltem a ocorrer; o apoio e suporte à equipe envolvida na não conformidade para entendimento das motivações e dificuldades enfrentadas pela mesma; a promoção da cultura de aprendizado com o encorajamento à notificação sem medo de represálias; o desenvolvimento e implementação de ações corretivas e preventivas para evitar a recorrência da não conformidade; a avaliação do progresso do processo a partir das ações corretivas implementadas; enfim, dada a vastidão de citações possíveis sobre a importância do líder na gestão das não conformidades, resumidamente destacamos o fomento à melhoria contínua através da análise das causas raízes com proposição de inovações nos processos.

Destacamos ainda que tais inovações podem resultar em mudanças nos processos de trabalho e com isso se façam necessárias a instituição de novas rotinas operacionais ou revisão das existentes, que visem a padronização de condutas e a redução da variabilidade das práticas. Ou seja, mais intervenções de responsabilização do gestor mediante um efetivo tratamento de não conformidades.

4. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo objetivamos apresentar os caminhos metodológicos percorridos na pesquisa. A questão que permeia o desenvolvimento dessa investigação perpassa pela busca de entendimento de que forma os líderes de um hospital filantrópico se utilizam das notificações de não conformidades como ferramentas de auxílio à gestão para implementação de mudanças. Logo, durante a nossa investigação, para além do embasamento teórico necessário, o caminho prioritário estabelecido foi a análise do banco de dados das notificações de não conformidades da instituição de saúde para identificação do perfil das mesmas, seguida da realização de entrevistas em profundidade com líderes que se destacam no processo de gerenciamento de não conformidades na referida instituição.

Esse trabalho se caracteriza como um estudo de caso com abordagem híbrida de estratégia metodológica de pesquisa (quantitativa e qualitativa). Optamos pelo estudo de caso por considerar que ele se limita a investigar uma unidade hospitalar específica buscando compreender os fenômenos sociais nele presentes (ALVES-MAZZOTI, 2006). Além de buscar investigar o fenômeno contemporâneo em seu contexto natural e se utilizar de variadas fontes de evidência para explorar as situações em que não são claras as fronteiras entre o contexto e o fenômeno estudado (YIN, 1984 apud ALVES-MAZZOTI, 2006).

No primeiro momento, para montagem do arcabouço teórico recorremos a uma revisão sistemática de produções acadêmicas nacionais e internacionais que discorressem sobre temas que envolvem qualidade, acreditação hospitalar, não conformidades e liderança. Foram consultados livros, teses, dissertações e artigos científicos disponíveis nas bases de dados SciElo, Medline e CAPES. Os descritores utilizados, combinados entre si, foram: qualidade da assistência à saúde, qualidade em saúde, acreditação hospitalar, não conformidades na saúde, avaliação da qualidade, segurança do paciente, liderança de serviços de saúde. Os estudos selecionados foram publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Foi realizada ainda pesquisa de fonte documental em sites oficiais de acesso gratuito e público das metodologias acreditadoras nacional ONA, e internacionais JCI e Quality Global Alliance responsável pelo programa QMentum Internacional no Brasil. Assim como consulta a páginas online de entidades referenciadas nas temáticas, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as legislações brasileiras vigentes relacionadas à temática, em busca de informações sobre o panorama da acreditação hospitalar no país.

O segundo caminho metodológico associado considera um estudo descritivo de abordagem quantitativa do banco de dados das notificações de não conformidades, referentes

ao ano de 2021, de uma unidade hospitalar filantrópica localizada na cidade de Salvador. Na sequência foram realizadas entrevistas com duas lideranças de serviços diagnósticos, escolhidas por apresentarem bom desempenho no processo de implementação de mudanças a partir de não conformidades, objetivando compreender a trajetória destas na função de líder, a percepção sobre a ferramenta, a forma de gerenciamento do processo, a interação com os colaboradores, a utilização da ferramenta como auxílio à gestão, os desafios vivenciados e o relato de dois cases de melhorias implementadas a partir da notificação de não conformidades considerados pelas líderes como os mais relevantes da sua gestão, caracterizando a parte qualitativa do estudo.

Quadro 6 – Desenho Metodológico da Pesquisa

Fases	Fontes de Informações	Resultados Esperados
FASE 1 Referencial Bibliográfico	Pesquisa Bibliográfica Documentos oficiais sobre o Hospital	Organização do referencial teórico e da contextualização do objeto de estudo
FASE 2 Pesquisa Quantitativa	Base de dados dos registros das não conformidades hospitalares	Mapa das tipologias das não conformidades mais prevalentes por setor e turno Mapeamento da taxa de resposta ao tratamento das não conformidades
FASE 3 Pesquisa Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas com líderes dos serviços diagnósticos (Bioimagem e Medicina Laboratorial)	Construção das percepções sobre o ser líder, habilidades, competências e dificuldades encontradas Construção das percepções sobre o sistema de notificações de não conformidades; Identificação dos métodos de tratamento de não conformidades Construção das percepções sobre os desafios para implementação de mudanças. Relatos de exemplos de melhorias implementadas na gestão a partir das notificações de não conformidades
FASE 4 Reflexões e discussões	Construto das percepções	Conceitos articulados para compor uma compreensão teórica com ilustrações das percepções das lideranças entrevistadas.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.1 A ESCOLHA PELA ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES

Demonstrar o universo das notificações de não conformidades foi um caminho percorrido mais pelo desejo desta pesquisadora que vos fala de publicizar um tema de abordagem escassa na literatura do que pela correlação destes com a performance das lideranças na implementação de mudanças. A experiência da pesquisadora na Gestão da Qualidade, no gerenciamento de não conformidades e na lida constante com lideranças a posiciona como objeto desse estudo na avaliação da importância da ferramenta de não conformidades como auxílio à gestão.

Foi realizada uma análise documental do banco de dados das notificações de não conformidades no ano de 2021 provenientes do preenchimento pelos profissionais de saúde de uma ferramenta que fica disponibilizada na intranet da instituição. O ano de 2021 foi selecionado como recorte temporal para este estudo por dois principais motivos. Primeiramente, ele representa um período em que os impactos mais críticos da pandemia de COVID-19 já foram mitigados, permitindo uma análise menos influenciada pela privacidade do período pandêmico. Em segundo lugar, como a pesquisa teve início em 2022, 2021 se mostrou o ano mais recente com dados consolidados e acessíveis no momento da definição do escopo do estudo.

O banco de dados contempla as seguintes informações relatadas pelo colaborador notificador:

- data da notificação da não conformidade;
- data da ocorrência da NC (pois permite que seja notificado um fato retroativo);
- matrícula do notificador (informação de conhecimento apenas da GQ);
- setor de trabalho do notificador;
- indicação se a NC envolveu o paciente;
- setor responsável pela ocorrência da não conformidade;
- tipologia da não conformidade;
- número de identificação do atendimento do paciente na instituição (caso tenha envolvido o paciente);
- campo de texto livre para descrição detalhada da ocorrência;
- turno em que a NC ocorreu e;
- função do notificador.

Além das informações especificadas acima, o banco de dados contempla as informações alimentadas pela gestão da qualidade, a saber: reclassificação das ocorrências que foram notificadas pelos colaboradores com a seleção da opção “outros” (assim permite identificar situações a serem inseridas na ocasião do recadastramento), data em que a notificação foi direcionada por e-mail para o líder da área notificada, data em que esse líder retornou com a tratativa (se tiver respondido) e a classificação atribuída pelo líder após avaliação da NC - procedente ou improcedente, (vide APÊNDICE III).

Os dados coletados foram tabulados a partir do *Software Microsoft Office Excel*[®], as variáveis foram expressas em frequências absolutas e relativas e representadas em forma de tabelas, quadros e apresentações gráficas contemplando o quantitativo anual e mensal das notificações daquele ano, além da tipologia das não conformidades, a distribuição por turno de ocorrência, a classificação da procedência ou não dos registros e a taxa de resposta dos líderes ao tratamento das mesmas.

A análise dos dados possibilitou a caracterização das não conformidades da instituição objeto do estudo e o entendimento do universo de oportunidades de intervenção por parte das lideranças.

4.2 A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS DE PROFUNDIDADE

A escolha pela realização de entrevistas em profundidade partiu da necessidade de se identificar as mudanças implementadas a partir das notificações de não conformidades, uma vez que esta informação não era passível de identificação através dos bancos de dados da Gestão da Qualidade. Outra razão para esta decisão foi o desejo de obter a percepção do líder sobre o sistema de notificações de não conformidades de uma forma geral.

Antes da realização das entrevistas oficiais, foi realizada uma entrevista teste com um líder do serviço de Farmácia de modo a testar o instrumento desenvolvido, porém não foi identificada necessidade de ajuste no mesmo. As entrevistas foram realizadas com duas líderes mulheres, dos serviços diagnósticos e terapêuticos de uma unidade hospitalar, uma do serviço de Bioimagem e a outra da Medicina Laboratorial.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da própria unidade hospitalar em um local que assegurasse a privacidade necessária, sem que houvesse interrupções e participação de outrem. Cada entrevistada foi ouvida individualmente em dias distintos, sem que uma tivesse conhecimento da participação da outra no estudo. Antes do início das entrevistas foi aplicado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que referia o objetivo da pesquisa, os riscos e benefícios associados, o compromisso com a preservação do sigilo das informações fornecidas e da identidade dos participantes, assim como a abertura para revogação da concessão concedida a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo às participantes.

Na oportunidade também foi obtido o consentimento para gravação da entrevista por meio de áudio de modo a subsidiar a consulta posterior na etapa de transcrição dos depoimentos. Embora dispensasse a submissão, cabe informar que o estudo foi devidamente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no dia 06 de setembro de 2022 sob o número de aprovação 5.626.844, que identificou ter sido assegurado os pressupostos éticos cabíveis.

A seleção da amostra foi pautada no fato das lideranças serem as responsáveis pelos serviços diagnósticos que possuem maior interação com as áreas assistenciais, comprovada com a posição de destaque em relação a quantidade de não conformidades que cada um dos serviços apresentou no ano do estudo. Os serviços laboratoriais e de imagem representam os mais contributivos serviços diagnósticos de apoio à prática médica. Além disso, na percepção da GQ, estas líderes são referenciais no processo de implementação de mudanças a partir do gerenciamento de não conformidades.

Os critérios de inclusão adotados foram ter vínculo empregatício com a instituição há mais de 12 meses (sem afastamento das atividades por tempo prolongado), período considerado ideal para que o profissional esteja inteiramente integrado aos processos institucionais e ter sido o líder em atividade do serviço no ano de referência do banco de dados (2021).

Considerando ser uma amostra restrita de profissionais entrevistados, a análise foi aprofundada ao tanto de possibilitar registrar todas as nuances das trajetórias desses líderes e de sua relação com as não conformidades.

4.2.1 Coleta de dados

Para condução das entrevistas em profundidade foi elaborado um questionário semiestruturado dividido em três blocos.

Quadro 7 – Coleta de Dados das Entrevistas

Estrutura da Entrevista		Foco	Fonte de informação
BLOCO 1	Indivíduo e trajetória	Trajetória de vida desde a formação até a atual posição de líder perpassando a caracterização de gênero e étnica racial.	Narrativas dos líderes
BLOCO 2	Indivíduo na função de líder e a relação com não conformidades	Percepção da notificação de não conformidades como ferramenta de auxílio à gestão.	

Quadro 7 – Coleta de Dados das Entrevistas

Estrutura da Entrevista		Foco	Fonte de informação
BLOCO 3	Indivíduo na função de líder e o uso das não conformidades como aliadas para implementação de mudanças	Mudanças implementadas no serviço a partir das notificações de não conformidades	

Fonte: Elaboração própria, 2024.

O primeiro bloco visava avaliar o indivíduo líder e a sua trajetória. Nesta fase foram coletadas informações de base dos profissionais (gênero, idade, identidade étnico-racial, formação acadêmica e tempo de profissão, tempo de atuação na organização e na posição de liderança), assim como relatos de trajetórias de vida até a ocupação atual no cargo de liderança, as habilidades e competências detentoras, a autoavaliação do desempenho enquanto líder e as dificuldades enfrentadas para o exercício da função.

O segundo bloco da entrevista focou na avaliação do indivíduo na função de líder e a sua relação com não conformidades. Nesta fase foram coletadas a percepção das líderes sobre como a gestão da qualidade ancorada no sistema de notificações de não conformidades se configura como uma ferramenta de auxílio à gestão. Dessa forma, buscamos avaliar a opinião das líderes sobre o sistema de notificação, o nível de ciência das mesmas sobre o perfil de prevalência das notificações destinadas às áreas sob vossa gestão, como estas realizavam o tratamento das não conformidades, a forma de abordagem do erro com os subordinados, a utilização das notificações para articulação com as áreas clientes e as dificuldades enfrentadas com as mesmas, as habilidades entendidas como necessárias para um tratamento adequado das não conformidades e por fim, a percepção destas sobre os resultados possibilitados da ferramenta para a instituição.

O terceiro e último bloco se propôs a avaliar o indivíduo na função de líder e o uso das não conformidades como aliadas na implementação de mudanças. Aqui buscamos avaliar as mudanças que foram implementadas nos serviços a partir das notificações de não conformidades, através da concessão da oportunidade de escolha às líderes de um caso que tenha considerado de maior relevância, que se caracterizasse como um case de sucesso, para que fizesse o relato detalhado do mesmo. Foi requerido que contemplasse o que motivou a escolha, as causas identificadas, a solução implementada, os resultados identificados a partir da implementação da mudança e os pontos negativos e positivos alcançados a partir da mesma.

Para concluir a pesquisa, as líderes foram questionadas quanto ao recebimento de apoio institucional de qualquer natureza para a implementação de mudanças, incluindo o papel e participação da área de Gestão da Qualidade como apoiadora desse processo.

4.2.2 A prática das entrevistas

As entrevistas foram realizadas no mês de fevereiro de 2023. A entrevista com a L1 (Líder Bioimagem) teve uma duração de 0h:53min enquanto que com a L2 (Líder Medicina Laboratorial) a duração foi de 1h:25min, registrando um tempo médio aproximado de uma hora de diálogo. Ambas foram realizadas presencialmente com o auxílio de um roteiro semi-estruturado (vide APÊNDICE II), com perguntas abertas, por entender que elas têm abordagem ampla e possibilitam que o entrevistado utilize as suas próprias palavras para responder (ROULSTON, 2010). Foi utilizado também o recurso de gravação de áudio que subsidiou posteriormente o processo de transcrição das mesmas.

A condução das entrevistas seguiu a estratégia de abordagem da pergunta para livre resposta da entrevistada. À medida em que esta respondia aos questionamentos uma análise sequencial das próximas perguntas era feita de modo a complementar os pensamentos ou considerar as respostas para outros quesitos vindouros.

Através dos relatos de experiências dos entrevistados, buscamos entender como as trajetórias dos líderes se relacionam com o processo de gerenciamento de não conformidades. Isso inclui a forma de lidar e compreender o sistema, de interagir com os colaboradores envolvidos nas notificações, de tratar as situações não conformes e de identificar oportunidades de mudanças nos processos.

O quadro abaixo detalha a estrutura do questionário aplicado em ambas as entrevistas.

Quadro 8 – Estrutura do questionário da entrevista

Categorias	Dimensões	Variáveis
Líder	Perfil do líder	<ul style="list-style-type: none"> – Idade, raça, sexo
	Formação acadêmica	<ul style="list-style-type: none"> – Área de formação – Tempo de profissão
	Promoção para líder	<ul style="list-style-type: none"> – Tempo de atuação como líder – Habilidades e competências pessoais – Auto avaliação enquanto líder
	Trajetória na liderança	<ul style="list-style-type: none"> – Dificuldades vivenciadas
Não conformidades	Percepção líder	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema de notificação

Quadro 8 – Estrutura do questionário da entrevista

Categorias	Dimensões	Variáveis
	Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> – Análise prevalência – Uso de ferramenta de investigação – Abordagem ao colaborador – Intereração com clientes (desafios) – Habilidades e competências – Resultados possibilitados
	Mudanças	<ul style="list-style-type: none"> – Impactos positivos e negativos – Obtenção de apoio

Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.2.3 Estratégia de análise de narrativas

O método adotado para análise das entrevistas teve como estratégia preliminar a transcrição das entrevistas na íntegra, com o auxílio do recurso das gravações de áudio, que subsidiou também a conferência posterior da acurácia das transcrições das narrativas. Para melhor acompanhamento dos tópicos a serem analisados, foi adotada a estratégia de descrição da narrativa na sequência de cada questionamento do questionário de pesquisa.

A partir da estratégia supracitada conseguimos agrupar os elementos das narrativas das lideranças por tópicos afins de modo a identificar as convergências e divergências tanto na percepção das mesmas quanto nas suas formas de exercício da função. A análise das narrativas possibilitou observar que na maioria das vezes houve pontos de convergência dos pensamentos e condutas, e que a diferença percebida se caracterizou mais como complementaridade das abordagens.

O estudo das narrativas nos possibilitou entender as nuances que envolvem o exercício da liderança e identificar que as maiores dificuldades enfrentadas não estão necessariamente relacionadas ao “eu líder”, suas habilidades e competências, mas sim na relação com o “outro líder” que não possui o amadurecimento necessário para compreender a gestão da qualidade por meio das notificações de não conformidades como uma ferramenta de auxílio à gestão.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas as estratégias de análise dos materiais empíricos que incluem a caracterização do sistema de notificações de não conformidades, a análise do banco de dados dele obtido, que possibilitou a caracterização das ocorrências, e as entrevistas com as lideranças dos serviços diagnósticos de imagem e análise laboratorial, que possibilitou a coleta das percepções destas sobre o sistema de notificações de não conformidades e o quanto estas se utilizam da ferramenta para promoção de mudanças nos processos operacionais. Mas antes de adentrar no universo do estudo das não conformidades, julgamos oportuno trazer mais informações sobre a caracterização da instituição hospitalar objeto deste estudo, de modo a possibilitar melhor compreensão dos resultados encontrados.

O estudo foi conduzido em um hospital geral, de alta complexidade, de natureza filantrópica, que presta serviços de saúde à população da cidade de Salvador e do interior do estado, nas mais diversas especialidades. Possui uma vastidão de serviços médicos, gerais e especializados, que inclui serviços ambulatoriais, diagnósticos e tratamento, pronto atendimento, centros cirúrgicos, além de 327 leitos distribuídos entre unidades de internação e terapia intensiva. Possui o regime de corpo clínico misto, com profissionais médicos atuantes em regime celetista e também por cadastro médico, além de um corpo funcional estruturado em aproximadamente 2.700 funcionários.

A instituição se destaca pela cultura voltada para a qualidade através da busca constante do aprimoramento dos processos. A seção a seguir exemplificará esse propósito ao discorrer sobre o sistema de notificação de não conformidades desde a sua concepção até a operacionalização atual, perpassando a estruturação do sistema, a rotina de notificação pelos profissionais de saúde, o tratamento das não conformidades pelas lideranças e a explanação sobre o método de interação da área Gestão da Qualidade com o processo de gerenciamento de não conformidades.

5.1 O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E O MÉTODO DE TRATAMENTO DAS NÃO CONFORMIDADES DA UNIDADE HOSPITALAR

O sistema de notificação de não conformidades foi desenvolvido e implantado na instituição objeto do estudo em 2011, ano em que a instituição se preparava para progressão do selo de certificação da qualidade da acreditação hospitalar do Nível 1 para o Nível 2 na ocasião

pertencente ao programa da ONA. Além do cumprimento dos critérios de qualidade e segurança instituídos pela metodologia para o nível anterior, o patamar almejado exigia da instituição o cumprimento dos padrões para uma gestão integrada, que quer dizer a fluidez dos processos e a plenitude da comunicação entre os segmentos hospitalares.

A estratégia adotada naquele ano pela GQ para promoção da interação necessária foi a realização de reuniões de alinhamento entre as áreas clientes e fornecedoras para estabelecimento de contratos intersetoriais que especificavam os papéis e responsabilidades de cada uma das partes na execução das atividades e também os critérios e prazos de resposta para os serviços prestados pelas áreas fornecedoras. Os acordos foram documentados em um instrumento normativo do sistema de gestão da qualidade e obtida a anuência das partes envolvidas através das assinaturas nos referidos contratos.

Na ocasião, a GQ viabilizou entrevistas com as lideranças das áreas, elencou as situações que passariam a ser caracterizadas como não conformidades e solicitou à área de Tecnologia da Informação (TI) a construção da ferramenta de notificação, que originou a tipologia das não conformidades do banco de dados. Além das situações previstas nos contratos, também são objetos de notificação situações que se caracterizem como descumprimentos a legislações, normas e diretrizes institucionais, que podem ter sido infringidas por qualquer dos envolvidos no processo. O sistema é acessível a todo o corpo funcional da instituição por ficar disponibilizado na intranet, canal utilizado para compartilhamento e troca de informações sobre a organização. A ferramenta foi desenvolvida a partir do recurso *SharePoint da Microsoft Office* que se caracteriza como uma página de navegador *web*, que foi parametrizada para servir de canal de reporte das notificações pelos colaboradores.

Importante destacar que o objetivo da ferramenta era ser um instrumento de comunicação das quebras dos acordos intersetoriais e outras situações não conformes ocorridas no ambiente hospitalar, sem pretensão de expor os colaboradores envolvidos no contexto relatado. Dessa forma, a área de GQ pleiteou a TI a consideração de algumas premissas na formulação do sistema de modo a assegurar o anonimato do notificador.

A preocupação com o sigilo do reportador se estabelece por dois motivos: necessidade de se ter ciência das falhas de processos sem que o profissional esteja preocupado em ser identificado e para evitar conflitos interprofissionais, uma vez que a ciência do notificador por parte do notificado poderia ser entendida como delação e causar atritos profissionais. O profissional relator da não conformidade ao registrar a ocorrência necessita informar a sua matrícula funcional, mas esta informação não fica visível ao término da notificação, sendo de

conhecimento restrito da área da GQ, para aquelas situações em que se façá necessária a obtenção de algum esclarecimento complementar.

Importante ressaltar que as premissas de não exposição dos colaboradores envolvidos na situação contemplam também a supressão, por parte da GQ, de qualquer menção aos nomes dos profissionais que porventura estejam citados no registro, antes do encaminhamento da notificação para a área notificada. Também é de acesso exclusivo da GQ a visualização do banco de dados gerado a partir das notificações, que serve de base para a construção das estatísticas sobre o perfil institucional e setorial das não conformidades.

As estratégias de preservação da identidade do notificador, supressão de informações que possibilitem a identificação dos profissionais e a restrição de consulta ao banco de dados somente pela área da GQ se configuram como métodos de prevenção de conflitos e estímulo à notificação.

Na ocasião da implantação do sistema, de fato havia maior resistência dos profissionais à notificação e com isso a adesão era baixa, provavelmente por ser considerada uma ferramenta que possibilitava apontar falhas individuais. Ao considerar o índice mensal atual de notificações, podemos considerá-la de ampla utilização pelos profissionais no cotidiano, assim como posicioná-la como uma ferramenta já sedimentada na cultura organizacional.

Desde a sua criação, a ferramenta passou por constantes atualizações cadastrais, com padronização e despadronização de opções até se chegar ao perfil demonstrado no quadro 9 que referencia a tipologia das não conformidades vigentes no ano de 2021. As 73 opções de situações não conformes foram agrupadas em 16 áreas temáticas de modo a direcionar melhor o profissional notificador na localização da opção a ser notificada.

Quadro 9: Tipologia das Situações Não Conformes Passíveis de Notificação no Ano 2021

Área temática	Tipologia das Não Conformidades
Comunicação	1 Ausência de comunicação de reação transfusional 2 Ausência de registro de acompanhamento transfusional 3 Ausência/ Erro de registro em prontuário 4 Falha na passagem de plantão (ausência, atraso, incompleta)
Dieta	5 Atraso no recolhimento de utensílios 6 Dieta imprópria para consumo (estragada, temperatura) 7 Falha em rótulo de dieta NPT/TNE (sem rótulo, erro no preenchimento) 8 Falha no fornecimento de dieta (ausência, atraso, erro) 9 Utensílios impróprios para uso (sujos, quebrados) 10 Vazão errada de dieta*
Enxoval	11 Acondicionamento/ Uso inadequado do enxoval 12 Atraso na entrega de enxoval 13 Enxoval impróprio para uso (sujidade, avarias, outra instituição)

Quadro 9: Tipologia das Situações Não Conformes Passíveis de Notificação no Ano 2021

Área temática	Tipologia das Não Conformidades
Equipamento/ Infraestrutura	14 Enxoval insuficiente/ excedente
	15 Atraso no atendimento da manutenção corretiva
	16 Atraso na manutenção preventiva
	17 Dano ao patrimônio/ equipamento eletromédico
Equipe de saúde	18 Indisponibilização de equipamento para manutenção preventiva
	19 Atraso de cirurgião
	20 Atraso na retirada do paciente da tela pós-alta
	21 Ausência de TCLE/ Preenchimento incompleto
	22 Dispositivo ou Curativo (sem data, vencido, inadequado)
	23 Falha na dispensação de hemocomponentes
	24 Falha na esterilização (invólucro, integridade)
	25 Falha na prestação do cuidado
	26 Falha no controle glicêmico (aprazamento, intervalo aferição)
Exames	27 Montagem errada de kits e caixas cirúrgicas
	28 Obstrução/ Resistência de cateter
	29 Atraso na entrega de laudo/ resultados
	30 Atraso na realização de exames
	31 Ausência/ Atraso de informação de coleta
	32 Ausência/ Atraso na coleta de amostras
	33 Ausência/ Atraso no reporte de resultados críticos*
	34 Ausência/ Atraso no transporte de amostras
	35 Ausência/ Demora na informação de recoleta
	36 Erro na coleta de amostras (prescrição errada, acondicionamento, material)
Higienização	37 Erro no laudo/ resultados*
	38 Informação de coleta indevida
	39 Suspensão de exames
Leito	40 Atraso na higienização/ recolhimento de material sujo
	41 Higienização insatisfatória/ Não realizada
	42 Ocorrência de pragas
Material/ Medicamento	43 Bloqueio indevido de leito
	44 Ocupação do leito após alta hospitalar
	45 Uso indevido do leito higienizado
Paciente	46 Atraso na entrega de mat/med*
	47 Erro de dispensação (duplicada, incompleta, embalagem, integridade)
	48 Falha na devolução de mat/med (sem identificação, tardia, acondicionamento)
	49 Falta de mat/med no estoque local
	50 Requisição de mat/med em duplicidade
Prescrição Médica	51 Atraso/ Erro no internamento (acomodação, MA, TCLE, pré-anestésica)
	52 Falha no preparo do paciente (atrasado, inadequado)
	53 Ausência/ Erro de prescrição médica*
	54 Falha na validação farmacêutica da prescrição (ausência, atraso, erro, bloqueio sem comunicação)
Protocolos	55 Prescrição de exame em duplicidade
	56 Solicitação de exame fora da ronda
	57 Ausência/ Erro na demarcação de lateralidade
	58 Falha na identificação do paciente*
Resíduos	59 Falha/ Problema com jejum
	60 Não adesão ao protocolo
Resíduos	61 Descarte inadequado de pérfurso cortante

Quadro 9: Tipologia das Situações Não Conformes Passíveis de Notificação no Ano 2021

Área temática	Tipologia das Não Conformidades
Transferência intrahospitalar	62 Descarte/ Acondicionamento inadequado (resíduos, utensílios)
	63 Atraso na movimentação/ transferência eletrônica do paciente
	64 Ausência/ Atraso na transferência de mat/med
	65 Erro de transferência (unidade destino, sem prontuário físico)
Transporte intrahospitalar	66 Atraso no transporte/ encaminhamento de paciente
	67 Ausência de comunicação do transporte
	68 Ausência/ Atraso liberação do paciente para transporte
	69 Falha no equipamento de transporte
	70 Erro na solicitação de transporte (duplicada, sem informações, antecipada)
	71 Erro no transporte (troca de pacientes, acomodação, destino)
Sistemas	72 Transporte inadequado (equipe, paciente instável, equipamento inapropriado)
	73 Problemas com sistema eletrônico (lentidão, inoperância, erro, impressão...)
	74 Outros

*Estas situações também são notificadas enquanto eventos adversos ao identificar o atingimento do paciente lhe causando um dano de menor ou maior gravidade, que pode envolver consequências para assistência ao paciente, tomada de conduta médica ou retardo diagnóstico.

Fonte: Elaboração própria com base no Sistema de Notificação de Não Conformidades da Instituição, 2024.

Caso a situação não conforme a ser relatada não esteja na lista das opções cadastradas é possibilitado ao notificador escolher a opção “Outros”, demonstrada acima na 74ª posição, seguida da descrição detalhada da ocorrência. A Gestão da Qualidade analisa diariamente as notificações e caso perceba que foi feita a escolha desta opção, mas que existia no banco de dados outra opção relativa que melhor se adequa ao contexto da notificação, procede a substituição da tipologia antes do endereçamento à liderança do setor atuado. É também responsabilidade da GQ realizar a atualização cadastral do sistema com a incorporação de novas tipologias de não conformidades, se percebido o aumento de registros de alguma situação não padronizada.

A notificação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde das mais diversas categorias: enfermagem, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, auxiliares, dentre outros, inclusive aqueles que atuam em áreas administrativas.

O fluxo operacional de notificação estabelece que o profissional ao evidenciar ou ter ciência de uma situação não conforme deve relatar a ocorrência no sistema com o registro das seguintes informações: matrícula funcional, função e setor ao qual pertence, se a ocorrência está relacionada ao paciente e, em caso positivo, informar o número de identificação do atendimento do mesmo na instituição, o setor responsável pela situação não conforme, a tipologia da situação não conforme (vide quadro 9), descrição detalhada da ocorrência, o turno e a data de ocorrência da não conformidade. É possibilitada ao notificador a inserção de

arquivos na notificação como imagens e documentos (em diversos formatos – *JPG, PDF, Word, Excel*), que podem servir como evidência comprobatória da situação não conforme relatada.

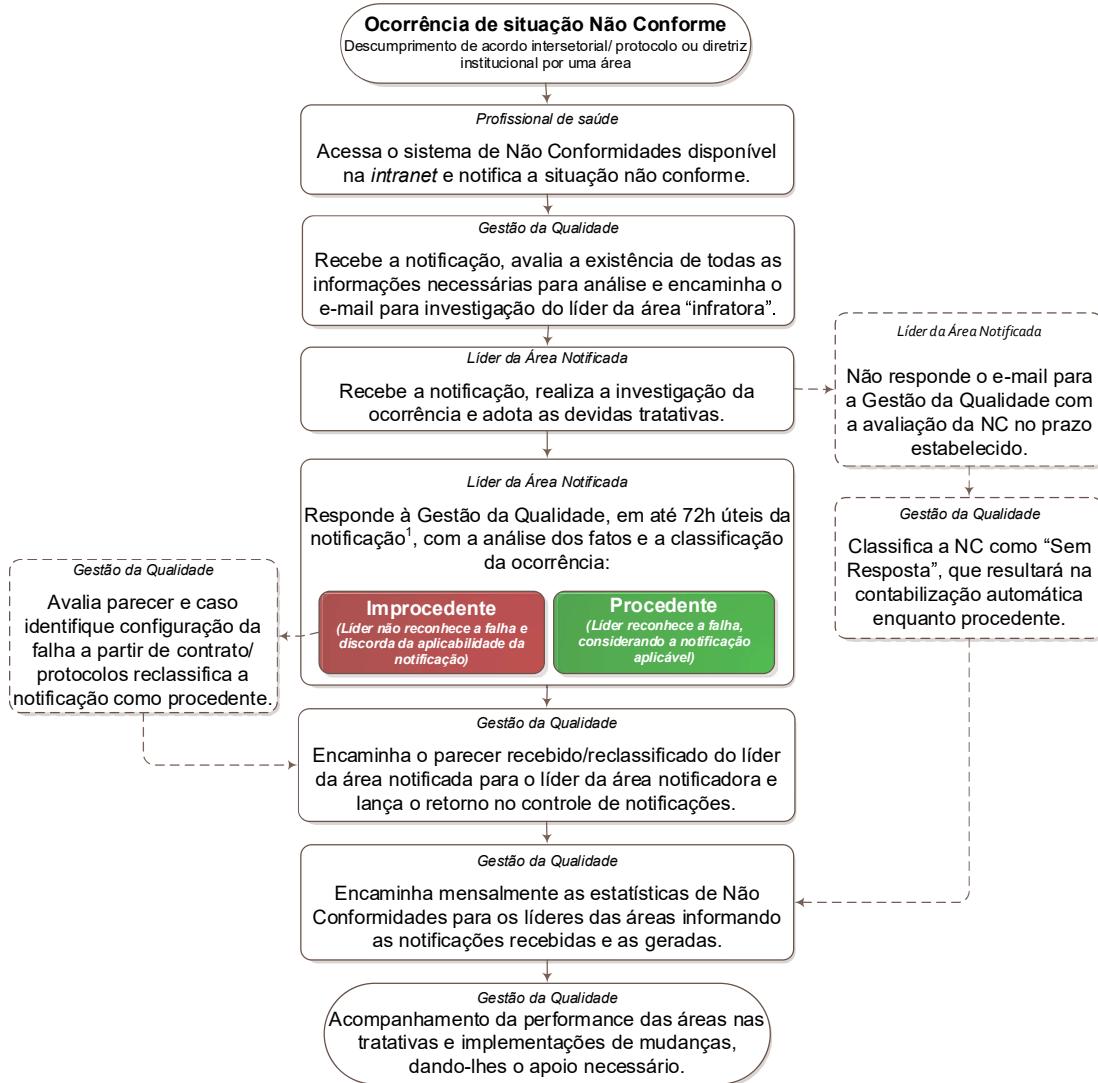
Finalizado o registro supracitado, o sistema automaticamente gera um número de identificação para a não conformidade relatada e direciona um e-mail para a GQ com o resumo da notificação, com supressão da informação da matrícula funcional do colaborador notificado. A área da GQ ao receber o e-mail avalia a notificação, no que diz respeito a existência de todas as informações necessárias para a avaliação da ocorrência e redireciona-o para o líder do setor notificado o qual tem um prazo de até 72h úteis para retorno com o parecer sobre a investigação realizada, que poderá ser classificado em *procedente*, caso o líder reconheça a ocorrência da falha ou *improcedente*, caso este discorde da notificação dizendo ser inaplicável o registro.

Diante do retorno do líder a QG analisa o parecer e direciona a resposta para o líder do colaborador que fez o registro da não conformidade para que este tenha ciência da tratativa adotada pelo outro líder frente a ocorrência daquela não conformidade. Embora a classificação da ocorrência esteja na esfera do líder da área notificada, esta deve ser embasada nas normas e diretrizes institucionais amplamente difundidas nos protocolos e acordos intersetoriais firmados entre as áreas. Nas situações em que seja observado impasse de caracterização da ocorrência por ambas as partes (notificado e notificado) a GQ intervém e assegura a classificação oportuna baseada nas normas ou na jurisprudência organizacional.

Isso significa dizer que caso a GQ identifique que o líder classificou a ocorrência como improcedente, mas as evidências comprovam a configuração da falha, seja pela existência de cláusulas nos contratos intersetoriais ou diretrizes nos protocolos/normas institucionais com a configuração da infração, cabe à GQ reclassificar a ocorrência atribuindo-lhe a procedência cabível e notificar as áreas envolvidas sobre a classificação final.

As notificações são computadas pela GQ e retornadas aos gestores mensalmente em forma de relatório de indicadores para realização da análise crítica dos resultados que deve contemplar mapeamento das causas, identificação das prioridades de intervenção (considerando gravidade e/ou prevalência) e definição de ações intervencionistas com foco na melhoria dos resultados evidenciados. Abaixo é demonstrado o fluxo operacional que envolve o processo de gerenciamento de não conformidades.

Figura 1: Fluxograma Operacional para Notificação de Não Conformidades



Fonte: Elaboração própria a partir da ciência do fluxo operacional de gerenciamento das notificações de não conformidades na instituição, 2024.

O fluxograma acima demonstra nos processos pontilhados pontos de conflitos que permeiam a gestão de não conformidades que são: a ausência de resposta ao tratamento das não conformidades e a categorização de improcedência para notificações que à luz dos contratos e dos protocolos institucionais são reconhecidas como válidas, se caracterizando, portanto, como subterfúgios de conduta dos líderes que impactam no gerenciamento efetivo do processo.

Um aspecto de grande relevância nesse processo, a despeito do primeiro conflito, refere-se ao índice significativo de ocorrências que aparentemente ficam sem tratativa. Tal suposição é sustentada pela performance evidenciada nos resultados relacionados à ausência de resposta às notificações, que apesar de ser estabelecido um prazo de 03 dias úteis para que as não

conformidades sejam analisadas e posicionadas pelo líder quanto a procedência ou não do registro, e também ser tolerada que a resposta seja dada durante todo o mês de referência da notificação até os 5 primeiros dias úteis do mês subsequente, ainda assim, o índice de ausência de resposta pelo líder ainda é significativo.

Identificamos também como um fator relevante ocasionado por essa liberalidade o prejuízo na qualidade da apuração, pois acreditamos que o distanciamento temporal entre a data da ocorrência e a análise do gestor dificulta a identificação dos reais fatores influenciadores da ocorrência, principalmente dada a forte probabilidade dos atores envolvidos não se recordarem dos fatos, o que fragiliza o resultado do tratamento das não conformidades, que poderá não ser efetivo e com isso as ocorrências podem permanecer como recorrentes no banco de dados da Gestão da Qualidade.

O segundo conflito pontuado no diagrama se caracteriza quando ao reclassificar as não conformidades de improcedente para procedente a GQ adquire animosidade por parte de alguns líderes que adotam condutas reativas no relacionamento interpessoal, sem o devido entendimento da imparcialidade adotada pela GQ na apuração das ocorrências, o que resulta em problemas de interação.

O processo de investigação e tratativa das não conformidades ocorre conforme o *modus operandi* de cada líder. Isto significa dizer que não há oficializada na instituição uma ferramenta da qualidade para documentação desse processo para devolutiva à GQ. O líder aplica a ferramenta que lhe aprouver para identificar a causa raiz da ocorrência, mapear os fatores contribuintes correlatos e o resultado da análise deve ser transposto para o e-mail com a especificação das ações de melhoria identificadas e/ou aplicadas. Na prática observamos que este é um ponto nevrálgico no processo de gestão das não conformidades, uma vez que majoritariamente nos deparamos com líderes que respondem os e-mails de tratativas com um simples “*acato*” enquanto resposta, sem nenhum desdobramento da análise do nexo causal das ocorrências e tão pouco das ações intervencionistas aplicadas às mesmas.

Enquanto GQ nos vemos nesse contexto restritos à adoção de educação continuada e sensibilização das lideranças para que estas reconheçam a importância do real tratamento das NC como fonte de informação para subsídio à gestão. Observamos que o simples posicionamento do *acatado* ou *procedente* emitido pelo líder se configura como uma estratégia de encerramento do processo investigativo sem dar lugar a necessidade de maiores desdobramentos. Acreditamos ainda que esta tratativa aparentemente superficial possa ser adotada também para qualificação da performance de resposta às notificações que é acompanhada como um indicador de monitoramento de desempenho do processo. Neste caso

o indicador estará favorável no que tange o percentual de respostas às notificações, mas por limitação do processo não refletirá a qualidade da tratativa dos casos.

No capítulo seguinte demonstramos os resultados do ano 2021 referente ao processo de gerenciamento de não conformidades que possibilitam a compreensão dos entraves aqui mencionados por meio de dados.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES NO ÂMBITO ORGANIZACIONAL

Esta seção objetiva apresentar dados estatísticos demonstrados em frequências absolutas e/ou relativas em forma de tabelas, quadros e gráficos sobre variáveis relacionadas ao universo das não conformidades no âmbito organizacional, de modo a traçar o perfil da instituição neste campo.

Importante destacar que a área de Gestão da Qualidade é a responsável pelo gerenciamento das notificações de não conformidades, que envolve a compilação dos dados, elaboração e divulgação de relatórios gerenciais com o perfil e a caracterização das ocorrências. Logo, o banco de dados utilizado como fonte de análise neste capítulo foi oriundo deste serviço.

O banco de dados das notificações de não conformidades da instituição aponta que no ano de 2021 foram realizados 2.311 registros de situações não conformes. Destes apenas 05 foram cancelados: 02 por não serem caracterizados como não conformidades e sim como queixas sobre o relacionamento interpessoal dos profissionais, 02 cancelamentos solicitados pelas próprias áreas notificadoras¹ em arrependimento aos registros realizados sob alegação de terem percebido não haver configuração da NC e 01 cancelamento por duplicidade da notificação, quando por algum motivo o sistema gerou duas ocorrências com a mesma descrição e especificações. Os registros cancelados não são dados ciência às áreas que receberiam as notificações, ficam restritos ao domínio da GQ.

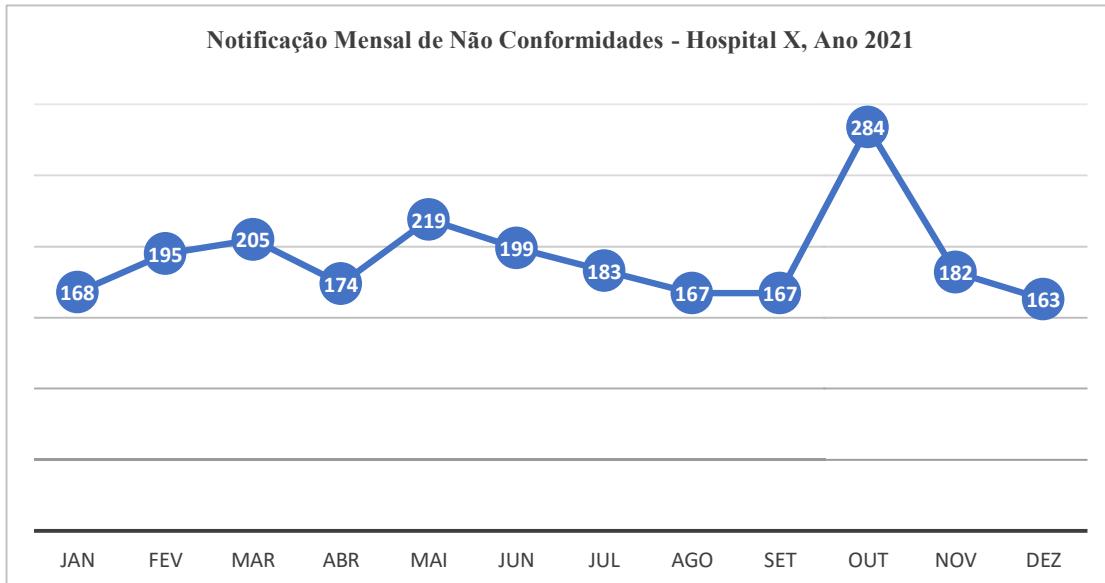
Dito isto, consideramos como o quantitativo de notificações do ano do estudo o total de 2.306 registros de NC. Ou seja, aqueles que completaram o ciclo inicial do processo que contempla além do registro no sistema a avaliação da GQ e encaminhamento para a área notificada. Aqui ainda não está em pauta a pertinência da notificação, etapa a *posteriori* que

¹ Nesses casos os cancelamentos foram solicitados antes da Gestão da Qualidade ter direcionado a notificação para a área “infratora”.

será considerada após recebimento e análise da mesma pelo gestor da área notificada, ou seja, após a resposta à tratativa das notificações recebidas.

A Figura 2 a seguir demonstra a quantidade de notificações de não conformidades efetuadas no sistema da organização sem considerar a análise de pertinência das mesmas.

Figura 2: Panorama das Notificações de Não Conformidades – Hospital X, Ano 2021



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração Própria, 2024.

O panorama das notificações demonstra uma média aproximada de 192 ocorrências/mês. O sobressalto no mês de outubro foi justificado por ter havido ciclos de treinamentos na instituição, para a equipe de enfermagem, que teve como temática a notificação de incidentes e não conformidades, comprovação de que a educação permanente é uma importante aliada para o fortalecimento da cultura de qualidade (AMESTOY, *et al.*, 2013). Ademais, cabe considerar que diante da complexidade da instituição, os dados aqui evidenciados podem refletir subnotificação de ocorrências, mas apesar disso, ao tomar por base a experiência desta pesquisadora na gestão da qualidade, podemos encará-los como um fortalecimento da cultura de notificação, tendo em vista o seu histórico.

A Tabela 3 abaixo constata a importância da equipe de enfermagem, mais especificamente do profissional enfermeiro, no processo de notificação de não conformidades, quando demonstra que esta categoria profissional ocupa a posição de maior representatividade enquanto notificador de não conformidade, o que nos leva a interpretar que por ser estes profissionais a representação da personificação do responsável pelo cuidado ao paciente, eles

podem concentrar em si toda e qualquer notificação que direta ou indiretamente digam respeito à assistência prestada ao cliente. Isso significa dizer que ocorrências detectadas por outros profissionais podem ter sido reportadas aos enfermeiros para que estes procedessem à notificação no sistema.

Tabela 3: Distribuição das Notificações por Função Profissional do Notificador

Profissional notificador	Nº notificações	(%)
Enfermeiro(a)	867	42,86
Chefe/ Líder/ Supervisor/ Fiscal/ Encarregado	197	9,74
Médico(a)	132	6,52
Técnico(a) de Enfermagem	99	4,89
Função não declarada*	97	4,79
Bioquímico(a)/ Biomédico(a)	92	4,55
Farmacêutico(a)	79	3,91
Técnico(a) em Equipamentos	76	3,76
Técnico(a) de Logística Farmacêutica	72	3,56
Supervisor/ Fiscal/ Encarregado	52	2,57
Estagiário/ Trainee/ Residente	44	2,17
Analista	43	2,13
Assistente/ Auxiliar Administrativo	33	1,63
Técnico(a) em Suprimentos	24	1,19
Técnico(a) em Meio Ambiente	23	1,14
Outras funções**	16	0,79
Médico(a) Time de Resposta Rápida	14	0,69
Auxiliar de Serviços Hospitalares	13	0,64
Técnico(a) em Gestão de Leitos	11	0,54
Concierge	9	0,44
Nutricionista	9	0,44
Coordenador(a)/ Assessor(a)/ Gerente	7	0,35%
Técnico(a) de Radiologia	7	0,35%
Técnico(a) em Telecomunicações	7	0,35%

*Função não declarada diz respeito às notificações em que os profissionais notificadores não preencheram a informação da função que ocupavam na instituição.

**As outras funções são aquelas que não tiveram número representativo de notificações: Técnico de Almoxarifado (4), Recepção (3), Técnico em Eletrocardiograma (2), Técnico de Laboratório (2), Técnico Administrativo (1), Técnico de Pessoal (1), Agente de Portaria (1), Ajudante de Governança (1) e Auxiliar de Transporte (1).

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

O desempenho organizacional aponta baixa adesão dos líderes à diretriz institucional de resposta plena às notificações de não conformidades, o que resulta na incerteza do efetivo tratamento das mesmas. A Tabela 4 mostra a performance dos líderes ao retorno à Gestão da Qualidade com a evidência da análise e tratamento das notificações recebidas.

Tabela 4: Performance dos Líderes no Tratamento das Notificações de Não Conformidades

	Nº absoluto	Frequência
Notificações respondidas	1.527	66,21%
Notificações sem resposta	779	33,79%
Total de Notificações	2.306	100%

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

O baixo desempenho dos líderes para resposta às notificações torna ainda mais prejudicado ao considerar os retornos em até 3 dias (conforme política institucional) uma vez que a taxa global de resposta cai de 66,21% para 51%. Embora o tempo médio geral de tratamento gire em torno de 2,7 dias, para melhor compreensão da performance dos líderes nesse quesito, optamos por demonstrar na tabela 5 o tempo de resposta categorizado e em frequências absoluta e relativa.

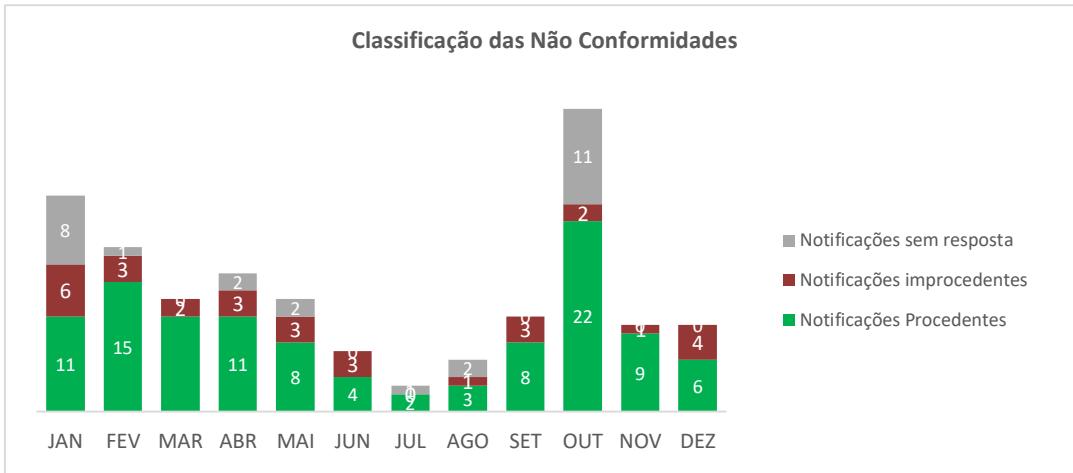
Tabela 5: Tempo de Análise e Resposta dos Líderes às Notificações de Não Conformidades

Tempo de resposta	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Categorização do tempo de resposta
Mesmo dia	672	44,01%	Dentro do prazo institucional
1 a 3 dias	507	33,20%	
4 a 10 dias	228	14,93%	
Superior a 10 dias	120	7,86%	Fora do prazo institucional
Total de Notificações respondidas	1.527	100%	

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

A resposta dada pelo líder tem como racionalidade a avaliação da procedência ou não da notificação e no caso desta ser caracterizada como válida, ele precisa documentar a rastreabilidade realizada no processo de investigação e as ações corretivas e preventivas implementadas no processo de tratamento. A Figura 3 demonstra o quantitativo mensal das ocorrências que não foram analisadas e respondidas pelos líderes assim como aquelas que foram classificadas pelos mesmos como procedentes e improcedentes.

Figura 3: Classificação das Não Conformidades após Análise dos Líderes



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Ao considerar que as notificações de NC passam pelo crivo das lideranças quanto à legitimidade das mesmas e que estas são confirmadas pela Gestão da Qualidade, visando tornar mais efetivo o gerenciamento das NC, foi adotada como política institucional a contabilização estatística das ocorrências com exclusão dos registros que foram classificados pelos gestores como *improcedentes*. Isso significa dizer que para o gestor da área notificada a situação dita não conforme não se caracterizava de fato, se configurando como um registro equivocado do profissional notificador. Há aqui um viés que é a possível resistência do líder em aceitar notificações, o que o faz adotar a postura negacionista dos fatos e isso requer da GQ um olhar mais atencioso na apuração da veracidade da improcedência de modo a não comprometer o gerenciamento efetivo do banco de dados.

Com isso, os registros considerados como válidos, ou seja, que são contabilizados para análise de desempenho dos processos, são aqueles classificados como procedentes somados aos que não foram respondidos pelas lideranças. A premissa desta associação se dá pelo fato de ter sido oportunizado ao líder o direito de manifestação sobre a pertinência ou não da notificação e a ausência de retorno passa a ser caracterizada como concordância com o registro, em similaridade ao que diz o ditado popular “*quem cala consente*”.

A seguir a tabela 6 demonstra as frequências absoluta e relativa das notificações de não conformidades após a classificação de (im)procedência pelos líderes assim como aquelas não respondidas por estes.

Tabela 6: Classificação da (Im)Procedência das Notificações de Não Conformidades, Hospital X, Ano 2021

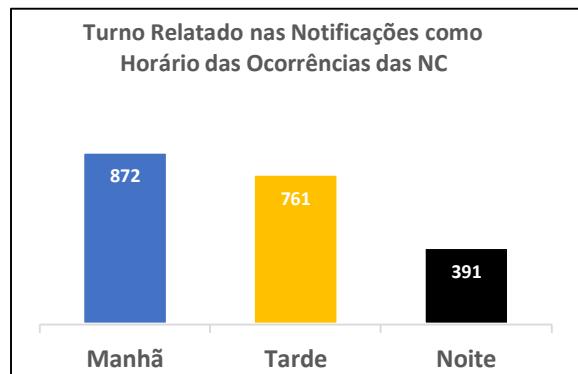
Classificação da NC	Nº absoluto	Frequência
Notificações procedentes	1.244	53,95%
Notificações improcedentes	283	12,27%
Notificações sem resposta	779	33,78%
Total de Notificações	2.306	100%

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Em consonância com a prática organizacional de gestão das não conformidades, a partir daqui este estudo se restringe a apresentar os dados estatísticos das ocorrências consideradas válidas (procedentes + sem resposta), desconsiderando os registros classificados como improcedentes. Desse modo, o banco de dados para esse estudo reduz de 2.306 para 2.023 notificações de não conformidades – procedentes ($n=1.244$; 61,49%); sem resposta – ($n=779$; 38,59%).

As notificações válidas demonstram prevalência no período matutino, caracterizavam-se por ter o envolvimento, de algum modo, com os processos relacionados à assistência ao paciente, foram realizadas em sua maioria por profissionais enfermeiros e tem as principais áreas de apoio e serviços diagnósticos como os maiores alvos de notificação.

Figura 4: Turno das Ocorrências de Não Conformidades na Unidade Hospitalar



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Figura 5: Envolvimento² das Não Conformidades com processos relacionados aos Pacientes



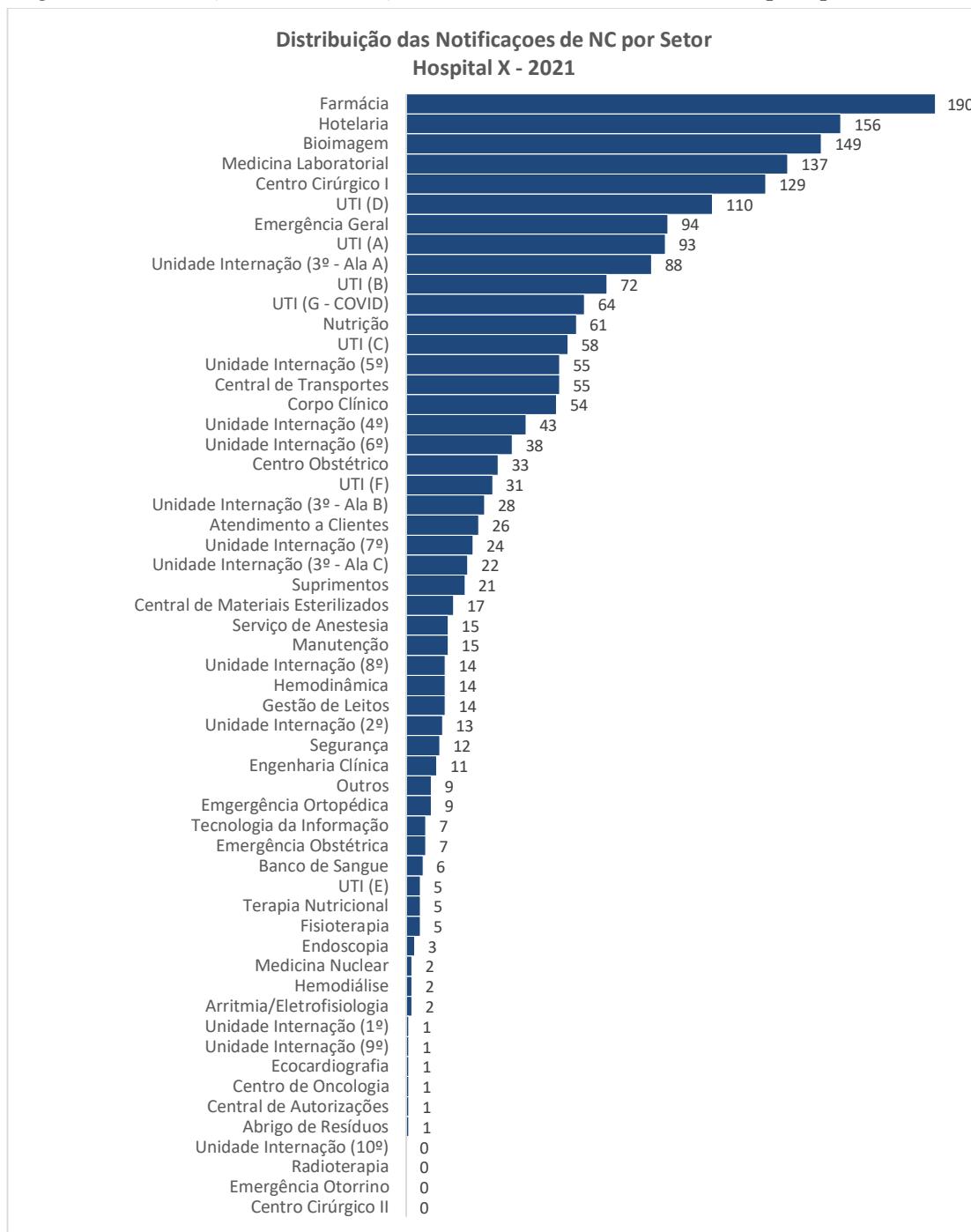
Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

² Envolvimento do paciente significa dizer que a ocorrência de não conformidade se relacionou com algum processo da assistência ao paciente, não pertencente aos processos do *backoffice* (administrativos).

Tomando por base a experiência profissional, algumas hipóteses podem ser levantadas a partir do cenário exposto. A primeira delas é que a sobressalência das ocorrências no período da manhã pode ser motivada pela dinâmica cultural do serviço, em que pese ser o turno matutino o de maior interação da equipe multidisciplinar para a prestação da assistência, a exemplo da realização da visita médica, programação de exames e procedimentos, realização de higiene e medicação dos pacientes, liberação de alta hospitalar, discussão de casos clínicos, entre outros. Rotinas estas que justificam, por conseguinte, a prevalência das ocorrências com referência a envolvimento com os processos relacionados ao paciente, que também pode ser associada a cultura de notificação apresentar maior solidificação entre as áreas assistenciais em detrimento das administrativas.

A terceira hipótese é que as áreas que mais se destacam como os principais alvos de notificação de não conformidades Farmácia, Hotelaria, Bioimagem e Medicina Laboratorial são também aquelas que representam as maiores fornecedoras de subsídios de operação para as unidades assistenciais, e com isso podemos inferir que o impacto causado por estas no planejamento da assistência seja a principal razão das notificações. A figura 6 infracitada demonstra que, somadas, essas áreas equivalem a aproximadamente 31% das notificações institucionais, o que as caracterizam como processos potenciais de intervenções de melhorias.

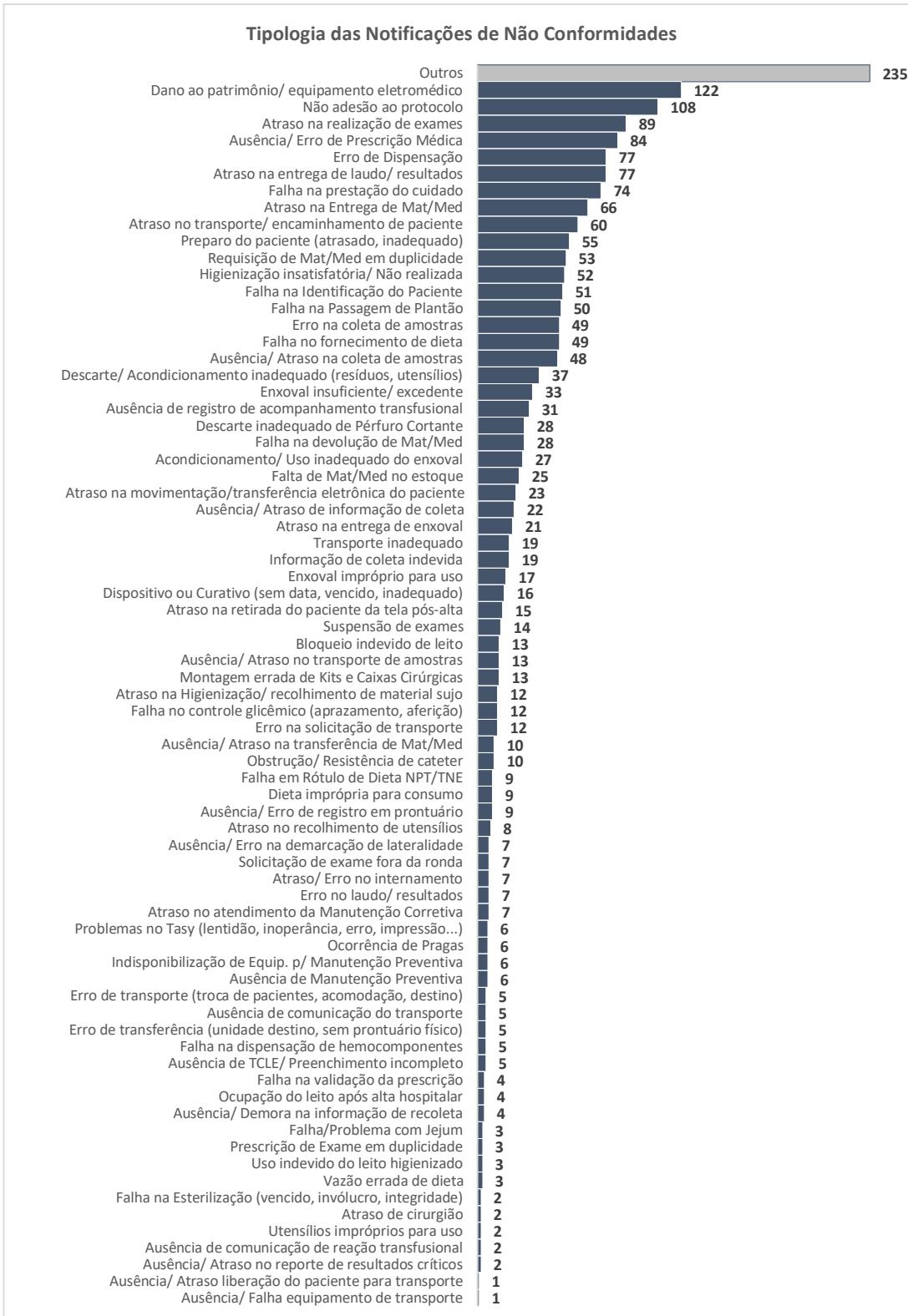
Figura 6: Distribuição das Notificações de Não Conformidades do Hospital por Setor



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

A tipologia das notificações complementa a caracterização das ocorrências de NC a qual está demonstrada na figura 7 a seguir, na ordem de prevalência delas:

Figura 7: Tipologia das Notificações de Não Conformidades



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

O cenário supracitado demonstra pulverização das ocorrências o que direciona a necessidade de estabelecimento de algumas frentes de intervenção para a melhoria gradativa dos processos. A escala de priorização pode levar em consideração o estudo do impacto das mesmas para a organização, seja a nível de comprometimento da qualidade e segurança assistencial ou da sustentabilidade financeira, como exemplo. Chama atenção o fato de estar no topo das notificações as ocorrências de *dano ao patrimônio/ equipamento eletromédico e não adesão ao protocolo*, ambos estão diretamente relacionados ao modo de operação do profissional de saúde. O primeiro considera que o descuido na operacionalização do equipamento é a principal motivação para o acionamento de equipe especializada para a realização de manutenção corretiva e o segundo diz respeito ao descumprimento das rotinas e diretrizes estabelecidas nos protocolos assistenciais que determinam o modo de operação das atividades.

Importante destacar que em ambas as situações a sustentabilidade organizacional pode estar afetada por custos desnecessários para o sistema. O primeiro porque a manutenção corretiva pode requerer a aquisição de peças para a efetivação do reparo do equipamento ou ainda a substituição do mesmo no caso de o dano ser irreparável. E a segunda pode ocasionar a utilização não otimizada de recursos (consumo demasiado de materiais e medicamentos) além de riscos a pacientes e profissionais que podem ocasionar respectivamente no prolongamento do internamento ou no afastamento do trabalho, por exemplo, e resultar em custos indiretos para o sistema que comprometam a saúde financeira da organização.

Voltemos para o cenário da tipologia das ocorrências para explicar que a opção “outros” demonstrada no topo da apresentação gráfica, diz respeito àquelas situações em que o colaborador notificador entendeu que no rol de opções de não conformidades cadastradas não havia uma descrição que atendesse ao que ele desejava relatar, impulsionando a escolha desta opção.

Como a área de GQ avalia todas as notificações, se nesse momento perceber que a descrição da ocorrência condiz com algum dos tipos de não conformidades já cadastrados no sistema, é possibilitada a esta área a adequação do registro com a classificação do tipo correto da NC, de modo a tornar fidedigno o banco de dados das ocorrências. A classificação inversa através da substituição da opção de NC escolhida para a opção “outros” também está no escopo desta atuação, para aquelas situações em que é identificada que a descrição da não conformidade não se adequa a tipologia de NC selecionada e não há no cadastro uma opção que melhor atenda a situação não conforme relatada. Ao perceber tais inconsistências de registros, a GQ sinaliza ao gestor do profissional de saúde e solicita seu apoio na sensibilização da equipe

para a melhoria na adesão ao preenchimento correto do formulário de notificação, de modo a contribuir para um correto estudo do perfil das não conformidades.

Os registros notificados como “Outros” representaram no período deste estudo 12% das notificações. Ao considerar a sua representatividade histórica nos bancos de dados das notificações, para melhor avaliação do perfil das ocorrências, a GQ adotou como estratégia organizacional a análise e reclassificação de todas as notificações categorizadas como “outros”, resultando no perfil apresentado na figura 8 a seguir.

Figura 8: Reclassificação das Não Conformidades registradas como “Outros”



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

A conduta de reclassificação visa prioritariamente garantir confiabilidade ao perfil institucional das ocorrências e servir de base para a identificação de situações não conformes passíveis de inclusão no cadastro que podem resultar em (des)padronização de opções, se identificada aplicabilidade.

A caracterização aqui exposta objetivou apresentar o cenário das notificações de não conformidades no âmbito organizacional de modo a corroborar analiticamente para o decorrer do estudo que se concentra no desdobramento da avaliação do fenômeno das não conformidades no escopo das áreas dos serviços diagnósticos, a saber: Bioimagem e Medicina Laboratorial. Estas ocupam respectivamente a 3^a e 4^a posição dos setores que apresentaram o maior número de notificações no período do estudo.

A escolha destes setores está fundamentada pelo fato de caracteristicamente serem serviços essenciais em uma unidade hospitalar para identificação da condição clínica dos pacientes por dar subsídios aos médicos na definição do tratamento adequado das doenças. Por considerar que estas áreas prestam serviços a todos os setores assistenciais e também devido a relevância dos produtos entregues por elas, torna-se prioritária a avaliação das não conformidades nestas perspectivas.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES NA PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS DE IMAGEM E ANÁLISES CLÍNICAS

As não conformidades em serviços diagnósticos apresentam variabilidade de tipologia que giram em torno da qualidade e segurança dos resultados. O processo correlato permeia desde a etapa inicial de preparação e realização dos exames até a liberação dos resultados com qualidade e tempo oportuno. Fragilidades nesse processo podem ocasionar falhas nos resultados e por conseguinte resultar em danos para a assistência à saúde, além de comprometer a confiabilidade da eficácia dos processos de processamento e consequentemente na qualidade e segurança dos serviços prestados no atendimento hospitalar.

Esta seção se estabelece com o propósito de apresentar o perfil das notificações de não conformidades especificamente para os serviços de diagnóstico por imagem e medicina laboratorial em similaridade ao que foi apresentado no âmbito organizacional, sem pretensão de fazer comparação de performance, e sim demonstrar as características individuais.

Para o caso desse estudo os serviços diagnósticos de imagem se restringem à categoria Bioimagem, mais especificamente ao núcleo da radiologia (ressonância, tomografia,

ultrassonografia e raios-X) e o serviço de Medicina Laboratorial, responsável pelos exames de análises clínicas nas diferentes subcategorias (bioquímica, microbiologia, parasitologia, hematologia, urianálise, etc).

Para este estudo, os desempenhos do serviço de imagem e da medicina laboratorial são avaliados na perspectiva dos atendimentos prestados aos pacientes das emergências e internados. Está fora do escopo a performance de ambos no atendimento aos pacientes egressos do regime ambulatorial, aqueles que procuram o serviço para realização de exames de imagem e/ou laboratoriais solicitados em consultório por seus médicos assistentes. Esta prerrogativa tem como premissa o fato de haver distinção das ferramentas de notificação e avaliação da qualidade do atendimento prestado.

No público interno os clientes são as áreas assistenciais que necessitam dos resultados de exames para definição de condutas nos pacientes e reportam inconformidades ao perceberem descumprimento das contratualizações, quer seja por tempo de atendimento, tempo de liberação ou por qualidade dos resultados. Embora estes também sejam os possíveis motivos de reporte de inconformidades por parte do público externo, o veículo de notificação nestes casos passa a ser a Ouvidoria, responsável pela avaliação da experiência do paciente.

Ao longo da exposição dos dados, utilizamos como estratégias em alguns momentos a citação de trechos das entrevistas realizadas com as respectivas lideranças, referenciando os entrevistados como L1 (Líder Bioimagem) e L2 (Líder Medicina Laboratorial), de modo a corroborar com os dados apresentados. Foi de conhecimento dos entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a decisão de não revelar as vossas identidades na abordagem do estudo, tanto para obter clareza das informações quanto não ocasionar prejuízos no exercício de suas funções.

Juntos os serviços diagnósticos de Bioimagem e Medicina Laboratorial representam 14% das ocorrências das não conformidades institucionais. Para melhor compreensão do desempenho individual, a partir daqui a performance de cada um dos serviços será explorada de forma separada, uma vez que a análise conjunta comprometeria o entendimento de suas particularidades.

Começaremos a percorrer o universo das notificações de não conformidades referentes ao serviço de imagem, considerando que ele é detentor de maior número de ocorrências em detrimento da medicina laboratorial.

5.3.1 O universo das não conformidades no serviço de Bioimagem

O serviço de Bioimagem é a área responsável pela obtenção de exames de imagem do corpo dos pacientes, se configura como um método fundamental de auxílio médico no diagnóstico e tratamento de patologias acometidas aos doentes.

Este segmento da medicina se apresenta em diferentes tipos de modalidades, com características e aplicabilidades diversas, tendo como objetivo central a captura de imagens de partes do corpo, sejam estruturas ósseas ou tecidos, que servirão de subsídio de avaliação clínica dos pacientes. Para este estudo, em reafirmação ao que foi dito anteriormente, o desempenho avaliado se restringe a área de Bioimagem responsável pela execução dos exames de raios-X (02 salas), tomografias computadorizadas (02 salas), ressonâncias magnéticas (02 salas) e ultrassonografias (05 salas). Estão excluídos deste escopo as áreas de Medicina Nuclear, Endoscopia e Imagens Cardiológicas, os quais possuem dados específicos que estão citados nos números absolutos de não conformidades no capítulo que tratou sobre a performance institucional. Os profissionais de saúde atuantes nesse serviço são médicos radiologistas, enfermeiros, técnicos de radiologia e técnicos de enfermagem.

O fluxo operacional referente ao processo de realização de exames de imagem preconiza que o médico assistente do paciente ao identificar a necessidade do exame deve requisitar o mesmo no sistema, preencher o questionário obrigatório associado informando as condições clínicas do paciente (ex: suspeita diagnóstica, condições de locomoção, necessidade de sedação...) e indicar o tempo desejado para a realização do exame, conforme opções previstas nos contratos intersetoriais, inclusive quando se tratar de um exame crítico (urgente)³. Todas essas informações são transpostas para um documento gerado pelo sistema denominado de Boletim de Serviço (BS) que será visualizado pelo serviço de imagem através de uma tela dinâmica que atualiza constantemente as requisições geradas.

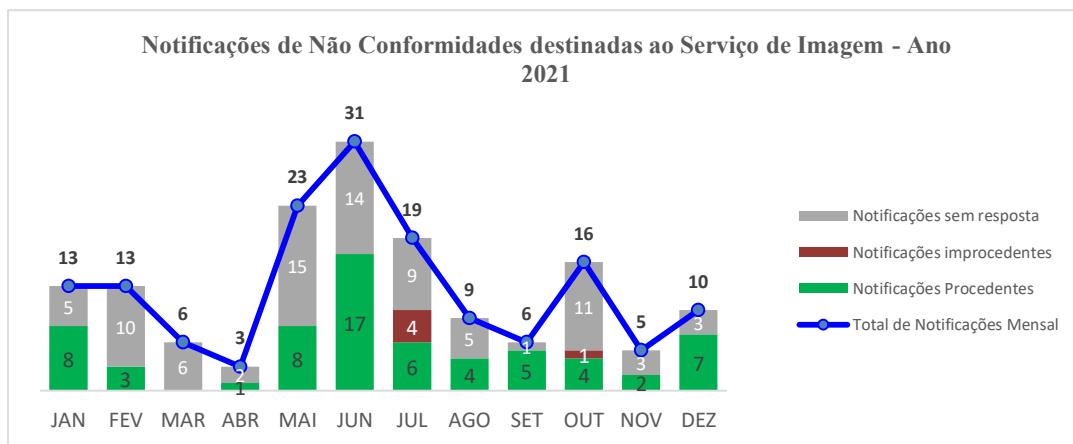
A equipe da Bioimagem visualiza as informações inseridas pelo médico e contata a enfermagem do setor solicitante onde o paciente encontra-se internado para conferir se o acesso está adequado, a existência de alergias (para orientar possível dessensibilização), a adequação do jejum e suspensão de medicamentos (se aplicáveis) e programar o horário da realização do exame, em acordo aos tempos estabelecidos em contrato intersetorial, tendo como base o horário da prescrição médica.

³ Solicitações de exames críticos seguem um fluxo excepcional: pacientes inseridos no protocolo de Acidente Vascular Cerebral têm encaminhamento imediato para a sala de exames, sem necessidade de agendamento e os demais exames recebem prioridade de agendamento com brevidade na realização do exame e redução do tempo para emissão do laudo.

Na sequência imprime o BS, o TCLE para realização do exame e utilização do contraste e o *check list* do exame da área a ser examinada para entrevista ao paciente/família. Aproximadamente 20min antes do horário programado, contata a unidade de atendimento do paciente para confirmação da possibilidade de encaminhamento do transportador para busca do paciente para realização do exame, se o setor requisitante for unidade de internação ou solicita o encaminhamento do paciente caso se trate de unidade de terapia intensiva. Na chegada do paciente no serviço confere à identificação do mesmo, realiza a entrevista de admissão e preenche as informações complementares do questionário, posiciona o paciente na sala de exames, orienta o paciente sobre as informações necessárias, realiza o procedimento, ao término libera o paciente para retorno à unidade de origem, lança as imagens no sistema para visualização dos médicos e libera o laudo em sistema conforme o tempo preconizado em contrato para cada modalidade de exame.

O fluxo supracitado envolve interação constante entre o serviço de imagem e as unidades assistenciais, o que torna propensas ocorrências de falhas operacionais que resultem em notificações de não conformidades por ambas as partes. As notificações mensais destinadas ao serviço de imagem no ano do estudo, com a classificação do líder sobre a (im)procedência das mesmas, assim como a performance da resposta estão demonstradas na figura 9. Observamos um total de 154 notificações, das quais, em respeito a premissa institucional de desconsideração das que foram classificadas pelo líder como improcedentes ($n=5$; 3,3%), resultou em um banco de dados com 149 registros válidos – procedentes ($n=65$; 42,2%) e sem resposta ($n=84$; 54,5%) – os quais servirão de base para as análises posteriores.

Figura 9: Notificações de Não Conformidades para o Serviço de Bioimagem



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

O cenário supracitado demonstra uma baixa performance da liderança na resposta às notificações de não conformidades, registrando uma média anual de apenas 44% de resposta às ocorrências. A este despeito o L1 (Líder Bioimagem) justificou em entrevista que:

“[...] Às vezes o tempo de análise é pequeno. Porque quando a gente vai analisar mesmo a fundo, a depender da situação você depende da resposta de outras pessoas que estavam envolvidas naquele processo. E aí quando você vai perguntar a outras pessoas surge algum outro quesito que você precisa se comunicar com outras pessoas. Então, às vezes, esse processo de investigação, diante das outras atividades que a gente tem, acaba que não é sempre que eu consigo atender dentro do prazo de resposta acordado[...].” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal)⁴

Completou a argumentação da necessidade de qualificação da apuração como justificativa da ausência ou atraso na resposta às ocorrências com um relato, como exemplo, de uma notificação recebida:

“[...] Aconteceu recentemente neste mês que a gente recebeu uma não conformidade da UTI (F) alegando que a gente não subiu dentro do prazo. A gente tem a rotina de subir todas as quartas-feiras, e aí, na quarta passada, o médico não subiu no prazo porque a auxiliar de sala não estava. E a rotina estabelece a subida com a auxiliar. Só que tinha um paciente grave necessitando do exame. Então eu tinha que investigar. Ele não subiu porque? Ele sabia da gravidade, mas ainda assim não subiu porque não tinha auxiliar de sala ou ele não sabia da situação?” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal)⁵

Sem descaracterizar a importância da avaliação qualificada dos fatores motivadores das ocorrências, importante reforçar que mesmo o prazo estabelecido para análise e retorno dos líderes sendo de 72h úteis do recebimento da notificação, como já dito anteriormente por liberalidade organizacional é concedida aos mesmos a oportunidade de posicionamento durante todo o mês corrente da ocorrência relatada além de se estender até o 5º dia útil do mês subsequente, data corte estabelecida pela área da GQ para que a estatística do mês anterior possa ser confeccionada. Isso significa dizer, por exemplo, que uma ocorrência que tenha ocorrido no início de novembro, mesmo findado o prazo dos 3 dias para resposta, poderá ser respondida pelo líder até os primeiros 5 dias úteis do mês de dezembro, e nessa situação haverá a menção na estatística mensal do tempo prolongado de tratamento e devolutiva das análises.

Os dados da tabela 7 demonstram que embora a liderança da Bioimagem tenha apresentado baixo índice de resposta às NC's, quando assim o fez, realizou dentro do prazo estabelecido pela GQ, indo de encontro à justificativa dada para a demora no retorno, o que nos possibilita inferir que diante da expiração do prazo de resposta a líder em questão optou então por não mais responder à notificação à gestão da qualidade. Das 70 respostas realizadas, vide a seguir o desempenho do tempo de retorno.

⁴ Informação concedida em entrevista pelo líder do serviço de imagem em 15 de fevereiro de 2023.

⁵ Id.

Tabela 7: Tempo de Análise e Resposta da Liderança da Bioimagem frente às Notificações de Não Conformidades Recebidas

Tempo de resposta	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Categorização do tempo de resposta
Mesmo dia	46	65,7%	Dentro do prazo institucional
1 a 3 dias	18	25,7%	
4 a 10 dias	6	8,6%	Fora do prazo institucional
Superior a 10 dias	0	0,0%	
Total de Notificações respondidas	70	100%	

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Em seguimento à análise dos resultados supracitados chama também atenção a baixa classificação de registros como improcedentes ($n=5$; 3,3%) ao tomar por base o total de notificações recebidas no ano. Alguns vieses podem ser elencados a partir desta constatação. O primeiro deles é que o baixo índice de resposta pode ter contribuído para a baixa identificação de registros equivocados, e nesse caso o serviço fica estatisticamente prejudicado. O segundo deles seria o argumento já trazido aqui de que o líder poderia estar adotando a postura da aceitação plena das notificações para encerrar o processo de investigação e/ou não gerar desgaste com o outro líder, perfil que supomos não ser o da liderança em questão dada a experiência desta pesquisadora na tratativa com esta liderança no processo de gestão das não conformidades. E o terceiro e último viés que juntamente com o primeiro supomos ser os principais influenciadores para o resultado obtido, que é o reconhecimento da situação como um ponto de fragilidade do serviço e que a notificação possibilita identificar oportunidades de melhoria. Corrobora para este entendimento outro trecho da entrevista concedida pelo L1 (Líder Bioimagem):

“[...] Porque eu vejo essa ferramenta como algo que você pode utilizar muito pra melhorar o seu trabalho. É a visão do outro sobre um processo seu. Que você analisando as vezes não consegue identificar pontos que no dia a dia passa despercebido e que você não identifica com a sua equipe técnica, daí quando o outro te fala, abre a sua visão, te chama atenção pra aquilo. Então eu acho o método da não conformidade excelente [...] a não conformidade tem que acatar, porque de fato ocorreu. Você pode justificar o porquê, mas ocorreu. Você precisa ter ciência do que ocorreu e rever o processo para ver se precisa ajustar algo.” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal)⁶

A tabela 8 e a figura 10 apresentadas abaixo mostram que as notificações destinadas ao serviço de imagem, diferentemente do perfil institucional, ocorrem com maior prevalência no período da tarde e que há também maior representatividade das ocorrências que se relacionam com os processos dos pacientes, o que é de se esperar uma vez que a tipologia das NCs de maior

⁶ Informação concedida em entrevista pelo líder do serviço de imagem em 15 de fevereiro de 2023.

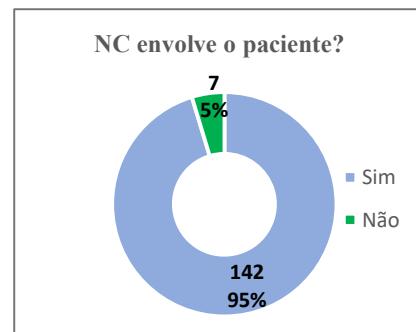
destaque do serviço de imagem, que será apresentada adiante, diz respeito ao atraso para realização de exames dos pacientes.

Tabela 8: Distribuição das Não Conformidades da Bioimagem por turno de ocorrência

Turno	Nº notificações	(%)
Manhã	55	37%
Tarde	78	52%
Noite	16	11%

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Figura 10: Envolvimento⁷ das Não Conformidades da Bioimagem com processos relacionados aos Pacientes



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

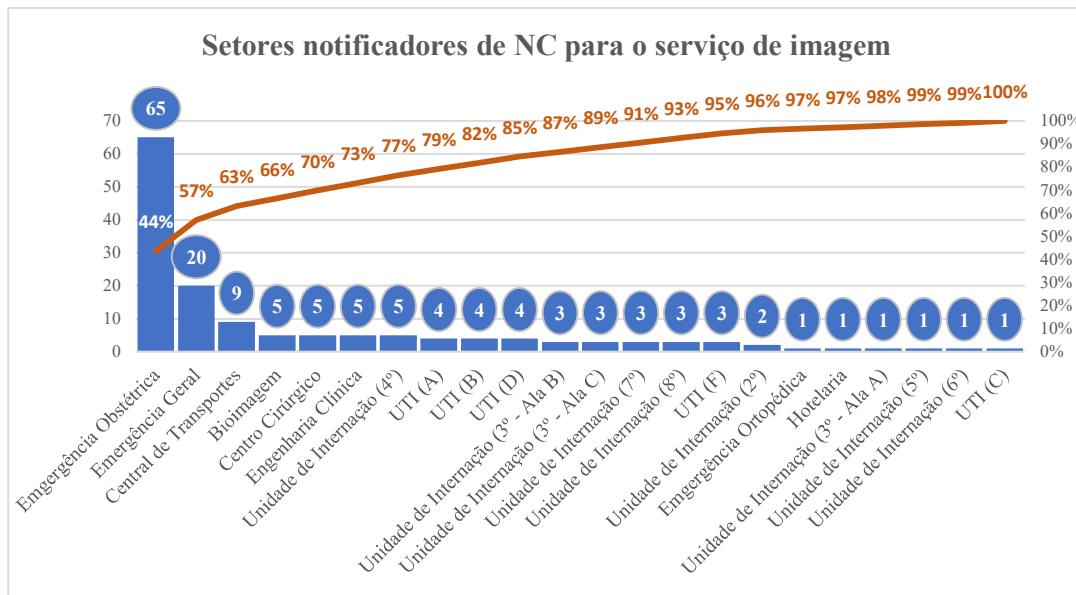
As ocorrências que não diziam respeito a processos relacionados aos pacientes (5%) referiam: Dano ao patrimônio/ equipamento eletromédico (n=5), gerador de impacto ao parque tecnológico e a sustentabilidade organizacional, uma vez que requer a necessidade de investimento financeiro para a reparação do dano; Descarte inadequado de pôrfuro-cortante (n=1) que resulta em risco de acidente biológico ao profissional coletador de resíduos; e Comportamento profissional/ relacionamento interpessoal (n=1) que se referiu a falha de orientação do colega para acompanhamento de paciente na sala de exames.

Recorremos ao Diagrama de Pareto enquanto ferramenta da qualidade para demonstrar os setores que se configuram como os principais notificadores de não conformidades para o serviço de imagem. Sob a ótica da ferramenta podemos afirmar que as Emergências Obstétrica e Geral apontam como os principais problemas para o serviço tanto pela quantidade quanto pela constância das notificações, uma vez que respectivamente direcionam mensalmente uma média de 5,41 e 1,66 notificações para o serviço. Porém, na perspectiva da liderança da área esses serviços são compreendidos como as principais fontes de informações sobre as oportunidades de melhorias passíveis de implementação. Importante destacar o distanciamento notório no número de ocorrências registradas entre as emergências, o que numa escala de priorização para

⁷ Envolvimento do paciente significa dizer que a ocorrência de não conformidade se relacionou com algum processo da assistência ao paciente, não pertencente aos processos do backoffice (administrativos).

implementação de medidas intervencionistas a Emergência Obstétrica já se sobreponha entre as demais.

Figura 11: Setores Notificadores de Não Conformidades para o Serviço de Bioimagem



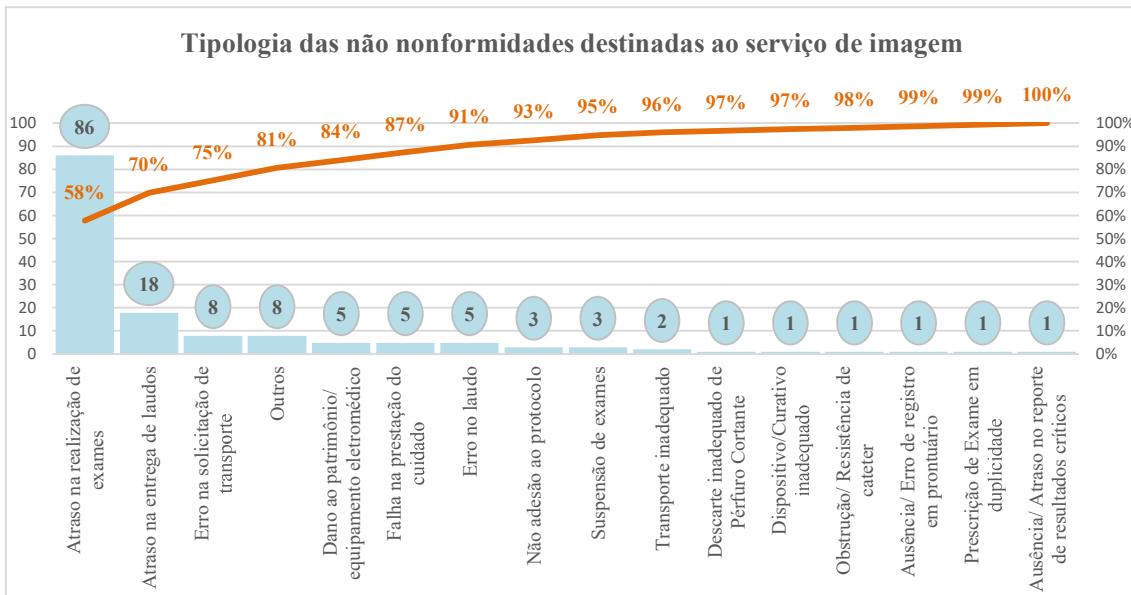
Fonte: Elaboração própria, 2024.

O gráfico acima possibilita a constatação, de forma clara, da importância de demandar esforços na melhoria da interação com as emergências obstétrica e geral, uma vez que estas juntas concentram 57% das notificações destinadas ao serviço. Ao observar as demais notificações, sem considerar o nível de gravidade das mesmas, podemos notar uma pulverização das áreas notificadoras com média de 3 registros cada ao longo do ano. Este resultado pode ser encarado como situações esporádicas comuns à rotina operacional que necessariamente não precisam ser trabalhadas enquanto problemas crônicos do serviço, embora não desabone a necessidade de identificação de oportunidades de melhorias e implementação de mudanças, se preciso for.

Ainda a despeito do gráfico acima, chama a atenção que a própria Bioimagem apareça na 4^a posição dos setores notificadores, o que significa dizer que o serviço adota a conduta da autonotificação. Ou seja, os colaboradores têm o hábito de se notificarem entre si ao identificarem falhas internas, demonstrando quão fortalecida é a cultura de notificação deste serviço. Certamente a maneira do líder encarar as não conformidades como oportunidades de melhorias contribui para o comportamento dos colaboradores, pois em caso de reprovação da conduta por parte do líder, decerto os registros deixariam de ser realizados pelos mesmos.

Identificar as áreas clientes mais impactadas com as falhas da prestação do serviço é de fundamental importância, mas de igual modo se faz necessário entender quais os problemas ocasionados a esses clientes. Dessa forma, demonstramos a seguir as situações não conformes destinadas ao serviço de imagem.

Figura 12: Tipologia das Não Conformidades destinadas ao Serviço de Bioimagem



Fonte: Elaboração própria, 2024.

O atraso na realização de exames se configura como a principal situação não conforme relatada para o serviço de imagem. Ao reportar às etapas do fluxo operacional discorridas no início deste capítulo podemos considerar que a principal fragilidade do serviço de imagem se concentra no descumprimento do horário agendado com as unidades assistenciais para realização dos exames dos pacientes internados ou em atendimento nas emergências.

Apesar desta última afirmação, é sabido também que fatores alheios ao serviço contribuem para esse cenário, a exemplo da demora no encaminhamento dos pacientes por parte das unidades solicitantes, o que resulta numa cascata de atrasos. Este problema é elencado pelo L1 (Líder Bioimagem) ao citar:

“[...] Tem uma área que temos gerado algumas não conformidades com relação a remarcações sucessivas de exame. Eu percebia nas respostas do líder sempre uma tentativa de defesa alegando que o paciente apresentou intercorrências que impossibilitaram de ser conduzido para a realização do exame, daí eu decidi ligar para o mesmo e explicar que naquele momento de fato o paciente pode ter apresentado intercorrência, mas que o exame não havia sido solicitado naquele dia e sim há três dias atrás e que sua equipe já havia remarcado duas vezes anteriores. Ainda assim, o líder insistiu que a equipe estava certa em solicitar reprogramação porque o perfil de seus pacientes é crítico. Aí eu pergunto o exame era realmente necessário? Este ano

decidimos começar a notificar essas situações exatamente para sair do achismo e passar a ter dados que comprovassem o impacto do não cumprimento da agenda por parte das unidades solicitantes” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal)⁸

O atraso para a realização de exames é sentido com maior representatividade nos exames de ultrassom (n=60; 70%) seguido em menor proporção dos exames de tomografia (n=9; 10,5%), principais exames solicitados nas emergências. Ele é claramente reconhecido pelo líder como o principal problema do serviço, ao dizer que “o atraso na realização de exames é o nosso gargalo, a obstetrícia sempre nos notificou, mas do ano passado para cá a frequência aumentou bastante. Isso acendeu um alerta e aí a gente teve que parar e rever todo o processo, incluindo os prazos e de lá para cá a gente tem melhorado muito” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal)⁹. Enquanto Gestão da Qualidade, vemos isso como um ganho para o processo, um sinal de maturidade da gestão, pois reconhecer a fragilidade é o primeiro passo para a busca de melhoria na performance.

O segundo maior problema, os atrasos na entrega do laudo, dizem respeito respectivamente aos exames de ultrassonografia (n=9), tomografia (n=5) e ressonância (n=4). Os principais notificadores se mantêm nas emergências com participação apenas de 3 registros originados de unidades de terapia intensiva e 1 de uma unidade de internação. A este despeito o líder refere que “[...] observa que as notificações de não conformidades referentes a emissão de laudos ocorrem mais nos finais de semana porque a gente não tem o médico aqui o tempo inteiro” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal)¹⁰.

Os erros na solicitação de transportes apontados no diagrama como a 3^a posição foram registrados pela Central de Transportes. Na sua totalidade referiam que o serviço de imagem insistia em acionar a central de transportes para condução de pacientes das unidades assistenciais para a realização de exames na Bioimagem mesmo sendo detentora de uma equipe própria de transportadores.

As outras ocorrências que também ocupam a 3^a posição são situações não conformes não padronizadas na lista de não conformidades passíveis de notificação ao serviço de imagem que diziam respeito a: falha de comunicação entre as equipes (n=2), erro de cadastro de paciente (n=2), demora no atendimento ao chamado do centro cirúrgico (n=1), ausência de checagem da funcionalidade dos equipamentos (n=1); ausência de colaborador no setor (n=1); falha de lançamento de solicitação médica (n=1).

⁸ Informação concedida em entrevista pelo líder do serviço de imagem em 15 de fevereiro de 2023.

⁹ Id.

¹⁰ Id.

As demais ocorrências com pouca representatividade estatística, de maneira geral, foram notificadas pelo serviço de engenharia clínica seguida da emergência geral. As unidades de internação, se analisadas conjuntamente, também passam a ocupar lugar de destaque. Desse grupo, cabe aqui esclarecimentos sobre duas situações não conformes listadas: *falha na prestação do cuidado* – dizia respeito a falha de cuidado com o acesso instalado para a infusão de contraste e *não adesão ao protocolo* – referia falha de cumprimento das rotinas de precaução de contato.

O Diagrama de Pareto aqui utilizado para demonstrar a tipologia das não conformidades do serviço, também se configura como uma excelente ferramenta que pode ser utilizada pelo líder na condução do processo de tratamento das não conformidades uma vez que a aplicabilidade desta possibilitaria identificar e priorizar os fatores motivadores (causas) das ocorrências de não conformidades. Seu princípio norteador de que a maioria dos efeitos é causada por um número pequeno de causas, é observado com similaridade na demonstração da tipologia das NC supracitada em que a maioria das ocorrências está concentrada nas duas primeiras situações (atraso na realização de exames e atraso na entrega de laudos).

Os fenômenos não conformes foram mapeados, resta identificar as respostas para o porquê dos mesmos, a dita análise de causa raiz. Outras ferramentas da qualidade também podem ser utilizadas para análise de causa das ocorrências, a exemplo de: Diagrama de Ishikawa, Técnica dos 5 Porquês e Brainstorm. Cabe ao líder a escolha da que lhe aprouver de acordo às suas habilidades de utilização, com a premissa de colocar no centro das discussões a identificação das causas motivadoras das ocorrências para estabelecimento de ações intervencionistas de melhorias.

Como já abordado acima, o serviço de imagem também enfrenta dificuldades para conseguir operacionalizar o processo de realização de exames. Dessa forma, é imprescindível trazer para esta discussão as situações que motivaram registros de não conformidades por parte do serviço de imagem para outras áreas da unidade hospitalar. A premissa da Gestão da Qualidade é que necessidades de interação e tratativas entre as áreas sejam identificadas independentemente da posição em que as áreas ocupam: alvo ou direcionador de notificações. A tabela 9 a seguir demonstra as notificações geradas pelo serviço de imagem no ano de 2021, estratificadas por área que foram consideradas válidas (procedentes + sem respostas).

Tabela 9: Áreas que receberam notificações de Não Conformidades destinadas pela Bioimagem

Áreas	Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total/ Ano 2021	Frequência de notificação/ano
Medicina Laboratorial										10	1	3	14	3	
Central de Transportes		2	1			2	2	1					1	9	6
UTI (A)				1	2	2				2	1			8	5
Unidade de Internação (3º-Ala A)	1	1		1						1	2			6	5
Bioimagem	2						1				1	1	5	4	
Centro Cirúrgico I		1					1			1	2			5	4
Engenharia Clínica						1			3					4	2
Emergência Geral								1				1	1	3	3
Unidade de Internação (4º)					1			1						2	2
Unidade de Internação (5º)					1	1								2	2
Unidade de Internação (6º)								1		1				2	2
UTI (B)			1						1					2	2
UTI (C)						1					1			2	2
Corpo Clínico									1					1	1
Farmácia										1				1	1
Manutenção	1													1	1
Serviço de Anestesia											1		1	1	
Unidade de Internação (3º-Ala B)						1								1	1
UTI (F)										1				1	1

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de Dados das Notificações de Não Conformidades 2021

O serviço de imagem registrou um total de 78 notificações de não conformidades no período do estudo. Destas, 8 foram consideradas improcedentes pelas áreas notificadas, com isso foram consideradas como legítimas o quantitativo de 70 notificações.

Observamos que em número de ocorrências a Medicina Laboratorial foi a que mais recebeu notificações, mas não apresenta o mesmo desempenho na frequência mensal, visto que os registros se concentraram nos últimos três meses do ano. Isso não quer dizer que nos meses anteriores não tenham ocorrido situações não conformes com envolvimento do Laboratório, mas provavelmente não havia a prática da notificação. A interação destes serviços de diagnóstico se dá pela necessidade que a Bioimagem tem de obtenção de alguns resultados de exames laboratoriais antes da realização de determinados exames de imagem, a exemplo da necessidade do resultado negativo do Beta HCG para que seja possível a realização de tomografias em mulheres em idade fértil.

A Central de Transportes, UTI A e Unidade de Internação 3º - Ala A são respectivamente as áreas de maior número e frequência das notificações realizadas pelo setor de Bioimagem, o que leva a entender de que se façam necessários alinhamentos para melhoria do cenário. A tabela 10 apresenta a tipologia das não conformidades registradas pelo serviço de Bioimagem para as demais áreas.

Tabela 10: Tipologia das não conformidades registradas pelo serviço de Bioimagem

Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total/ Ano 2021	(%)
Atraso no transporte/ encaminhamento de paciente	1	1	2	2	6	2	1		3				18	26%
Atraso na entrega de resultados										10	1	3	14	20%
Falha no preparo do paciente	1	1	1					2	1	1	1	1	9	13%
Outros	2	1							3	1	1	1	9	13%
Ausência/ Erro de Prescrição Médica					1	1				1	3		6	9%
Suspensão de exames				1							2		3	4%
Não adesão ao protocolo				1				1		1			3	4%
Atraso no atendimento da manutenção corretiva	1					1							2	3%
Dispositivo ou curativo (sem data, vencido, inadequado)											2		2	3%
Erro de transporte (troca de pacientes, acomodação, destino)		1										1	2	3%
Erro de Dispensação									1				1	1%
Prescrição de exame em duplicidade					1								1	1%

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de Dados das Notificações de Não Conformidades 2021

O atraso no transporte/encaminhamento de pacientes aponta como o principal problema enfrentado pelo serviço, em confirmação ao que foi dito pelo líder anteriormente de que este se configura como um dos motivos de atraso na realização dos exames e liberação do laudo. A segunda ocorrência está relacionada ao atraso da Medicina Laboratorial para a entrega de resultados, conforme já mencionado acima. O terceiro maior problema enfrentado é a falha no preparo do paciente, que na sua maioria dizia respeito ao encaminhamento de paciente para exame sem a realização da punção do acesso periférico para a infusão do contraste e o encaminhamento de paciente para realização de ressonância sem a retirada dos adornos metálicos.

O panorama das notificações do serviço de imagem possibilita concluir que as situações não conformes se encontram facilmente mapeadas tanto no que diz respeito às áreas de maior concentração quanto também do perfil de ocorrências, o que significa dizer que torna mais fácil o planejamento e estabelecimento de ações intervencionistas capazes de reverter o cenário aqui exposto.

O processo de prestação de serviços para as emergências de um modo geral necessita ser revisitado de modo a identificar e intervir nos principais gargalos. Um ponto de melhoria a ser considerado na performance da liderança diz respeito ao aumento da taxa de resposta ao tratamento das não conformidades, uma vez que o baixo índice de retorno pode estar contribuindo para dados estatísticos irreais. A liderança do serviço se destaca pela importância que deposita no processo de notificações de não conformidades, por entender a ferramenta como grande viabilizadora de detecção de problemas e também de oportunidades de melhorias.

5.3.2 O universo das não conformidades da Medicina Laboratorial

A área de Medicina Laboratorial é responsável pelo processamento de testes e análises laboratoriais em amostras biológicas, servindo de auxílio à equipe médica no diagnóstico, tomada de decisão clínica, tratamento e acompanhamento das doenças de seus pacientes, se configura como um segmento da medicina de extrema importância para a área da saúde.

Serviços dessa natureza realizam uma diversidade de exames, as amostras biológicas como sangue, fezes, urina e tecidos se configuram como os principais materiais de processamento. Os métodos e recursos de análise variam de acordo ao tipo de matéria. As técnicas buscam detectar doenças através da mensuração da concentração de células, microrganismos e substâncias químicas correlacionando-os aos marcadores genéticos das patologias investigadas.

A relevância desse serviço para a qualidade na prestação dos cuidados de saúde é inquestionável, quer seja pela sua capacidade de possibilitar o monitoramento da eficácia do tratamento através dos resultados dos exames ou por serem direcionadores da necessidade de ajuste de condutas, nas situações em que os parâmetros revelem aplicabilidade. Nesse contexto, optamos por trazer para esse estudo o universo das não conformidades deste serviço, por entender se tratar de uma área prestadora de serviço para todas as unidades assistenciais do hospital.

Os profissionais habilitados para atuação neste serviço são especialistas em patologia clínica e análise laboratorial. O quadro funcional do serviço participante deste estudo é

composto por Biomédicos, Bioquímicos, Analistas de laboratório, Técnico de laboratório, Técnico de almoxarifado e Ajudantes de serviços laboratoriais (transportadores de amostras).

Para melhor compreensão dos resultados que serão demonstrados, cabe trazer para esta discussão a informação de que o processo de realização de exames laboratoriais nesta instituição segue dois métodos distintos de operação: os técnicos de laboratório enquanto responsáveis pelas coletas das amostras de sangue de todos os pacientes em atendimento nas unidades de emergência, internados nas unidades de internação e coletas especiais¹¹ e; os profissionais de enfermagem das unidades enquanto responsáveis pela coleta de exames dos pacientes internados nas terapias intensivas. Este esclarecimento se fez necessário para melhor compreensão do perfil das não conformidades que envolvem este serviço.

O fluxo operacional de realização de exames laboratoriais de responsabilidade exclusiva da Medicina Laboratorial inicia com a requisição médica do exame realizada no prontuário eletrônico do paciente (exceto as situações de intercorrência¹²) que gera uma notificação para a Medicina Laboratorial através de uma tela de exames requisitados, o profissional coletador consulta os pedidos, gera a ordem de coleta, imprime as etiquetas de identificação das amostras e se dirige para a unidade de internamento do paciente para realização da coleta. O profissional coletador confirma a identificação do paciente, coleta o material, identifica a amostra, acondiciona na maleta de transportes e direciona o material para o laboratório (esta última etapa poderá ser realizada pelos profissionais transportadores no caso dos atendimentos nas emergências e das unidades assistenciais cujas amostras possuam curto prazo de estabilidade).

Na chegada do material ao laboratório é dado o recebimento no sistema, a amostra é submetida ao processo de adequação e constatada a conformidade segue para a etapa de processamento nos equipamentos analíticos. Finalizada essa etapa os analistas laboratoriais (bioquímicos e biomédicos) analisam criticamente os resultados confrontando-os com o quadro clínico dos pacientes e resultados anteriores, se existentes, validam os achados e liberam o resultado no sistema em acordo ao tempo estabelecido nos contratos intersetoriais, de modo a possibilitar a visualização por toda a equipe multidisciplinar.

Caso algum critério de rejeição de amostra seja identificado em qualquer etapa do processo descrito acima (pré, ana ou pós-analíticos), uma ordem de recoleta é gerada para que

¹¹ Coletas especiais são aquelas destinadas a exames de gasometria e pacientes com sinalização da equipe de enfermagem de serem portadores de acesso difícil;

¹² As situações de intercorrência seguem um fluxo excepcional de requisição manual através do preenchimento de um formulário padrão, coleta do material pela equipe assistencial do paciente e direcionamento do pedido e da amostra para o laboratório para que este faça o lançamento do pedido no sistema, o processamento do material e a liberação imediata do resultado.

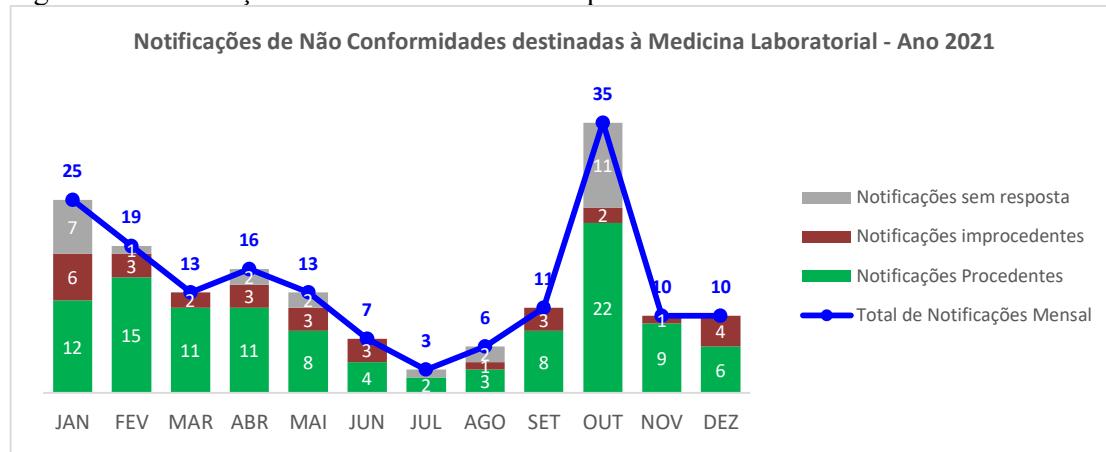
seja eliminada a interferência pré-analítica. Se o paciente for de uma unidade de terapia intensiva o laboratório sinaliza a necessidade de recoleta e a equipe de enfermagem procede com a mesma, nas demais unidades o técnico de laboratório retorna para recoletar o material do paciente.

Em caso de ser detectado um resultado crítico (alteração nos parâmetros superiores ou inferiores dos exames que geram risco à vida dos pacientes), os analistas laboratoriais fazem também o contato por telefone para um membro da equipe da unidade de internamento do paciente para reporte do resultado, o qual também é registrado numa planilha interna com registro do horário do reporte, número de identificação do paciente, exame e valor crítico, unidade de internamento do paciente e nome do profissional que recebeu a informação, com o objetivo de conferir rastreabilidade ao processo. Vale ressaltar que todas as fases do processo são rastreáveis e gerenciadas através de indicadores, para que sejam identificadas necessidades de melhorias e, assim, garantir a segurança do paciente.

Importante considerar também que a gestão do processo laboratorial segue um rigoroso programa de controle de qualidade, que contempla a documentação de todos os procedimentos e instruções de trabalho para realização dos exames, calibração e operacionalização dos equipamentos analíticos, validação de métodos analíticos, monitoramento contínuo e revisão constante dos processos, de modo a garantir confiabilidade aos resultados liberados.

No ano do estudo a Medicina Laboratorial recebeu um total de 168 notificações de NC. Destas, tomamos por base para as análises posteriores as 137 notificações consideradas válidas –*procedentes* (n=110; 65,5%) e *sem resposta* (n=27; 16,0%) – após desconsiderar as que foram classificadas pelo líder como improcedentes (n=31; 18,5%). A figura 13 mostra uma variabilidade no número de notificações por mês, que ao avaliar em retrospecto não se permite justificar o fenômeno. Exceto o aumento evidenciado em outubro que certamente sofreu influência direta do treinamento ministrado para a equipe assistencial sobre notificação de eventos, conforme já citado na demonstração da performance institucional no capítulo 4.2, p.62.

Figura 13: Notificações de Não Conformidades para a Medicina Laboratorial



Fonte: Elaboração própria, 2024.

O cenário supracitado, ao contrário do observado no serviço de Bioimagem, demonstra melhor performance nas respostas às notificações de não conformidades por parte da liderança da Medicina Laboratorial. Apesar das exceções observadas nos meses de janeiro e outubro, o desempenho anual demonstra uma taxa média de resposta às ocorrências de 86,4%, o que a faz ocupar a 9^a posição no ranking institucional das 52 áreas com registros de não conformidades. Os dados demonstrados na tabela 11 evidenciam o desempenho relatado mediante as 141 respostas realizadas:

Tabela 11: Tempo de Análise e Resposta da Liderança da Medicina Laboratorial frente às Notificações de NC's Recebidas

Tempo de resposta	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Categorização do tempo de resposta
Mesmo dia	43	30,5%	Dentro do prazo institucional
1 a 3 dias	27	19,1%	Dentro do prazo institucional
4 a 10 dias	35	24,8%	Fora do prazo institucional
Superior a 10 dias	36	25,5%	Fora do prazo institucional
Total de Notificações respondidas	141	100%	

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Sobre o desempenho apresentado o L2 (Líder Medicina Laboratorial) discorreu que:

“[...] algumas vezes ficam [não conformidades] sem resposta. Eu peço retorno à equipe [apuração do ocorrido] e aí outras demandas são geradas, quando vi, venceu o prazo. Mas assim, o que é que eu acho mais importante pra mim: é a taxa de resposta ou é a qualidade da resposta? Pra mim o que é mais válido é a qualidade da resposta. Claro que para mim a taxa ideal é 100%, mas nem sempre a gente consegue. Mas a qualidade da resposta, pra mim, isso sim que é válido. Porque a qualidade da resposta ela vai dizer se você realmente está mergulhado dentro daquele processo tentando um processo de melhoria [...]” (L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).¹³

¹³ Informação concedida em entrevista pelo líder do serviço da medicina laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

O trecho acima demonstra que assim como exposto pelo L1 (Líder Bioimagem), o L2 (Líder Medicina Laboratorial) reconhece a importância da investigação qualificada da ocorrência e considera ser esta o *X* da questão que possibilitará a identificação de oportunidades de melhoria.

Notamos ainda que, diferentemente do que foi evidenciado no serviço de imagem, a Medicina Laboratorial apresenta maior recorrência de notificações classificadas como improcedentes (16%; n=27) ao longo do ano. O L2 (Líder Medicina Laboratorial) justifica no trecho abaixo que na maioria dos casos há por parte do notificador uma má interpretação da contratualização firmada entre as partes e isso gera notificações equivocadas de demora na realização da coleta, quando o contratualizado diz respeito ao tempo de liberação do resultado, a partir do horário da prescrição médica:

“[...] o nosso contrato... ele é feito por tempo de resultado. Não é por tempo de coleta. E as pessoas confundem, entendeu? Então assim, atrasou a coleta, mas não atrasou o resultado, pra mim aquilo não é procedente, é improcedente. Por quê? Para eu atender ao tempo de coleta que as pessoas esperam, eu tinha que ter uma equipe gigante e isso iria inviabilizar o processo [...].” (L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).¹⁴

Enquanto Gestão da Qualidade, ao analisar os resultados supracitados e considerar a experiência desta pesquisadora na gestão de não conformidades, podemos afirmar quanto ao comprometimento do L2 (Líder Medicina Laboratorial) na justa avaliação da procedência das notificações, comprovada pela inexistência de intervenções da gestão da qualidade para reclassificação de ocorrências, uma vez que a líder adota tempestivamente como critérios de investigação as deliberações dos contratos intersetoriais firmados e as diretrizes institucionais. Dito isto, reforçamos a coerência já explicitada anteriormente de que as explanações a seguir tomarão como base os registros considerados válidos (procedentes + sem resposta) com exclusão daqueles classificados como improcedentes pelo líder, o que resulta no total de 137 ocorrências destinadas à Medicina Laboratorial.

Os registros relatam maior proporção de ocorrências no período da manhã, porém sem grande distanciamento dos demais turnos, diferentemente do que foi observado no serviço de imagem que tinha o turno vespertino como o mais prevalente. Essa distribuição quase que igualitária pode ser justificada pelo fato de o serviço caracteristicamente possuir demandas de exames durante as 24h, quer seja nos atendimentos de emergência, de admissão hospitalar, de acompanhamento e tratamento clínico ou ainda para decisão da alta hospitalar dos pacientes.

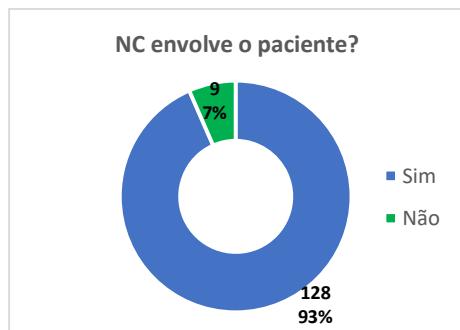
¹⁴ Informação concedida em entrevista pelo líder do serviço da medicina laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

Tabela 12: Distribuição das Não Conformidades da Medicina Laboratorial por turno de ocorrência

Turno	Nº notificações	(%)
Manhã	55	40%
Tarde	42	31%
Noite	40	29%

Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

Figura 14: Envolvimento¹⁵ das Não Conformidades da Medicina Laboratorial com processos relacionados aos Pacientes



Fonte: Banco de Dados de Notificações de Não Conformidades da Instituição
Elaboração própria, 2024.

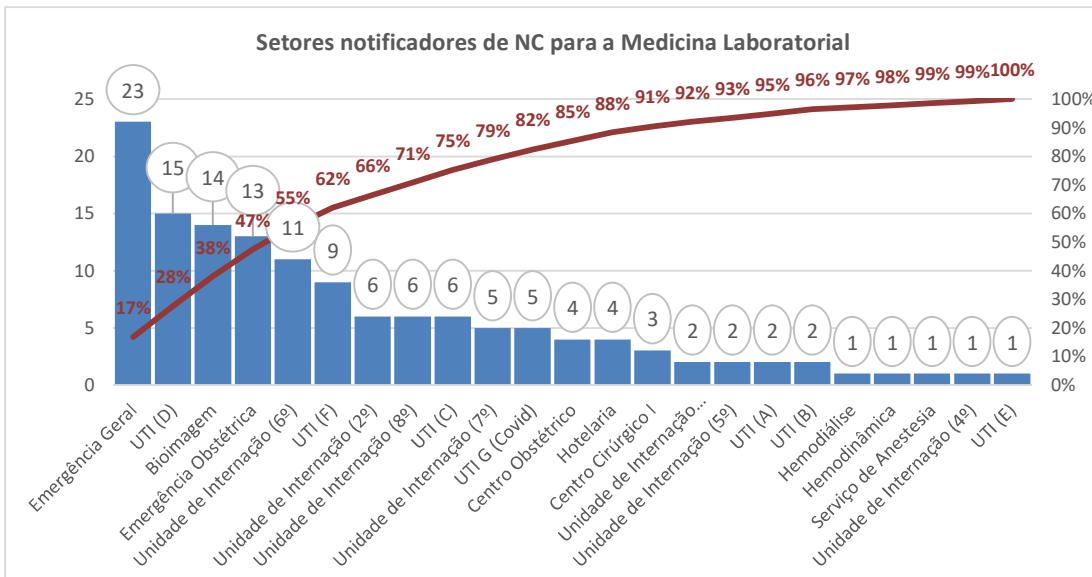
O envolvimento das ocorrências com o paciente é também de se esperar, ao considerar que as situações não conformes passíveis de notificação em sua maioria dizem respeito ao processo de coleta e processamento de exames dos pacientes. Dessa forma, cabe aqui destacar sobre o que se trata os 7% das ocorrências não conformes relacionadas à Medicina Laboratorial que não estão relacionadas ao paciente, são elas: o descarte de perfurocortante acima da capacidade limítrofe da caixa coletora (n=3), atraso na calibração do equipamento tromboelastógrafo em atendimento à solicitação do Centro Cirúrgico (n=2), descarte de resíduo infectante em local inapropriado (n=1), descumprimento de normas de precaução (n=1), ausência de assinatura no protocolo de retirada de amostras na unidade (n=1) e cobrança indevida de material já entregue (n=1).

Ao analisar as ocorrências sob a ótica dos setores notificadores de não conformidades para a Medicina Laboratorial identificamos no Diagrama de Pareto infracitado que diferentemente do que foi observado no Serviço de Imagem, a Medicina Laboratorial necessita dirimir esforços na melhoria da interação com um número maior de setores notificadores de NC. Isso porque, observamos que não há concentração de notificações em áreas específicas e sim uma distribuição com pouco distanciamento do número de ocorrências entre aquelas que ocupam as 6 primeiras posições do diagrama. Essa constatação leva a considerar a necessidade

¹⁵ Envolvimento do paciente significa dizer que a ocorrência de não conformidade se relacionou com algum processo da assistência ao paciente, não pertencente aos processos do backoffice (administrativos).

de adoção de estratégias intervencionistas, que ponderem as especificidades de cada área, mas que resultem em melhoria institucional.

Figura 15: Setores Notificadores de Não Conformidades para a Medicina Laboratorial

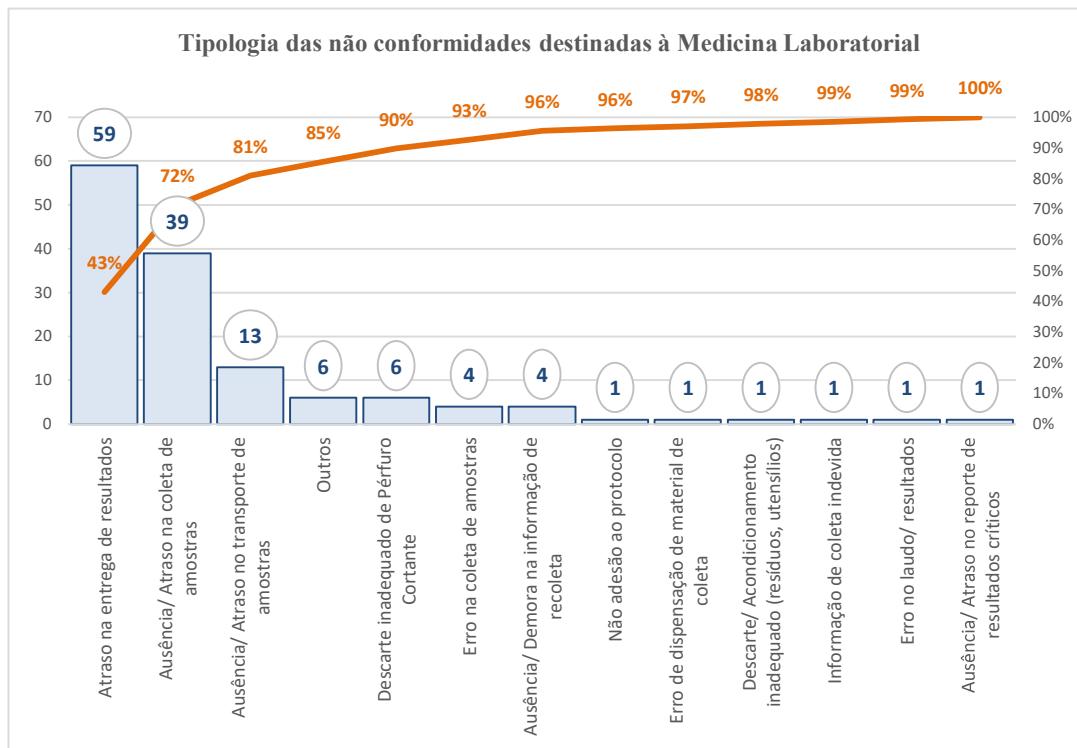


Fonte: Elaboração própria, 2024.

A Emergência Geral que ocupava a segunda posição na relação de notificadores de não conformidades para o serviço de imagem, passou a liderar o ranking entre os setores destinatários para a Medicina Laboratorial, registrando uma frequência média de 1,91 notificações/mês, com relato principal de situação não conforme o atraso na entrega dos resultados (65%, n=15). É sabido o impacto que este tipo de ocorrência causa na rotina de um pronto atendimento, visto que o resultado do exame é condição mais que necessária para o diagnóstico clínico e tomada de decisão quanto a indicação de internamento ou liberação do paciente de alta para o domicílio. Importante considerar também que o tempo de resultado é um importante critério de avaliação do cliente para qualificação do atendimento recebido.

Observamos ainda que a Bioimagem, o outro serviço participante deste estudo, aparece na lista dos principais notificadores de não conformidades para a Medicina Laboratorial, que conforme relatado anteriormente, se estabelece em razão de haver naquele serviço exames tempo dependentes de análise laboratorial prévia para a sua realização, o que caracteriza como relato exclusivo de situação não conforme o atraso na liberação de resultados. A figura 15 demonstra que esta ocorrência aponta como o principal gargalo para a Medicina Laboratorial.

Figura 16: Tipologia das Não Conformidades destinadas à Medicina Laboratorial



Fonte: Elaboração própria, 2024.

O atraso na entrega de resultados sofre inúmeras influências para a sua ocorrência. Aquela de maior significância está relacionada à fase pré-analítica que é o atraso na coleta de amostras, que também se configura como a segunda maior ocorrência de NC destinada ao serviço. A L2 (Líder Medicina Laboratorial) reconhece o impacto que esta etapa do processo causa na entrega dos resultados, diz as estratégias compensatórias adotadas para minimização do mesmo no fluxo de processamento dos exames e justifica o porquê de sua ocorrência:

“[...] Então o que a gente busca [para diminuir o impacto do atraso na coleta]: a gente tem uma equipe mais enxuta, mas a gente corre e agiliza a fase analítica e pós-analítica que é onde a gente tem possibilidade. São variáveis que a gente controla mais. Na pré-análise são muitas variáveis, não controlo muito o tempo de coleta, porque o hospital é muito grande eu dependo de elevador para deslocamento do profissional, dependo de chegar no leito para coleta e o paciente estar pronto. Às vezes ele está em um procedimento, está trocando uma fralda, essas são variáveis que a gente não controla. [...] eu não posso dizer toda coleta eu faço em dez, quinze minutos, porque tem uma que eu faço em cinco minutos e outra que eu vou fazer em meia hora, porque se o paciente estiver em procedimento o coletador vai precisar esperar. Então essa variável do atraso de coleta a gente não controla muito”. (L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).¹⁶

¹⁶ Informação concedida em entrevista pelo líder do serviço da medicina laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

O processo pré-analítico, aqui restrinido ao atraso de coleta e transporte de amostras, são os principais responsáveis pelos atrasos na liberação do resultado, na avaliação do líder. Importante ressaltar que apesar destes aparecerem também na relação das situações não conformes relatadas pelas áreas assistenciais a contratualização entre as partes não estabelece tempo de execução dessas atividades e sim da entrega do resultado. No entanto, aquelas situações extremas de atraso acabam por chamar a atenção da equipe assistencial que logo deduz que resultará em atraso de resultado, gerando assim a notificação.

Os atrasos de coleta ocorrem com maior prevalência no período matutino, ocasião em que se registra o maior número de solicitações de exames, certamente influenciado pela rotina hospitalar que é mais intensa nesse período. Enquanto que os atrasos de transporte de amostras ocorrem frequentemente no período noturno, turno em que a equipe é reduzida e por essa razão imprevistos relacionados a aumento de demanda ou desfalcque operacional comprometem significativamente as entregas.

Ao se utilizar da premissa do Diagrama de Pareto é notório que a ML possui três principais ocorrências a serem tratadas, que juntas representam 80% dos problemas do seu processo: atraso na entrega de resultados, atraso na coleta e transporte de amostras. Ao considerar que as duas últimas são em sua maioria as causas para a ocorrência da primeira, por dedução podemos dizer que o ponto chave para a melhoria dos atrasos de resultado está na implementação de estratégias intervencionistas nos processos de coleta e de transporte de material.

A performance das NC's da ML demonstra que o processo pós-analítico, com exclusão do atraso na entrega de resultados, apresenta um desempenho qualitativo favorável, em relação ao número de exames realizados, ao considerar as ocorrências potenciais de agravo ao paciente como erro de resultado e atraso no reporte de resultados críticos. Isto porque, ao analisar que elas representam 2% ($n=2$; 1% cada) das notificações direcionadas ao serviço, significa dizer que se trata de um processo bem estruturado internamente a ponto de não ser percebido e gerar notificações de NC pelas áreas clientes. Importante destacar a relevância de que esta performance se mantenha ou melhor, que evolua para a extinção, dado o risco potencial de acometimento de dano ao paciente no caso de a conduta médica ser apoiada em resultados equivocados e/ou tardios.

Cabe aqui também salientar que as duas ocorrências supracitadas não resultaram em agravo ao quadro clínico do paciente por terem sido percebidas previamente pela equipe assistencial. O laudo errado dizia respeito a liberação do resultado do exame de Proteinúria com valor muito abaixo do normal o que despertou na equipe assistencial a suspeita de erro de laudo

e a notificação imediata ao laboratório que refez a análise, constatou a falha e atualizou o resultado em sistema. O atraso no reporte do resultado crítico se deu pelo fato do laboratório ter solicitado recoleta da amostra ao considerar que o resultado estava incompatível com os exames anteriores do paciente, despertando na equipe assistencial se tratar de um resultado de fato crítico por considerar o quadro clínico do paciente, o que o fez adotar a partir daí as condutas médicas aplicáveis. Importante destacar que estas ocorrências além de registros de não conformidades foram notificadas e tratadas internamente também quanto eventos adversos.

As duas situações acima reforçam a importância da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Falhas na comunicação se configuram como fatores potenciais de ocorrência de não conformidades que podem perpassar desde informações imprecisas ou incompletas que dificultem o entendimento da equipe assistencial, a ausência ou falha no reporte de resultados críticos, como por exemplo, que pode resultar em interpretações equivocadas ou retardo diagnóstico.

As demais ocorrências apresentadas no diagrama sobre a tipologia das NC's destinadas à ML encontram-se pulverizadas em números com baixa representatividade de ocorrências. No entanto, importante mencionar nessa discussão a necessidade de desenvolvimento e capacitação da equipe coletadora para adesão às boas práticas de segurança no correto descarte de perfurocortantes (dado ao risco de acidentes biológicos); para a correta coleta de amostras, de modo a evitar a necessidade de recoleta nos pacientes (que se configura como um dano que necessitará ser tratado também como evento adverso); e para a adesão ao reporte imediato à equipe assistencial da necessidade de recoleta de exames, considerando o impacto que trará para o atraso na tomada da conduta médica.

Além do engajamento da equipe é necessário destacar que a manutenção adequada do quadro funcional é um fator de extrema importância para o processo da ML. Sua inadequação frente a demanda é o primeiro indício de que resultará em recebimento de notificações de não conformidades. No ano deste estudo, por exemplo, o serviço apresentou momentos de desequilíbrio operacional motivados por desligamentos com demora de reposição do quadro, o que configurou como uma das causas dos atrasos na entrega dos resultados motivados por atraso de coleta. Um método gerencial adotado pelo líder para análise do desempenho do serviço é o acompanhamento do tempo médio de entrega dos resultados, assim possibilita avaliar o nível de distanciamento dos prazos acordados e atuar nos extremos encontrados.

As situações não conformes relatadas até aqui disseram respeito à atuação exclusiva da equipe da Medicina Laboratorial. Os resultados supracitados não contemplaram as ocorrências

relacionadas ao processo de coleta de exames laboratoriais de responsabilidade da equipe de enfermagem das unidades críticas, estas podem ser identificadas no quadro a seguir através das notificações realizadas pela ML para as áreas hospitalares em que o serviço tem interação.

Tabela 13: Áreas que receberam notificações de Não Conformidades destinadas pela Medicina Laboratorial

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Frequência de notificação/ano
UTI (D)	2	2	1		3	8	4		4	3			27	8
UTI G (Covid)	6	1	2	1	3	3	2		2				20	8
UTI (B)		1	2	3	6	3	4						19	6
Hotelaria	5		1	1	1						1	9	5	
UTI (A)	1		2				1			2	1	2	9	6
Corpo Clínico		1	6								1		8	3
UTI (C)	1				2	1	3						7	4
UTI (F)	1				1					3	1		6	4
Emergência Clínica-Cirúrgica		2							2				4	2
Unidade de Internação (5º)						1				2			3	2
Tecnologia da Informação	1										1	2	2	
Unidade de Internação (3º - Ala A)				1			1						2	2
Centro Cirúrgico I	1												1	1
Centro Obstétrico								1					1	1
Unidade de Internação (2º)				1									1	1
Unidade de Internação (3º - Ala B)						1							1	1
Unidade de Internação (3º - Ala C)								1					1	1
Unidade de Internação (7º)				1									1	1
Unidade de Internação (8º)				1									1	1
UTI (F)						1							1	1

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de Dados das Notificações de Não Conformidades 2021

O laboratório registrou um total de 130 notificações de não conformidades no período do estudo. Destas, 6 foram classificadas como improcedentes pelos líderes das áreas notificadas, sendo consideradas como legítimas o quantitativo de 124 notificações.

O cenário supracitado demonstra que as áreas receberam notificações aproximadamente na mesma proporção da sua frequência mensal, diferentemente do que foi observado no desempenho do serviço de imagem. Isso significa dizer que independentemente do número de ocorrências há uma regularidade de notificação mensal em determinadas áreas que pode ser considerada como parâmetro para a revisão das interações necessárias entre as partes.

Observamos que as UTI's de uma maneira geral, com maior destaque para as UTI (D) e UTI (G), apontam como as principais áreas de recebimento de NC originadas pela ML. Tal resultado é justificado pelo fato deste grupo ser responsável pelas coletas laboratoriais dos pacientes internados naquelas unidades, diferentemente do que ocorre nas demais unidades assistenciais que mantêm essas atividades sendo realizadas pela equipe do laboratório. A tabela 14 apresenta a tipologia das não conformidades registradas pela Medicina Laboratorial para as demais áreas.

Tabela 14: Tipologia das não conformidades registradas pela Medicina Laboratorial

Meses	Não conformidades												Total/ Ano 2021	%
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Erro na coleta de amostras	5	3	3	1	6	4	10	1	2	5	1	2	43	34,7
Ausência/ Atraso de informação de coleta	2	1		3	6	5		1		1	1		20	16,1
Informação de coleta indevida	2		1	1	1	6	4	1		3			19	15,3
Outros	1	3	2						3				9	7,3
Solicitação de exame fora da ronda			6				1						7	5,6
Higienização insatisfatória/ Não realizada	3		1	1								1	6	4,8
Dano ao patrimônio/ equipamento eletromédico				2				1		1			4	3,2
Ausência/ Atraso na coleta de amostras	1						1		1				3	2,4
Atraso na Higienização/ recolhimento de material sujo	2				1								3	2,4
Suspensão de exames				1						1		2	1,6	
Ausência/ Erro de Prescrição Médica										1	1	2	1,6	
Falha na Identificação do Paciente					1		1						2	1,6
Problemas no Tasy (lentidão, inoperância, erro, impressão...)	1											1	2	1,6
Falha na prestação do cuidado			1										1	0,8
Não adesão ao protocolo	1												1	0,8

Fonte: Elaboração própria a partir do Banco de Dados das Notificações de Não Conformidades 2021

A fase pré-analítica de erro na coleta de amostras, ausência/atraso de informação de coleta no sistema e informação de coleta indevida apontam como os três principais alvos de notificação por parte da ML para as demais áreas.

Os erros na coleta de amostra, que representam risco de ocasionar interferência nos resultados, se referiam a: etiquetagem errada na identificação dos tubos (n=20; 46,51%), acondicionamento da amostra em material errado (n=14; 32,55%), volume inadequado (n=2;

4,65%), troca de amostras (n=2; 4,65%), falha na homogeneização da amostra gerando coágulos (n=1; 2,32%) e falhas de caracterização da tipologia da NC por parte da ML que foram registradas como erros de coleta (n=4; 9,3%) mas se referiam ao acionamento do laboratório para coleta de pacientes informados como acesso difícil, mas ao chegar na unidade as amostras já haviam sido coletadas pela equipe de enfermagem. Neste último caso a notificação deveria ter sido realizada com a escolha da opção “outros”, já que não é um tipo de ocorrência cadastrado no sistema.

A ausência/ atraso de informação de coleta diz respeito àquelas situações em que o profissional de enfermagem direcionou a amostra para o laboratório sem desbloquear a prescrição (n=9; 45%) e situações em que a amostra foi disponibilizada para o transportador conduzir ao laboratório sem o registro no sistema da realização da coleta (n=11; 55%), sendo percebidas as pendências apenas na chegada das amostras no laboratório, situações que resultam em impedimento de registro da entrada do material no serviço. Enquanto que a informação de coleta indevida, terceira posição das ocorrências mais notificadas é exatamente o inverso, é a informação no sistema da coleta da amostra pela equipe coletadora, mas quando o transportador foi retirar percebeu que sequer a coleta foi realizada.

Nos contratos firmados com as unidades de terapia intensiva não preconiza um tempo para a informação de coleta no sistema, mas para que não haja comprometimento do prazo de liberação do resultado a coleta deve ser realizada e informada no sistema em até no máximo 1h da solicitação médica. O laboratório acompanha a performance das unidades através do monitoramento do tempo de atendimento do processo por meio das mudanças de status das amostras no sistema.

Percebemos que, de maneira predominante, as ocorrências originadas pela ML para as unidades assistenciais dizem respeito a falhas de adesão da equipe daquelas unidades no cumprimento das boas práticas que envolvem o processo de coleta de exames laboratoriais. Apesar de existirem defensores de que a coleta de amostras laboratoriais deva se restringir à equipe da ML, principalmente pela expertise e exclusividade destes na realização da atividade fim, a extensão da mesma também para a equipe de enfermagem das unidades de terapia intensiva foi uma estratégia organizacional com foco no alcance da sustentabilidade econômico-financeira.

A partir do exposto sobre o cenário das notificações da Medicina Laboratorial podemos concluir que diferentemente do que foi observado no serviço de imagem, o perfil dos setores notificadores de NC apresenta maior pulverização na distribuição das ocorrências. No entanto, chama atenção que a emergência geral lidere o ranking uma vez que este é o único serviço na

unidade hospitalar que possui coletador exclusivo para atendimento dos pacientes, o que requer um olhar aguçado sobre as medidas reversíveis possíveis de serem adotadas.

Embora reconheçamos a importância de melhoria do panorama de atrasos na entrega dos resultados e também da coleta de amostras, vemos como ponto positivo do serviço o baixo índice de falhas graves no processo pós-analítico, a exemplo de erros de resultados e atrasos de reporte de resultados críticos dado o risco elevado destes em causar danos aos pacientes, ao serem utilizados na instituição das condutas médicas. Outro ponto positivo a ser destacado é a performance da liderança no tratamento das não conformidades, tanto no que diz respeito ao tempo de resposta quanto na qualidade da análise, inclusive a constante prática de implementação de mudanças em correção aos problemas identificados.

Não podemos deixar de observar que ao avaliar as notificações de não conformidades recebidas tanto pela Bioimagem quanto pela Medicina Laboratorial e tomar por base a produção média mensal de exames de cada um dos serviços, 4.500 e 90.000 respectivamente, seja tendencioso considerar um baixo índice de ocorrências destinadas aos mesmos. No entanto, como esse estudo não se propõe a analisar a representatividade estatística dos achados e sim a análise qualitativa possibilitada pelos relatos de experiências, prossigamos com o entendimento do perfil das lideranças e sua relação com o tratamento das não conformidades como fonte de informações para viabilização de mudanças nos processos operacionais.

6. O LÍDER: TRAJETÓRIAS E PROMOÇÃO DE MUDANÇAS A PARTIR DE NÃO CONFORMIDADES

Entender as trajetórias dos líderes participantes desse estudo foi uma das estratégias adotadas pela pesquisadora com o objetivo de compreender a relação destas com o processo de liderar e sua influência no tratamento de não conformidades. Para tanto, optamos pelo relato descritivo, e por vezes comparativo, da narrativa dos líderes obtida nas entrevistas de campo a despeito dessa ferramenta que se configura como um importante veículo de obtenção de informações que possibilitam a identificação de oportunidades de mudanças nos processos.

Em seguimento a estratégia adotada no capítulo anterior, ao haver a necessidade de trazer para discussão trechos retirados das entrevistas, estes serão referenciados quanto L1 (Líder Bioimagem) e L2 (Líder Medicina Laboratorial). Da mesma forma, sempre que houver a necessidade de diferenciação entre pensamentos e/ou condutas.

6.1 INDIVÍDUO E TRAJETÓRIA: DO INGRESSO NA VIDA PROFISSIONAL À FUNÇÃO DE LÍDER

Este capítulo tem como principal base de fundamentação as entrevistas realizadas com as lideranças dos serviços de Bioimagem e Medicina Laboratorial. O perfil das líderes entrevistadas é composto de mulheres que se auto identificam como brancas, com faixas etárias distintas com três décadas de distanciamento, com formação acadêmica em segmentos diversos da área da saúde e características de tempo de formação e atuação na área bem discrepantes entre si, fortemente influenciados pela diferença geracional. Apesar de trabalharmos com perfis diferentes, esse estudo não se propõe a estabelecer nenhuma espécie de comparação entre estas duas profissionais. A justificativa para tal é que fugiria totalmente da proposta do estudo que é a busca pelo entendimento de como estas se utilizam das não conformidades para promoção de mudanças, de modo qualitativo, e não com foco na performance de quem promove mais mudanças.

Outro aspecto a ser destacado são as diferentes percepções das lideranças acerca das habilidades e competências necessárias ao desempenho da função de líder. Importante esclarecer que para manter preservada a identidade das líderes entrevistadas, optamos por utilizar códigos identificadores para referir cada líder, em que a letra “L” é utilizada para referenciar a palavra líder e o numeral “1” para especificar se tratar da primeira líder analisada.

O mesmo racional foi adotado para a segunda liderança. A partir daí foi feita a associação de cada líder com a área sob sua gestão, dessa forma, a L1 significa Líder da Bioimagem e L2 Líder da Medicina Laboratorial.

No quadro abaixo é possível avaliar em detalhe uma sinopse da caracterização das líderes participantes da pesquisa.

Quadro 10 – Perfil das Líderes Entrevistadas

Características		L1 (Líder Bioimagem)	L2 (Líder Medicina Laboratorial)
Identificação de Gênero e Étnico-racial	Gênero	Feminino	Feminino
	Raça	Branca	Branca
	Idade	33 anos	64 anos
Formação	Área de formação	Enfermeira	Farmacêutica Bioquímica
	Especialização	■ Terapia Intensiva e Emergência; ■ Gestão de Serviços de Saúde	■ Gestão de Processos ■ Qualidade ■ Gestão em Saúde
	Tempo formação	12 anos	40 anos
Liderança	Tempo de instituição	11 anos	17 anos
	Tempo na liderança	2 anos	15 anos
	Habilidades e competências	■ Proatividade; ■ Organização, e; ■ Responsabilidade	■ Humildade; ■ Resiliência, e; ■ Determinação

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os relatos serão abordados de maneira entrelaçada de modo a tornar aparente as congruências e as divergências dos pensamentos e/ou condutas. Por uma questão de organização lógica dada a identificação por numeral crescente a primeira trajetória a ser apresentada é a da L1 (Líder Bioimagem).

A carreira desta profissional na área de saúde inicia no último ano da faculdade de enfermagem com o seu ingresso numa instituição hospitalar na função de Estagiária de Enfermagem de Recursos Humanos na área de Treinamento e Desenvolvimento. Ali teve a oportunidade de conhecer o ambiente hospitalar de forma sistêmica e desenvolver conhecimentos em áreas nunca imaginadas. Quando estava prestes a se formar, surgiu a oportunidade de participar de seleção interna para enfermeira trainee da UTI, obteve êxito no processo e passou a ocupar esta função na instituição.

Exerceu a função de enfermeira por pouco tempo devido ao encerramento das atividades do hospital alguns meses depois, porém esta experiência lhe possibilitou atender aos critérios de seleção para o cargo de enfermeiro intensivista na atual instituição, onde exerceu a função de enfermeira assistencial por aproximadamente 05 anos. Por também se identificar com o

trabalho administrativo, sempre que havia necessidade, era convidada a substituir o enfermeiro diarista¹⁷, situação que a fez despertar o interesse de atuação fora da área de assistência direta:

“[...] Precisei tirar férias da diarista, aí me apaixonei. Foi realmente quando eu identifiquei que eu gostava muito de lidar com pessoas, de observar, de ter aquela visão diferenciada ao entrar no leito por estar ali todos os dias. Às vezes tem algo na sua frente e quem está na assistência direta não consegue perceber, aí você vem de fora com o olhar sistêmico de processos e enxerga oportunidades de melhoria. Orientar e ver que a coisa mudou com a minha orientação, isso me dá uma satisfação muito grande” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal).¹⁸

A atuação como cobertura de férias prosseguiu por aproximadamente dois anos, o que a fez passar também pela área de auditoria de contas, trazendo ainda mais diversificação para a experiência daquela profissional, bagagem esta que serviria de alicerce para o futuro promissor que lhe aguardava na liderança. No marco da Covid-19 se fez necessário criar uma UTI especializada e designar uma enfermeira diarista para atuação na unidade, com isso esta profissional foi transferida para este setor e passou a ser responsável pela construção de processos de atendimento e fluxos assistenciais em constante alinhamento com as coordenações médica e de enfermagem, além também de ter exercido a liderança com os profissionais deste setor que se encontravam em um contexto social de insegurança e medo por pouco saber sobre a doença.

O excelente desempenho na condução dos processos e da equipe que se encontrava em alto grau de fadiga e stress, fez a profissional ser observada pela coordenação de enfermagem que diante de uma oportunidade a convidou para assumir a liderança do Serviço de Bioimagem e apesar de ser um universo desconhecido, a mesma aceitou o desafio com o compromisso do exercício da função com empenho e dedicação. Foram ao todo 8 anos na UTI para essa mudança de chave na área de atuação, experiência esta que muito contribuiria para o desafio que estava por enfrentar:

“[...] aceitei o desafio e comecei aqui na Bioimagem, foi quando eu também descobri um outro mundo que eu amei. Aqui eu consegui aplicar tudo que eu aprendi estando na UTI, as características de enfermeira intensivista de estar pensando em duas coisas ao mesmo tempo, conseguir resolver mais de uma situação ao mesmo tempo e aquele discernimento necessário para conduta rápida. Tudo isso aliado à minha organização - porque isso já é uma característica minha - tem coisas que é de cada pessoa e não tem ninguém que vá tirar porque faz parte de você. Me considero com uma visão diferenciada” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal).¹⁹

¹⁷ Profissional responsável por avaliar todos os pacientes, orientar e ordenar a equipe de enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem sobre os cuidados a serem prestados aos mesmos.

¹⁸ Informação concedida em entrevista pelo líder do Serviço de Bioimagem em 15 de fevereiro de 2023.

¹⁹ Id.

Na percepção da L1 (Líder Bioimagem) a nova oportunidade se configurou como um desafio prazeroso, inicialmente porque era um campo de atuação totalmente desconhecido, depois por lhe ter oportunizado grandes feitos, pois com a liberdade de atuação concedida pela coordenação de enfermagem, foi possível moldar os processos do serviço ao seu modo de trabalho. Conseguiu conquistar a equipe, identificar gargalos das atividades e propor reorganização de tarefas, atribuindo um novo modelo de operação ao serviço de imagem.

“[...] Eu sempre falo para as equipes que, a relação de liderança é uma relação de mão dupla. Eu tenho que oferecer para o colaborador condições que sejam favoráveis pra ele trabalhar, um ambiente que seja agradável pra ele trabalhar, que seja, né, condizente com as atividades dele. Mas, em contrapartida, ele também tem que me dar condições de eu liderar. E isso tem dado muito certo.” (L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal).²⁰

A trajetória profissional da L2 (Líder Medicina Laboratorial) perpassou caminhos diferentes dos percorridos pela L1. Logo após a conclusão da formação acadêmica em Farmácia Bioquímica a profissional teve a oportunidade de ingressar em uma instituição hospitalar, dirigida na ocasião por um grupo de estrangeiros, para atuar diretamente no laboratório de análises clínicas. Tratava-se de uma instituição com forte enfoque na qualidade dos processos e da assistência, o que a fazia trabalhar com foco na padronização de rotinas.

Para a profissional esse olhar para a qualidade se configurou como um universo encantador, foi uma experiência que lhe apresentou o mundo da qualidade e a fez perceber a importância da sua adoção nas rotinas operacionais:

“[...] Foi o meu primeiro contato com a qualidade, porque quando a gente aqui [Salvador] nem ouvia falar em qualidade, eles já tinham um laboratório montado e qualificado e já com procedimentos operacionais próprios. Então, o conceito de qualidade que me foi apresentado foi trazido lá da Itália. A princípio tudo era muito novo para mim, eu ficava muito assustada, porque era uma coisa que nem na faculdade eu tinha ouvido falar daquilo, mas lá tudo já era feito de forma padronizada e isso foi chamando a minha atenção e cada vez mais fui me encantando com aquilo, né? Porque eu acho que era uma forma, realmente, de conseguir enxergar o processo como um todo e medir todas as suas fases. Isso tinha um ganho muito grande, é claro que não era como hoje, mas para a época, era um diferencial muito grande” (L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).²¹

A atuação no laboratório da instituição perdurou por 6 anos até que necessitou pedir afastamento para ir residir fora do país por questões familiares. Permaneceu fora do mercado de trabalho por nove anos, e no seu retorno à cidade, imbuída no objetivo de voltar a atuar profissionalmente, buscou a instituição em que trabalhava, que na ocasião seguia com o mesmo grupo direutivo, e pediu para reingressar ao quadro funcional do laboratório. Mas como não

²⁰ Informação concedida em entrevista pelo líder do Serviço de Bioimagem em 15 de fevereiro de 2023.

²¹ Informação concedida em entrevista pelo líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023

havia disponibilidade de vaga e também pela defasagem técnica, dado os muitos avanços que tinham ocorrido na área no período em que esteve afastada, não pôde ser reintegrada. Com isso, lhe surgiu a ideia de solicitar à direção que a permitisse desempenhar trabalho voluntário no laboratório, pois seria uma oportunidade de fazer uma atualização prática.

“[...] Então, eu sabia que eu estava defasada em muitas coisas, necessitava de uma reciclagem. Ficar nove anos afastada do mercado, se tem tempo de fazer duas faculdades, né? Daí passei um ano lá fazendo reciclagem, fazendo aulas, monitorias, enfim. Foi um ganho muito grande, percebi que tinha muita evolução no processo. Nessa época, encontrei um sistema de não conformidade implantado, outro contexto de qualidade, percebia com isso a evolução das pessoas e como o processo estava sendo feito”. (L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).²²

A partir daí, portas se abriram no mercado de trabalho, atuou em dois outros laboratórios até o ingresso na instituição atual. Encontrava-se em atuação na bancada dos exames de bioquímica, quando foi convidada pelo coordenador do serviço a também trabalhar numa outra unidade do seu grupo, o que a fez reduzir a carga horária de trabalho nesta instituição para conseguir conciliar as atividades. Se manteve nesta rotina de dois vínculos por alguns anos, com períodos de atuação integral em cada uma das unidades até que em determinado momento lhe foi solicitada a permanência integral na unidade da instituição objeto desse estudo, com o objetivo de implantação do processo de qualidade no laboratório. Ressaltamos que até aqui o vínculo empregatício desta profissional era do laboratório terceiro que prestava os serviços para a unidade hospitalar, objeto deste estudo.

Em 2006 a profissional foi contratada pela instituição hospitalar para atuar como responsável pela bancada de bioquímica. A partir daí passou a assumir a rotina exclusiva neste serviço, permaneceu nesta função por dois anos, até que em 2008 foi convidada pelo coordenador do serviço a chefiar o laboratório. Segundo a líder este foi um dos maiores desafios de sua carreira, pois seu encantamento sempre foi com gerenciamento de rotinas e processos e ao se deparar com a necessidade de gerir pessoas, considerou uma tarefa infinitamente mais difícil:

“[...] foi um desafio muito grande [a liderança], bem grande mesmo, porque eu era muito voltada para processos, bancada, qualidade que era o que me encantava mais, né? [...] Porque não é fácil você pegar uma equipe de 40 e poucas pessoas, hoje são 60, para fazer a gestão. Você fazia gestão de processos, aí passa a fazer a gestão de processos e de pessoas, o que representou pra mim o maior desafio, porque gestão de pessoas é infinitamente mais difícil do que de processos. Eu tinha o maior domínio na gestão de processos, eu sempre trabalhei muito em todas as bancadas, conhecia mais a fundo aquelas em que eu me especializei, mas conhecia todas elas, então a gestão do processo como um todo pra mim ficou fácil, mas a gestão de pessoas foi muito difícil. Então, busquei capacitação, uma nova pós-graduação de gestão em saúde para

²² Informação concedida em entrevista pelo líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

me ajudar nesse quesito.” (L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).²³

Posicionadas nos cargos de líderes os desafios se mostraram de outra forma. No exercício da função as lideranças se viram com novas responsabilidades e com isso se depararam com dificuldades diversas, mas também com o desenvolvimento de habilidades importantes para o desempenho da função, principalmente no que dizia respeito à gestão de pessoas e relacionamento interpessoal.

A L1 (Líder Bioimagem) (Informação verbal)²⁴ relata ter percebido que ao se aproximar da equipe e explicar o porquê de determinada conduta conseguia a aceitação de todos sem resistência na execução das tarefas e nem conflitos posteriores. Utiliza-se de estratégias de comunicação coletiva com a equipe para alinhamento das rotinas, com clareza no repasse das informações de modo a garantir o entendimento de todos. Quando identifica necessidade de implementação de rotina, estrutura a ideia na cabeça e submete a opinião dos colaboradores para realização de um ajuste ou outro no processo, nunca para decisão se deve ou não implementar, por considerar que “se levar para discussão a decisão de implementação da rotina a coisa vai abrir para outras vias e não vamos conseguir chegar em lugar nenhum, por isso deixo claro que é algo que irá acontecer”.

A L2 (Medicina Laboratorial) (Informação verbal)²⁵ diz buscar estabelecer uma comunicação efetiva com seus subordinados para fazê-los entender que o processo a ser desempenhado deve seguir o estabelecido. Se utiliza de estratégias de convencimento aprendidas em um curso de desenvolvimento de Programação Neurolinguística – PNL, que considera ter lhe ajudado bastante no entendimento do contexto da situação, da melhor forma de abordagem com o outro e do porquê de determinado comportamento, daí hoje consegue se colocar no lugar do colaborador antes de qualquer reação. Considera que a relação com a equipe melhorou bastante ao comparar ao início da liderança, porque atualmente pratica mais a escuta do colaborador, solicita sugestão de melhoria para os processos e envolve os mesmos na resolução de problemas, mesmo que ainda seja muito incipiente a participação voluntária destes.

Com métodos distintos de envolvimento, pudemos perceber a valorização dada pelas respectivas lideranças na participação do colaborador nas decisões. Tal característica do líder é encontrada na abordagem da liderança transformacional, que segundo Lima e Neto (2011, p.11)

²³Informação concedida em entrevista pelo líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

²⁴ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Bioimagem em 15 de fevereiro de 2023.

²⁵ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

se caracteriza pela sua preocupação em ouvir de forma ativa as opiniões e ideias dos liderados, incentivando a troca de conhecimentos sob a ótica de diferentes perspectivas, além de promover o autodesenvolvimento dos mesmos. Não podemos perder de vista também que esta conduta tende a contribuir para melhores resultados organizacionais, uma vez que o colaborador comprehende a importância do seu trabalho e o impacto deste nos resultados organizacionais.

No que tange às dificuldades encontradas para o exercício da função de líder, novamente observamos comunhão de opinião entre as lideranças participantes do estudo. Estas consideram o relacionamento interpessoal com seus pares [demais líderes] como o quesito de maior entrave para o processo de gestão. Fazer com que o outro líder caminhe na mesma direção em que se encontra é, na percepção do L1 (Líder Bioimagem), a maior dificuldade enfrentada. Considera existir falta de maturidade nos gestores para reconhecer as fragilidades do serviço sob sua gestão e abolir o pré-julgamento de que o apontamento feito [notificação] é um desmerecimento do seu trabalho ou de sua equipe. Esse desgaste constante com os pares que, em número majoritário, não enxergam o processo da mesma forma que ela, a faz apresentar desmotivação para busca de interação com os mesmos para análise conjunta das melhorias necessárias para o processo.

A L2 (Líder Medicina Laboratorial) (Informação verbal)²⁶ também aborda a dificuldade enfrentada ao necessitar de interação com outras unidades, pois requer a adesão da outra liderança na identificação e implementação das melhorias cabíveis. A mesma acredita que falta as áreas [gestores] se enxergarem como aliadas e não adversárias. Mas, no que tange a sua atuação enquanto líder considera que a dificuldade mais latente é a gestão de pessoas.

Na sua visão, o mundo ideal seria uma baixa rotatividade da equipe e que, todos, além de entender o processo, pensassem e agissem de uma forma uniforme, padronizada e harmônica. Mas, até hoje se depara com membros da equipe que não se entendem direito, com alguns conflitos interpessoais, tentativas de burla contra o colega e que de um modo geral estes não entendem que o processo pode estar muito bem desenhado, mas se não tiver uma ação conjunta não será desempenhado com êxito. Situações que exigem melhor desenvoltura de sua parte no gerenciamento da demanda de modo a garantir que as coisas aconteçam no menor tempo e forma possíveis, assim como maior habilidade sua para entender o *modus operandi* do outro, e evitar reclamações excessivas, mesmo que perceba que as pessoas insistem em despadronizar os processos.

²⁶ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

As trajetórias profissionais dos líderes apesar de se distinguirem no percurso até a liderança, apresentam convergência ao observar que a liderança surgiu na vida destas por meio de um convite da chefia imediata, por terem se destacado enquanto ocupavam as respectivas funções operacionais. Ambas iniciaram a atuação como líder nesta unidade hospitalar, sem nenhuma formação na área de gestão e nem experiência prévia em liderança. Esses pontos de convergência tornam evidente a característica organizacional de oportunizar o crescimento profissional dos seus colaboradores, o que é ponto muito positivo, mas não podemos deixar de mencionar o impacto desta cultura para os processos da organização.

Não há pretensão aqui de caracterizar o modelo como inapropriado, muito pelo contrário, pois do ponto de vista de valorização do corpo funcional esta abordagem se configura como uma excelente estratégia organizacional. Porém, na perspectiva desta pesquisadora, a ausência de um programa de avaliação do perfil do líder, em consonância com a identidade organizacional, antes de sua efetivação no cargo, assim como a ausência de um programa de desenvolvimento e capacitação deste para o exercício da função, se configuram como pontos críticos para o bom desempenho do profissional e entrega dos resultados desejados pela organização. Oportunamente essa consideração foi trazida aqui por haver aspectos contextuais que respaldam esse pensamento, e não necessariamente porque os achados deste estudo consideram que os líderes não apresentam bom desempenho nas funções exercidas.

A percepção das líderes sobre as suas atuações no exercício das funções é de que desempenham um bom papel, mas se reconhecem como em constante evolução, em curva de aprendizado, que se utilizam prioritariamente do envolvimento dos colaboradores nas decisões de implantação ou revisão de fluxos operacionais como forma de obtenção da adesão destes aos processos instituídos. Ambas relatam enfrentar grandes dificuldades para o desempenho das atividades, algumas de ordem pessoal/técnica que consideramos que programas de capacitação e desenvolvimento possam contribuir para melhoria, outras de natureza das relações profissionais com os demais líderes, e para este caso consideramos que se faz necessária uma mudança na cultura institucional em que a abordagem não reativa à identificação de oportunidades de melhorias seja incentivada continuamente.

Programas institucionais de capacitação e desenvolvimento de habilidades-chave para lideranças, principalmente para as recém admitidas nos cargos, nos campos da gestão estratégica, gestão de pessoas e relacionamento interpessoal tais como: comunicação assertiva, gestão de conflitos e desenvolvimento da equipe, adaptação a mudanças, empatia e liderança inspiradora, tomada de decisão e feedback, na visão desta pesquisadora, precisam ser

viabilizados periodicamente de modo a garantir o alinhamento da prática do líder aos valores organizacionais.

6.2 INDIVÍDUO NA FUNÇÃO DE LÍDER E A RELAÇÃO COM AS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES

Esta seção se propõe a entender a percepção dos líderes participantes do estudo sobre a gestão da qualidade no contexto do sistema de notificação de não conformidades enquanto ferramenta de auxílio à gestão. Aqui novamente as entrevistas foram utilizadas como material de base para a coleta da opinião dos líderes sobre a estrutura da ferramenta de notificação de não conformidades, sobre a importância atribuída a mesma, como fazem o tratamento das notificações de não conformidades, como lidam com erros operacionais e as estratégias adotadas para estabelecimento de interação com as demais lideranças.

Importante destacar que o principal objetivo da ferramenta de notificação de não conformidades é possibilitar a relatoria de fatos ocorridos no desempenho das atividades operacionais que se configuraram como quebra de acordos intersetoriais ou de diretrizes institucionais, amplamente difundidas. Muitas das vezes as ocorrências antes de serem relatadas no sistema não são dadas conhecimento à liderança imediata, seja por intencionalidade do colaborador, por esquecimento devido a rotina do plantão, pela inacessibilidade para com o gestor ou por qualquer outro motivo desconhecido, o que reforça a relevância da ferramenta inclusive como um canal de ciência do próprio gestor sobre as questões habituais que envolvem o seu serviço e de algum modo podem acarretar prejuízos para o processo.

A opinião de ambas as líderes participantes do estudo sobre a ferramenta de notificação de não conformidades é de sua extrema relevância para o processo gerencial e o quanto ela oportuniza a identificação de melhorias para os processos, se bem utilizada pelo gestor. A L1 (Líder Bioimagem) (Informação verbal)²⁷ relata gostar muito do sistema de não conformidades, inclusive de receber notificações, por enxergar nas situações relatadas oportunidades de melhoria para o método de trabalho, considera que a visão do outro sobre seu processo possibilita identificar fragilidades que no dia a dia passam despercebidos devido ao olhar viciado sobre as atividades habitualmente desenvolvidas. Considera a ferramenta excelente

²⁷ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Bioimagem em 15 de fevereiro de 2023.

desde a forma de notificação, que classifica como fácil, simples e objetiva, até a metodologia de encaminhamento e tratamento das ocorrências.

O ponto nevrálgico considerado pela L1 é a postura da maioria dos líderes que responde as ocorrências com resistência à aceitação da falha mesmo diante de informações claras sobre a concretização da mesma, o que a faz adotar a conduta de não reação com réplicas aos e-mails para evitar desgastes na relação. Considera importante que a outra liderança entendesse que as justificativas dadas para as ocorrências das falhas explicam a situação e/ou o contexto dos fatos, mas não descaracteriza a ocorrência, e que, ainda assim, terão situações que ajustes nos processos serão necessários. Reconhece o importante papel desempenhado pela área de GQ quando intervém na classificação da ocorrência e atribui *procedência* diante de divergências de posicionamento, mas que os fatos evidenciam que a notificação foi devida.

A L2 (Líder Medicina Laboratorial) (informação verbal)²⁸ considera a ferramenta de não conformidades como crucial e “importantíssima para a melhoria contínua do processo” por sempre tê-la compreendido não como apontadora de erros, mas sinalizadora das fragilidades que “existiam, existem e sempre existirão” e que precisam ser melhoradas. Aborda ainda que a Medicina Laboratorial saiu na frente no entendimento da importância dos registros de não conformidades por se tratar de um processo implantado internamente no serviço, para registros entre as equipes das bancadas, antes mesmo de ser um programa institucional.

A L2 reconhece que no início enfrentou muito conflito porque a equipe ainda não tinha o entendimento do propósito do método, os colaboradores se estressavam, encaravam como punição, se aborreciam e ficavam zangados entre si, e até se utilizavam de revide de notificações como uma forma de dar o troco. Mas hoje, identifica que na sua equipe “o processo está internalizado, a filosofia implantada, as pessoas já mais ambientalizadas”, porém a relação com as outras áreas do hospital, até hoje, ainda considera um desafio muito grande, mesmo com melhora significativa desde a implantação institucional do sistema. Classifica a ferramenta como de fácil utilização e com bastante fluidez tanto na notificação quanto no retorno das respostas.

O entendimento da utilização da ferramenta de não conformidades como subsídio para a gestão é amplamente consolidado nas referidas lideranças. Observamos que em ambas abordagens o instrumento não é restrinido a um simples veículo de reporte de falhas, mas sim como uma fonte de informações para o serviço que possibilita a detecção das fragilidades dos processos, até aquelas não identificadas no desempenho diário das atividades operacionais.

²⁸ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

Importante considerar que o tratamento dado às notificações é o que se destaca enquanto diferencial de conduta do líder, pois é isso que permitirá a identificação das causas potenciais das ocorrências para posterior proposição e implementação de ações que coibam novas ocorrências.

No que tange a tratativa das ocorrências, a L1 (Líder Bioimagem) ao receber uma NC faz uma leitura preliminar, identifica o processo a ser analisado e destina a notificação para uma pasta eletrônica, exclusiva para este fim, para guarda do registro e localização posterior para retorno à GQ com a conclusão da investigação. Lança a ocorrência numa planilha de quadro de melhorias e aplica a ferramenta dos 5 Porquês para entender a causa raiz das ocorrências, por considerar que voltar atrás para entender o ponto inicial do problema é sempre o melhor caminho. Além do rastreamento no sistema, por vezes identifica a necessidade de obtenção de esclarecimentos com os profissionais envolvidos na situação e a partir daí novas necessidades de complementação de informações com outro(s) colaborador(es) podem ser identificadas, e isso inicia uma cadeia dependente que contribui, às vezes, para o prolongamento do processo de apuração e resulta em algumas situações no descumprimento do prazo de análise.

Importante destacar que o exercício da liderança por si só requer habilidades, as quais necessitam ser aprimoradas e/ou desenvolvidas constantemente. Ao avaliar as necessárias ao bom tratamento das não conformidades a L1 considerou importante ter aguçada a capacidade investigativa e analítica:

“[...] É importante primeiro entender a notificação e depois aplicar a questão dos porquês. Isso aí ajuda muito, é o ponto fundamental. Entender o porquê que aquilo aconteceu, se abastecer da maior quantidade de dados possíveis: quais foram os colaboradores, em que contexto ele estava, quem são os envolvidos naquele processo, ir atrás de informações com eles, perguntar exatamente o que foi que aconteceu. Até construir o raciocínio diante daquilo para conseguir responder a NC. ((L1 (LÍDER BIOIMAGEM), 2023, Informação verbal).

A metodologia utilizada pela L2 (Líder Medicina Laboratorial) se assemelha com a L1 (Líder Bioimagem) no que diz respeito à organização das não conformidades recebidas em pastas eletrônicas para posterior investigação. Difere na utilização da ferramenta Diagrama de Ishikawa para investigação das causas das ocorrências e definição das ações de melhoria.

A L2 adota como conduta a rastreabilidade da ocorrência através da consulta dos horários dos status das amostras no sistema para busca das evidências necessárias à classificação da (im)procedência das notificações recebidas. Mas, antes de responder à GQ, solicita ao supervisor da bancada envolvida a apuração dos fatos e emissão de justificativa para a ocorrência. A partir daí confronta o parecer do supervisor com os seus achados da investigação no sistema, e caso concorde plenamente com o parecer documenta a tratativa dada à situação,

inclusive as ações intervencionistas que foram ou serão adotadas e direciona para a GQ. Do contrário, emite o parecer ao seu modo e responde à GQ com a rastreabilidade da ocorrência e as ações identificadas como necessárias e aborda individualmente o supervisor posteriormente para avaliação conjunta da situação. Considera que esta é uma forma de envolvimento da equipe na promoção de melhorias, e tem consciência de que nem sempre a primeira ação que se implanta vai corrigir o processo e resultar em mudanças imediatas.

Do ponto de vista da L2 as habilidades necessárias ao bom tratamento das não conformidades são:

“[...] Ter uma boa capacidade de percepção de melhoria, ter humildade para reconhecer o que sabe e o que não sabe, ter a capacidade e também competência de fazer sugestões. É preciso entrar no processo, entendê-lo, porque aí é possível identificar onde está a fragilidade. Assim eu promovo a melhoria do meu processo ou consigo sugerir melhoria para o processo do outro. E na sugestão de melhoria é preciso ter a humildade de entender, é preciso ter essa receptividade, entendeu? Eu acho que tudo se resume em uma palavra: humildade! [...] capacidade de fazer uma análise crítica eficaz, não ter resistência e ser humilde. ((L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal).

Observamos pontos de convergência e também distinção nos métodos de tratamento das NC's pelas lideranças. Ambas adotam a mesma rotina de organização das notificações recebidas em pastas eletrônicas para acompanhamento da tratativa dada e envolvem a equipe [mesmo que de formas distintas] na apuração dos fatos. Mas diferem no tipo de ferramenta investigativa utilizada e na forma como se utilizam das informações obtidas dos colaboradores: a primeira prática a escuta ativa do colaborador, avalia o cenário e estrutura a devolutiva para a GQ, enquanto que a segunda rastreia a ocorrência via sistema, solicita parecer do supervisor do colaborador e estrutura a devolutiva para a GQ a partir das suas conclusões.

Para ambas, a necessidade de envolvimento do colaborador no processo de análise dificulta o cumprimento do prazo de resposta às ocorrências, por precisar às vezes aguardar o próximo plantão do profissional [que pode se distanciar bastante da data da ocorrência] para obtenção dos esclarecimentos necessários.

A condução de um processo de apuração das causas de uma NC pode resultar na identificação, por parte da liderança, de um erro operacional cometido pelo colaborador. As líderes entrevistadas posicionaram não apresentar nenhum grau de dificuldade em abordar o erro com o colaborador e discorreram sobre os respectivos métodos de abordagem.

A L1 (Líder Bioimagem) (Informação verbal)²⁹ diz não ter dificuldade alguma em tratar sobre erro com o colaborador e acredita que o método adotado de chamar o colaborador, ler a

²⁹ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Bioimagem em 15 de fevereiro de 2023.

notificação para ele e resgatar a cronologia do atendimento incluindo a(s) etapa(s) que deveria(m) ser executada(s) pelo profissional contribui para que a abordagem seja fluida, que ele se enxergue no processo e a partir daí haja a identificação e o reconhecimento do momento em que houve o descumprimento da rotina. Acrescenta que apesar de fazer a orientação individual, também se utiliza do erro para passar uma orientação geral para todo o grupo “porque, senão semana que vem, tá de novo o mesmo problema”.

Enquanto que a L2 (Líder Medicina Laboratorial) (Informação verbal)³⁰ diz chamar o colaborador de forma reservada, relatar o contexto da ocorrência e buscar identificar na percepção dele qual a caracterização do problema, qual a dificuldade encontrada (processo ou pessoal) na execução da tarefa e como pode ajudá-lo a melhorar. Observa que de um modo geral ao fazer a abordagem do processo para os colaboradores identifica que todos sabem exatamente o que é preciso fazer, no entanto na operacionalização da tarefa as falhas acontecem, por não ter alguém que acompanhe o tempo inteiro a execução da prática. Enfatiza não ser favorável a tratar a falha com uma abordagem coletiva como se o erro fosse estendido a todos da equipe, porque acredita que assim o profissional que falhou não vai se apropriar das orientações.

Importante esclarecer que o último argumento supracitado é destacado pela liderança em discordância à política da gestão da qualidade que prima pela manutenção do anonimato do colaborador notificador sem revelar para as lideranças [da área notificada ou notificadora] a identificação do profissional. Enquanto GQ compreendemos o argumento da liderança de que a orientação focada no colaborador que “errou” seja mais assertiva, no entanto, entendemos que a política da qualidade objetiva não fragilizar o relacionamento de confiança estabelecido com o colaborador e por essa razão a decisão pela restrição da ciência do notificador apenas pela área da GQ, isso apenas para o caso de se fazer necessário a busca de algum esclarecimento sobre a notificação para melhor compreensão do ocorrido.

Ainda sobre a relação com as não conformidades, a L1 (Líder Bioimagem) (informação verbal)³¹, relatou ter o hábito de buscar alinhamentos com as lideranças pares focados na implementação de melhorias para os processos, mas que encontra muita dificuldade de entendimento destas sobre esse propósito e uma percepção de que as mesmas compreendem as sinalizações como desmerecimento da atuação enquanto gestão. Exemplificou que em uma dessas tentativas procurou um determinado líder para um diálogo sobre a demora no encaminhamento dos pacientes para a realização de exames e também sobre as sucessivas

³⁰ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

³¹ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Bioimagem em 15 de fevereiro de 2023.

solicitações de reprogramação de procedimento sob alegação de mudanças no quadro clínico do paciente, se colocando à disposição para os ajustes de processo que se fizessem necessários, mas desistiu de persistir na busca de alinhamento ao perceber que não avançariam na discussão devido a resistência do líder em compreender as melhorias cabíveis.

É válido reforçar que este cenário resulta em grande impacto para o tempo de disponibilização do laudo do exame e que a Bioimagem acaba inclusive como alvo depois de notificação por atraso. Como medida alternativa a L1 estabeleceu a normativa de que nessas situações a unidade solicitante deve realizar o cancelamento do pedido do exame e refazer a solicitação quando o paciente estiver bem clinicamente com condições de ser transportado para a sala de exames. Uma medida adotada de forma unilateral por ausência de alinhamento entre as partes para definição das situações em que seria cabível a reprogramação do exame.

A L2 (Líder Medicina Laboratorial) já não enfrenta o problema supracitado, por ter implementado um mecanismo com a Tecnologia da Informação (TI) de cancelamento automático das solicitações de exames que não foram coletados pela equipe de enfermagem no intervalo de tempo de 6h da prescrição médica, o que passa a requerer uma nova solicitação em caso de manutenção da necessidade do exame.

A L2 (Líder Medicina Laboratorial) (Informação verbal)³² diz promover reuniões de alinhamento com as áreas clientes e que se sente muito feliz quando percebe boa receptividade da outra liderança para discussão dos processos frágeis. Citou como exemplo uma determinada área que passou recentemente por uma mudança de gestão e com isso passou a ser um case de sucesso, pois a relação entre as áreas que sempre foi muito conflituosa, passou a ser de muita interação em busca de melhoria. Percebeu que havia um desconhecimento da equipe operacional desta unidade sobre as rotinas relacionadas a realização de exames laboratoriais e que a nova liderança, por iniciativa própria, solicitou capacitação dos profissionais. Enfatizou se tratar de um perfil minoritário de líder, pois a maioria deles além de não ter boa receptividade assume postura de resistência ao processo sob alegação de que “esse processo não é meu, esse processo não é meu... gente, o processo é nosso, né? O processo é nosso”. Defende que quando há interação entre as áreas, acontecem avanços importantes nos processos.

Para a L2 (Líder Medicina Laboratorial) além de entender o processo que gerencia faz-se necessário que a chefia puxe para si a responsabilidade de orientar e acompanhar a equipe. Citou como exemplo um pedido de reunião que fez para um líder para alinhamento sobre os açãoamentos para coletas de acesso difícil dado o número elevado destes e o impacto causado

³² Informação concedida em entrevista pelo Líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

na rotina, e o retorno deste foi alegar que não adiantava alinhamento porque os acionamentos realizados eram de fato necessários dada a condição dos pacientes. Mesmo ao contrarargumentar que a proposta visava identificar meios de minimizar as solicitações através da orientação da equipe para obtenção de maior destreza na coleta desses perfis de pacientes, ainda assim não obteve a aceitação do líder de reunir. Destaca inclusive a ausência de compreensão do líder sobre o impacto causado na Segurança do Paciente, pois o atraso da coleta resulta em comprometimento do tempo de liberação dos resultados. ((L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal)³³.

De um modo geral as principais dificuldades encontradas pelas líderes para interação com as áreas clientes sobre as não conformidades relativas ao processo operacional estão concentradas na esfera comportamental das lideranças. A L1 (Líder da Bioimagem) destaca como tal a ausência de receptividade dos líderes nas tentativas de diálogo e a manutenção da ideia fixa de que seu ponto de vista é o certo, enquanto que a L2 (Líder da Medicina Laboratorial) considera a ausência de humildade para o reconhecimento do não entendimento sobre o processo e a necessidade de busca por conhecimento, assim como a ausência de interação para uma atuação conjunta em prol da segurança do paciente. ((L1 (LÍDER BIOIMAGEM; L2 (LÍDER MEDICINA LABORATORIAL), 2023, Informação verbal)³⁴.

As líderes participantes do estudo apresentam características bem distintas no que diz respeito ao *modus operandi* no tratamento das não conformidades e total convergência ao considerar o entendimento de ambas sobre a importância da ferramenta como um subsídio de gestão e promoção de mudanças nos processos operacionais. Chama atenção de que mesmo com abordagens diferentes, tenha havido comunhão entre elas sobre a principal dificuldade enfrentada no processo de tratamento das NC's: à ausência de receptividade do líder na avaliação dos processos (resistência à aceitação da NC). Na visão das lideranças é inquestionável os ganhos possibilitados pelo sistema de notificações de não conformidades, caso haja o tratamento adequado das ocorrências. Ele é caracterizado como positivo e de extrema relevância na implementação de mudanças quer sejam de abrangência setorial ou institucional.

³³ Informação concedida em entrevista pelo Líder da Medicina Laboratorial em 14 de fevereiro de 2023.

³⁴ Id.

7. INDIVÍDUO NA FUNÇÃO DE LÍDER E O USO DAS NÃO CONFORMIDADES COMO ALIADAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MUDANÇAS

As informações obtidas a partir das notificações de não conformidades possibilitam tratativas diversas, de menor ou maior grau de investimento de recursos (financeiros, tecnológicos, humanos ou intelectuais), mas que tenham como premissa a promoção de mudanças em um determinado cenário.

Desde a implementação da ferramenta de notificação de não conformidades na instituição, os serviços aqui apresentados reúnem inúmeras mudanças implementadas a partir das não conformidades. Algumas resultaram em melhorias de processo, outras não, as quais inclusive podem ter sido descontinuadas ao longo do tempo, mas o fato é que foram realizadas tentativas com foco na melhoria de cenários.

Como este estudo não tem pretensão de especificar aqui todas as mudanças implementadas nos respectivos serviços a partir de não conformidades, principalmente devido a inexistência de uma memória histórica documentada na instituição que permita o resgate dessas informações, optamos pelo relato neste capítulo de dois casos que foram escolhidos como de grande relevância pelas respectivas lideranças, no período da sua gestão, pela contribuição dada ao fortalecimento da cultura de segurança dos pacientes na unidade hospitalar.

7.1 O CASE MARCAPASSO: A IMPLEMENTAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PRÉ-PRESCRIÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Este caso se caracteriza tipicamente diferente do contexto habitual de implementação de melhorias a partir de não conformidades. Normalmente uma área ao se ver notificada frequentemente com uma ocorrência ou com uma situação esporádica, porém com elevado potencial de gravidade, estabelece ou não mudanças nos processos relacionados que por conseguinte poderão ou não resultar em melhorias operacionais. Este caso se destaca por ser um exemplo prático de que mudanças podem ser viabilizadas a partir da identificação de situações não conformes que necessariamente não tenham sido cometidas pela área implementadora da mudança.

Este caso se caracterizou em março de 2021, quando um médico intensivista prescreveu um exame de Colangiopancreatografia por Ressonânciâ Magnética (CPRM) para um paciente

que se encontrava internado na UTI B, sem sinalização no pedido de nenhuma especificidade clínica do paciente. A Bioimagem recebeu automaticamente o Boletim de Serviço (BS) com a especificação do referido exame, o técnico de enfermagem da Bioimagem visualizou o exame em tela e entrou em contato com o enfermeiro da unidade de internamento do paciente para programação do procedimento, o qual nesta oportunidade também não sinalizou necessidades especiais do paciente, nem registrou nenhuma observação no prontuário. A equipe da UTI B preparou o paciente e o conduziu para o setor de imagem para a realização do exame.

Na chegada à Bioimagem o técnico de enfermagem recebeu o paciente, fez o *check list* de verificação da retirada dos itens que contivesse metal e quando estava na porta da sala de exames, prestes a direcioná-lo para dentro, foi abordado por outro profissional que o indagou sobre a aplicação do questionário admissional pré-exame e ao perceber a ausência, parou e realizou a entrevista ao paciente momento em que identificou que este era portador de marcapasso (um pequeno dispositivo eletrônico implantado perto do coração que objetiva monitorar e controlar os batimentos cardíacos - condição clínica que contraindica a realização do exame de ressonância uma vez que o procedimento pode interferir no funcionamento do eletrodo do equipamento). Na ocasião, o processo foi interrompido, o exame foi suspenso e o paciente transportado de volta para a unidade de internamento de origem. Posteriormente, por haver a necessidade de fechamento do diagnóstico clínico, o paciente foi submetido ao procedimento de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), no serviço de Endoscopia.

Pudemos perceber quebras de barreiras em todo o ciclo da assistência. O primeiro deles se inicia com a prescrição de um exame contraindicado para o paciente e se confirmada a extrema necessidade do mesmo, a ausência de acionamento da equipe de cardiologia para avaliação da possibilidade de desprogramação temporária do aparelho de marcapasso para realização do procedimento. A segunda falha está relacionada ao transporte do paciente para a Bioimagem sem a comunicação da UTI B para este serviço ou documentação em prontuário sobre o paciente ser portador de marcapasso, e por fim o quase erro de encaminhamento de um paciente portador de marcapasso para a sala de exame, pelo fato de ter havido quebra no cumprimento da rotina admissional que preconiza a avaliação de riscos do paciente logo na sua chegada ao serviço pelo profissional que o recebeu.

A liderança do serviço de Bioimagem notificou não conformidade para a UTI B por erro de prescrição médica e por preparo inadequado do paciente e iniciou um movimento de reavaliação do processo interno como um todo para identificação de oportunidades de melhoria,

dado o risco elevado de fragilidade na assistência a esse perfil de pacientes, em caso de recorrência.

A primeira iniciativa adotada foi a reavaliação da ficha de entrevista do paciente para a realização da ressonância, com organização das perguntas mais importantes todas juntas e no início do *check list*. Também foi solicitado o apoio da TI para criação de um questionário para deixar associado à prescrição médica, dessa forma, todas as vezes que o médico prescrever uma ressonância torna-se obrigatória a resposta a algumas perguntas sobre as condições clínicas do paciente, inclusive a pergunta se é ou não portador de marcapasso (vide figura 17). Outra barreira implementada é que as informações inseridas nesse *checklist* são importadas do sistema e registradas no BS, de modo que o técnico de enfermagem responsável pela admissão do paciente possa identificar, logo após a prescrição médica, quais as características básicas do paciente a ser atendido, inclusive as comorbidades.

Figura 17: Tela de Avaliação Pré Procedimento de Ressonância

The screenshot displays a medical software interface. On the left, there's a main window titled 'Prescrição dos Exames e Procedimentos de Rotina' with fields for 'Médico executor', 'Indicação clínica', and 'Diagnóstico'. Below these are tabs for 'Rotinas', 'Laboratório', 'Exames SADT', and a list of medical procedures. The 'Exames SADT' tab is active, showing a long list of checkboxes for various exams like Angio-RM de Arco Aórtico, Angio-RM Arterial De Abdome Superior, etc. On the right, a modal dialog box is open with the title 'Avaliação para procedimentos (RM Da Coluna Cervical)'. It contains fields for 'Data avaliação', 'Dt liberação', 'Avaliador', 'Tipo avaliação', 'Observação', 'Regra', and 'Avaliador auxiliar'. Below this, there's a section for 'Solicitação de Ressonância Magnética' with options for 'Pacientes Internados e no Leito Espelho - (24h)' and 'Trauma / Compressão Medular / Encefalite / AVC - (3h)'. A large text area labeled 'Motivo do Exame / Suspeita ...' is present. At the bottom of the dialog box, there are several questions with radio button options: 'Paciente em isolamento?', 'Paciente entubado e/ou em uso de bomba de infusão?', 'Em uso de marcapasso, clipe/implantes metálicos ou possui fragmentos de metais no corpo?', 'Indicação de Sedação?', 'Locomoção do Paciente:', and 'Fonte: Sistema da Instituição'

Fonte: Sistema da Instituição

As mudanças supracitadas possibilitam atualmente que o serviço de enfermagem da Bioimagem detenha informações fundamentais sobre a clínica do paciente antes da sua chegada no serviço. Dessa forma, se identificada qualquer contraindicação à realização do exame, o serviço antecipadamente consegue fazer contato com a unidade requisitante para realização dos devidos alinhamentos, que pode incluir a decisão pela suspensão ou cancelamento do exame, caso seja necessário.

O relato deste caso demonstra que um olhar atento do líder às oportunidades de melhoria nos processos independe da posição ocupada no contexto relatado e sim da sua capacidade entusiasta de enxergar/ buscar soluções para os problemas, mesmo na incerteza de que estas resultarão em melhorias. Neste caso em específico a liderança do serviço de imagem poderia ter se restringido a notificar não conformidade para a UTI B pela falha cometida, a unidade poderia rever as suas rotinas e passar a ser mais atenciosa na avaliação das contraindicações para realização dos exames e talvez conseguisse erradicar falhas futuras, mas barreiras de segurança, com abrangência institucional como estas que foram adotadas, não seriam implementadas, e o risco de que a falha voltasse acontecer com pacientes internados em outras áreas da unidade hospitalar, continuaria existente.

Embora o caso supracitado tenha sido eleito pela liderança da Bioimagem como o mais marcante, desde que está à frente da gestão, no que diz respeito a implementação de mudanças a partir de não conformidades, foi possibilitado a mesma relacionar outras mudanças que fossem facilmente lembradas por terem gerado impactos positivos na operação, ou seja, que tenham resultado em melhorias de processo, por menores que fossem. Estas estão demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 11 – Mudanças implementadas na Bioimagem a partir das notificações de Não Conformidades

Situação Não Conforme	Causa(s) principal(is)	Mudanças implementadas	Investimento
Atraso na realização de USG Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desfalque operacional ▪ Falha de planejamento da rotina operacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão do contrato com a Obstetrícia; ▪ Alteração da escala de trabalho dos médicos; ▪ Revezamento da equipe médica e enfermagem nos horários de almoço e descanso noturno, tornando o atendimento contínuo; ▪ Instituição de mais um horário para realização de USG nas UTI's, passando de 1 para 2x ao dia, com diminuição do tempo dedicado a essas unidades e ampliação da disponibilidade da agenda. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão de processo

Quadro 11 – Mudanças implementadas na Bioimagem a partir das notificações de Não Conformidades

Situação Não Conforme	Causa(s) principal(is)	Mudanças implementadas	Investimento
Atraso na realização de exames	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falha de planejamento da rotina operacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de uma distribuição mensal de técnicos para atendimento da agenda de eletivos e internados, possibilitando melhoria da aplicação dos questionários admissionais e melhor assistência ao paciente com profissional dedicado do início ao fim do atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão de processo
Atraso na realização e liberação dos laudos de Ressonância	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução de equipe médica aos finais de semana; ▪ Demanda elevada de exames eletivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação da telemedicina (concessão de acesso remoto aos médicos para visualização das imagens e emissão dos laudos); ▪ Bloqueio de horários na agenda ao longo do dia para realização dos exames de pacientes internados, após estudo da produção média diária. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestrutura de TI ▪ Revisão de processo
Falhas de planejamento da agenda de intervenções eletivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de controle dos procedimentos agendados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de um impresso para preenchimento da enfermeira responsável pelo recebimento/ análise das solicitações de intervenções eletivas com encaminhamento de cópia para o setor de pré-internamento para obtenção de autorização junto ao convênio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão de processo
Preparo inadequado de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconhecimento das equipes sobre as orientações de preparo para realização de exames de imagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de cartilhas orientadoras e treinamento da equipe de enfermagem para seguimento das orientações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão de processo
Perda de estabilidade de material biológico extraído de punção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de encaminhamento do material para análise laboratorial devido a entrega equivocada ao paciente ao invés do enfermeiro da unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração do fluxo de encaminhamento do material das intervenções para o laboratório (solicitação de análise laboratorial passou a ser realizada pelo médico intervencionista, sem a necessidade de aguardar a prescrição do médico assistente e a amostra direcionada diretamente ao laboratório, sem passar pela unidade de internação). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão de processo

Fonte: Elaboração própria

7.2 O CASE ROTA SEPSE: A IMPLEMENTAÇÃO DE ALERTA NO SISTEMA

No ano de 2012 foi implantado na instituição objeto do estudo, o Protocolo de Prevenção a Sepse com o objetivo de guiar a conduta dos profissionais em prol da qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes suspeitos ou diagnosticados com essa condição clínica.

Sepse é conceituada pelo Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) como uma “disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção”, que pode evoluir para uma condição ainda mais grave chamada choque séptico que se caracteriza como uma anormalidade circulatória e celular/metabólica secundária a sepse que pode aumentar significativamente a mortalidade. Para tanto, se faz necessária a presença de hipotensão com uso de vasopressores para manter a pressão arterial média $\geq 65\text{mmHg}$ e lactato $\geq 2\text{mmol/L}$, após adequada ressuscitação volêmica (ILAS, 2016).

A sepse pode ser desencadeada por uma variedade de infecções, como pulmonares, abdominais, renais, sanguíneas, entre outras. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da mesma (febre, confusão, dificuldade respiratória, batimentos cardíacos acelerados, pressão arterial baixa, entre outros), além do diagnóstico e tratamento apropriado nas primeiras horas, comprovadamente, são fundamentais para melhoria dos desfechos, com aumento das chances de sobrevivência (ILAS, 2016). O exame Lactato é um dos marcadores contemplados no pacote de sepse definido no protocolo institucional, conforme recomendação dos *guidelines* da época, que previa a realização do exame na primeira hora do atendimento a pacientes suspeitos mesmo sem clara disfunção orgânica (EVANS *et al.*, 2021).

Na ocasião da implementação do protocolo na instituição foi definida como meta interna a disponibilização do resultado do exame em até 40min da prescrição médica, o que caracterizava na época um grande desafio para a Medicina Laboratorial, uma vez que nesse tempo estavam englobados a ciência da existência da prescrição do exame, o direcionamento do coletador para a unidade requisitante, a realização da coleta, o transporte da amostra para o laboratório, o processamento do exame, para enfim a liberação do resultado.

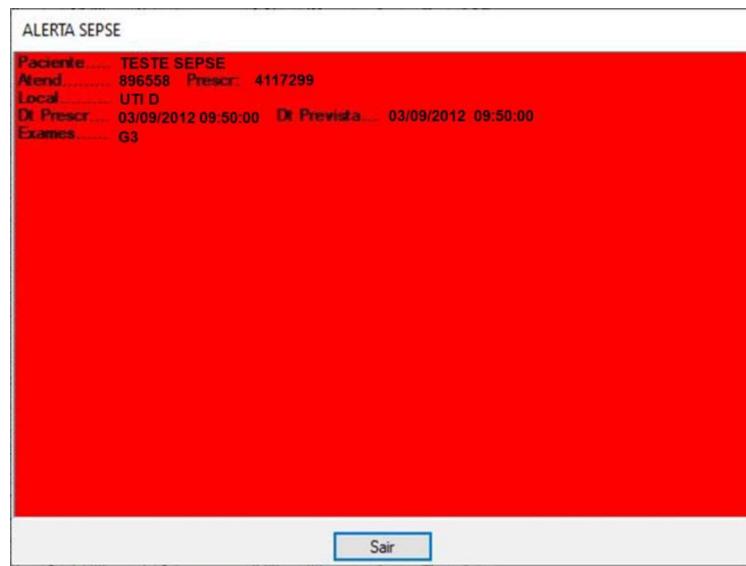
As dificuldades para conseguir atingir o objetivo eram inúmeras, algumas de ordem logística (a estrutura organizacional dificultava o deslocamento dos coletadores em tempo hábil) outras de ordem processual, as quais estavam relacionadas a problemas de entendimento da equipe quanto à urgência necessária para a realização do exame. Na ocasião, toda a instituição estava mobilizada para o sucesso da implantação do protocolo, e com isso todos os atrasos de coleta e de liberação de resultado eram registrados enquanto não conformidades, principalmente pela Emergência que era e continua a ser a principal ativadora do protocolo sepse. O processo começou a gerar muita preocupação para a liderança do laboratório, pois estava muito fragilizado.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que era responsável pelo gerenciamento do protocolo começou a pressionar o laboratório para a melhoria dos resultados. A própria Medicina Laboratorial começou a se incomodar com a performance e principalmente

com o impacto causado na assistência ao paciente. O processo havia sido desenhado todo de forma manual, ao perceber que o controle não estava eficaz, a liderança do laboratório buscou o apoio da TI para avaliação da possibilidade de utilização do sistema para apoiar na melhoria do processo.

Muitas reuniões foram realizadas entre a liderança do laboratório e a equipe da TI no intuito de idealizar um método que otimizasse o processo, tanto no que dizia respeito a identificação rápida da prescrição do protocolo quanto das atividades subsequentes relacionadas ao processamento do material e liberação do resultado. Esse movimento fez surgir o Alerta Sepse, um mecanismo sonoro, desenvolvido pela TI, que é disparado em todos os computadores do laboratório imediatamente após o médico ativar o protocolo no sistema através da escolha da prescrição padrão. Além da sinalização sonora da frase “Protocolo Sepse” nos alto-falantes dos computadores, nos visores dos mesmos aparece um *pop-up* com informações sobre os dados de identificação do paciente a ser coletado (nome, número do atendimento e da prescrição), local de internamento do paciente, data e hora da prescrição e da previsão de coleta e o perfil dos exames a serem coletados.

Figura 18: Pop-up Alerta Sepse



Fonte: Sistema da Instituição

No início a equipe apresentou muita resistência ao método, sob alegação de incômodo com a emissão sonora do alerta, além de associação a stress e fadiga (relato de cefaleia constante), mas com o passar do tempo e a persistência do líder na sensibilização da equipe sobre os benefícios para o processo, aos poucos ocorreu a internalização da ferramenta como

um importante instrumento para condução do processo. A estratégia adotada pela liderança foi a demonstração prática de que o correto gerenciamento das ordens de coleta eliminaria as queixas relatadas, uma vez que o registro da informação no sistema de que a amostra deu entrada no laboratório, interrompia a emissão do som. Importante destacar que a liderança também solicitou à TI a ativação do alerta em seu computador, tanto para que pudesse acompanhar a execução da rotina quanto para mostrar para a equipe que também estava exposta ao incômodo causado pela ferramenta, como uma forma de demonstrar empatia com a mesma.

Até então o foco da ferramenta era melhorar a adesão dos técnicos de laboratório, porque eles que coletavam as amostras, levavam para o laboratório e iniciavam imediatamente o processamento dos exames, para não haver atrasos nas fases pré-analítica e analítica. Mas, com o passar do tempo e a consolidação da rotina, começou-se a observar alguns atrasos na fase pós-analítica, que é a liberação do resultado, de responsabilidade dos analistas laboratoriais. Como melhoria, a liderança decidiu pela extensão do alerta até a referida fase, dessa forma, ele deixou de ser desabilitado na chegada da amostra no setor passando a ser após a liberação do resultado no sistema. Assim como esse, alguns outros processos de melhoria foram implementados na ferramenta até que ela realmente passasse a ser considerada eficaz.

Atualmente a performance do serviço apresenta uma excelente taxa de resposta dos resultados para os protocolos abertos. A maioria das não conformidades, ainda existentes, está relacionada a atraso na coleta das unidades de terapia intensiva, processo que não é realizado pela equipe do laboratório. Quando ocorrem atrasos de coleta da responsabilidade dos técnicos de laboratório, estes são justificados pelo fato do paciente estar em outro procedimento ou, raras vezes, por ser no plantão noturno em que o coletador pode estar em outra ocorrência e ter havido dificuldade de contato com o mesmo. Inclusive esta fragilidade está mapeada pela liderança como uma oportunidade de melhoria de processo, com projeto de reativação dos bips para comunicação dos supervisores de bancada com os técnicos que estiverem na rotina.

A estratégia adotada pela liderança do laboratório para atendimento do protocolo de prevenção a sepse é hoje considerada por todos da organização um case de sucesso, é plenamente aceita pela equipe executora e apresenta excelentes resultados do tempo de liberação do lactato, com uma média aproximada de 0:33 minutos a partir da prescrição médica, com pleno atingimento à meta instituída. Esta iniciativa se configura como um ganho de grande relevância para a instituição e principalmente para a segurança dos pacientes enquadrados nesse perfil de atendimento. Embora, novos *guidelines* preconizem recomendação fraca ao uso de lactato sérico como um teste adjacente em pacientes com sepse suspeita, mas não confirmada, por considerar que ele de forma “isolada não é sensível nem específico o suficiente para definir

ou excluir o diagnóstico [sepse] por si só” e por reconhecer a limitação de alguns serviços para pronta disponibilização do resultado (EVANS *et al.*, 2021), o exame permanece inserido no protocolo institucional, exatamente por não ser critério exclusivo de diagnóstico.

Após escolha do caso que teve a mudança de maior relevância sob a percepção da liderança da Medicina Laboratorial, também foi oportunizada a mesma relacionar outras mudanças consideradas significativas que tenham contribuído para melhorias nos processos, as quais estão demonstradas no quadro a seguir:

Quadro 12 – Mudanças implementadas na Medicina Laboratorial a partir das notificações de Não Conformidades

Situação Não Conforme	Causa(s) principal(is)	Mudanças implementadas	Recursos utilizados
Atrasos de resultado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atrasos de coleta e transporte de amostras (técnicos coletadores priorizavam concluir todas as coletas para transportar o material para o laboratório) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Implantação da equipe de ajudantes de serviços laboratoriais, responsáveis pelo transporte das amostras das unidades assistenciais para o laboratório ■ Criação de alerta sobre a execução da informação de coleta dos exames no sistema para direcionamento do transportador para a unidade correspondente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Financeiro - Contratação profissionais ■ Infraestrutura de TI
Ausência de sinalização da urgência na solicitação do exame	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de adesão da equipe médica na sinalização da necessidade de priorização no campo destinado a este fim na prescrição médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Criação de kits de exames como favoritos de acordo ao perfil da unidade de internamento para requisição médica direta (admissão, alta e protocolos gerenciados); ■ Criação de alertas sonoros que sinaliza para a equipe do laboratório a existência da prescrição de urgência 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infraestrutura de TI
Atrasos de liberação de resultado dos exames ureia e creatinina para exames de TC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os exames de ureia e creatinina iam junto com os demais exames coletados ■ O equipamento não priorizava o processamento dos exames específicos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Criação de alerta de informação exame Bioimagem; ■ Parametrização do sistema para impressão de etiquetas separadas para coleta de dois tubos distintos (um para ureia e creatinina e o outro para os demais exames porventura solicitados) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infraestrutura de TI
Solicitações de exames fora dos horários de ronda	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de adesão médica para programação dos exames para os horários das rondas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parametrização do sistema para associação da prescrição para o próximo horário da ronda da referida unidade 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infraestrutura de TI
Múltiplas solicitações de recoleta de exame em RN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Material coletado não era suficiente para o processamento dos exames (desconhecimento da equipe de enfermagem que a etiqueta poderia ser impressa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parametrização do sistema para impressão automática de número de etiquetas equivalente a identificação dos tubos, com manutenção da necessidade de uma única informação de coleta. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão de processo ■ Infraestrutura de TI

Quadro 12 – Mudanças implementadas na Medicina Laboratorial a partir das notificações de Não Conformidades

Situação Não Conforme	Causa(s) principal(is)	Mudanças implementadas	Recursos utilizados
	duas vezes para identificação individual dos tubos)		

Fonte: Elaboração própria

Ao analisar os *cases* apresentados e também os quadros descritivos das mudanças implementadas, em ambos os serviços, observamos praticamente a inexistência da necessidade de investimento de recursos de ordem financeira para viabilização das mudanças. A maioria delas requereu apenas mudanças de processo (alteração de fluxo e rotinas operacionais) e apoio de TI (parametrizações do prontuário e criação de soluções no sistema). Isso reforça o pensamento da gestão da qualidade de que a implementação de mudanças não é dependente da disponibilidade de recursos financeiros. Se faz necessário apenas um ambiente voltado ao enraizamento da cultura de mudanças em todos os níveis da organização, mas primordialmente nas esferas estratégicas e táticas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação se propôs a analisar as notificações de não conformidades de um referido hospital filantrópico e avaliar o uso das mesmas pelas lideranças como ferramenta para identificação e implementação de mudanças. Recorremos a bases teóricas, mesmo que escassas devido a pouca abordagem literária, para reforçar os achados empíricos apresentados no percurso da pesquisa.

Para alcance dos objetivos específicos trilhamos os caminhos da tipificação das não conformidades através da elaboração de um perfil das ocorrências, que possibilitou identificar a distribuição mensal das notificações organizacionais, as categorias profissionais notificadoras, o tempo de tratamento das não conformidades pelos gestores, a classificação destes quanto à procedência ou improcedência dos registros, a prevalência das ocorrências válidas por turno, a proporção de notificações com envolvimento aos processos do paciente, as notificações por área hospitalar e por tipologia das ocorrências, demonstrando assim os cenários passíveis de intervenção para a melhoria da qualidade institucional.

No segundo momento, restrinjimos a análise do banco de dados às notificações que diziam respeito aos serviços diagnósticos de imagem e análise laboratorial, tanto aquelas recebidas pelos serviços quanto as direcionadas, por considerar que entender o perfil das notificações dessas áreas contribuiria para o alcance dos demais objetivos da pesquisa.

Na sequência, discorremos sobre a caracterização das lideranças participantes do estudo, suas trajetórias de vida desde a formação acadêmica até a firmação no cargo de liderança, perpassando a relação destas com o sistema de notificação de não conformidades, que envolveu a percepção sobre a ferramenta, o método de abordagem do processo, o relacionamento com os colaboradores, a utilização desta como auxílio à gestão e as dificuldades e desafios enfrentados para implementação de mudanças. Por fim, apresentamos dois *cases* de mudanças implementadas pelas lideranças a partir de notificações de não conformidades, que foram consideradas por estas como as mais significativas da sua gestão, assim como relacionamos outras mudanças que também foram viabilizadas com base nas ocorrências de não conformidades.

A investigação teórica revelou que a gestão da qualidade em saúde tem sido beneficiada pelos programas de acreditação hospitalar que desempenham um papel crucial na promoção da qualidade, segurança e eficiência dos serviços de saúde, sedimentada como grande impulsionadora da implementação de ferramentas de auxílio à gestão e incentivadora da

melhoria contínua dos processos em prol da excelência na prestação do cuidado destes, beneficiando tanto os pacientes quanto às próprias instituições de saúde.

O estímulo à melhoria contínua é um dos principais pilares das metodologias de acreditação, sejam elas nacionais ou internacionais. O programa certificador colabora para que as instituições, com os recursos que têm disponíveis, promovam mobilização organizacional em torno da avaliação das fraquezas e enaltecimento das forças em prol da melhoria da qualidade do cuidado prestado. No entanto, apesar de não ter sido o objetivo desse estudo, foi possível demonstrar que a Acreditação ainda é uma realidade restrita no país, com maior abrangência nas instituições privadas, majoritariamente localizadas nas capitais do estado e com maior concentração na região Sudeste, razões pelas quais não seja prudente depositar nas metodologias de certificação a responsabilidade exclusiva pelo impulsionamento da cultura de melhoria contínua do sistema de saúde, sob o risco da permanência de instituições com baixos padrões de segurança assistencial.

Os ganhos possibilitados pela Acreditação são inúmeros, com maior destaque para o fortalecimento das iniciativas voltadas para a promoção da qualidade da assistência e a Segurança do Paciente. Mas, diante do retrato aqui apresentado sobre a sua abrangência no país, e ao considerar que certamente fatores de ordem financeira tenham relação para essa pouca distribuição, ressaltamos a necessidade de incitação à debates sobre a instituição de políticas públicas que incentivem a expansão de programas de qualificação para o maior número de hospitais do país, principalmente os pertencentes à gestão pública, entendendo a relevância das contribuições que serão possibilitadas a essas organizações e, por conseguinte, aos pacientes assistidos.

Seguimos ainda na investigação teórica sobre as teorias de liderança e suas principais características, na busca por compreender o perfil do líder de saúde e sua importância para o processo de gerenciamento de não conformidades. Nos deparamos com um vasto referencial de investigações focadas no líder enfermeiro e ausência de estudos que abordassem o líder de saúde focado nas demais categorias profissionais que compõe a equipe multidisciplinar. Sabemos que tal achado está diretamente correlacionado ao fato de o enfermeiro representar a maior força operacional das instituições de saúde e também dos cargos de liderança das mesmas, mas isso deixa uma lacuna que impossibilita comparar desempenhos e resultados.

A busca pela compreensão das evoluções teóricas sobre liderança e a variedade de abordagens ao longo do tempo objetivou identificar o estilo de liderança de melhor aplicabilidade para o segmento da saúde, dada a sua complexidade e especificidades, em vistas a avaliar especificamente a relação deste com o processo de gerenciamento de não

conformidades. Diante da variabilidade de conceitos sobre o que é ser líder, decidimos trabalhar nesse estudo com a influência deste sobre o liderado por meio da comunicação, impactando o seu comportamento para o atingimento das metas organizacionais, estimulando-o a permanecer motivado, mesmo diante de desafios no percurso.

Esta perspectiva vai ao encontro ao que se espera de um líder no processo de gerenciamento de não conformidades, ao considerar que estas podem se caracterizar como desvios de processo, com perda de características de qualidade, que se não forem devidamente trabalhadas com o envolvimento dos colaboradores poderão comprometer a segurança dos profissionais e dos pacientes.

Assim, conseguimos demonstrar no decorrer do estudo que o sistema de notificações de não conformidades aponta como uma importante ferramenta de identificação de oportunidades de mudanças nos processos operacionais, desde que, a liderança seja engajada com a causa. Em outras palavras significa dizer que o líder necessita não ter resistência ao processo, precisa ser aberto ao novo, não adotar conduta punitiva aos erros dos colaboradores, estar constantemente disposto a dialogar e revisar os processos com seus pares, além de necessitar desenvolver a escuta ativa e o envolvimento dos colaboradores na busca de soluções para as não conformidades. Estes são alguns exemplos de condutas que favorecem a ambientação para reconhecimento das benesses possibilitadas pela ferramenta para identificação de mudanças que poderão resultar em melhorias para a organização.

O constructo teórico percorrido nos ajuda a identificar que o perfil descrito caracteriza ao líder transformacional, aquele que alinha os interesses coletivos aos interesses organizacionais, aquele que é capaz de provocar mudanças no seu entorno e garantir o engajamento necessário dos subordinados, organização e sociedade, para a execução da estratégia.

Ao que nos parece, as lideranças participantes desse estudo se destacam no exercício de suas atividades a ponto de ser possível considerá-las cases de sucesso no quesito liderar, mas o fato é que elas poderiam não ter sido. A ausência de uma política institucional de promoção e formação do líder pode contribuir para que este não seja um bom executor da função e não consiga alcançar os resultados desejados pela organização.

As organizações de um modo geral, em especial a instituição objeto deste estudo, necessitam instituir programas de capacitação e desenvolvimento de líderes nas três dimensões que envolve a temática: no foco individual, grupal ou organizacional. Embora reconheçamos a importância dos programas que focam na dimensão individual, que trata do aprimoramento de competências e habilidades de liderança voltadas para práticas dialógicas e interacionais, para

o relacionamento com as não conformidades, que é o foco desse estudo, destacamos a necessidade de priorização de um programa voltado para a dimensão organizacional, aquela que se propõe a reforçar as competências gerenciais e de processos de mudança (BIANCHI, 2017).

A convergência detectada nas trajetórias das líderes de que ambas alcançaram a posição de líder a partir de convites de suas respectivas coordenações, sem que tivessem nenhuma experiência prévia em liderança, não pode ser vista como mero acaso. Inferimos quanto a um modo de operação da organização, que já se tornou cultural, mas tem suas implicações no caso de as escolhas incorrerem de não serem assertivas. Destacamos o quanto louvável é a iniciativa organizacional de oportunizar o crescimento profissional de seus colaboradores, mas o que trazemos aqui é a necessidade de estruturação de um plano de carreira e com ele um programa de preparação e desenvolvimento do líder em alinhamento com a identidade organizacional, principalmente para aqueles iniciantes no exercício da liderança, de modo que estes possam compreender a organização e contribuir para o alcance dos objetivos estratégicos.

No que tange o gerenciamento das não conformidades, a dificuldade percebida com as lideranças é que, de uma forma geral (respeitando uma pequena minoria), estas não entendem as notificações como oportunizadoras da identificação de mudanças, por isso o enfoque na recomendação da necessidade de implantação de um plano de desenvolvimento de líder. Enquanto Gestão da Qualidade atuamos incansavelmente na tentativa de interiorizar nas mesmas que as informações obtidas através das não conformidades precisam ser utilizadas como subsídio à gestão. Conhecer a prevalência das NC's que foram direcionadas ao seu setor e as suas características epidemiológicas como distribuição por turno e áreas que mais notificam, por exemplo, é fundamental para a busca dos alinhamentos necessários com as áreas clientes em prol da melhoria dos processos institucionais.

O material empírico confirmou a percepção prática da Gestão da Qualidade de que as dificuldades vivenciadas para interação entre lideranças têm feito com que os alinhamentos entre os pares para avaliação de mudanças diminuam cada vez mais. O estado de defesa constante, o posicionamento contrário às notificações e as justificativas das falhas com alegação de motivação devido a especificidades do serviço, a exemplo de fatores clínicos dos pacientes, são os principais comportamentos apresentados pelos líderes, condutas que se configuraram como resistência ao sistema. O não reconhecimento da fragilidade dos processos de sua área, ou de sua equipe, impede o desenvolvimento de um olhar aguçado para as oportunidades de mudanças advindas das não conformidades.

A necessidade de alinhamento entre as áreas pode ser identificada pelo líder de diferentes formas, quer seja ao perceber um aumento expressivo de notificações da sua equipe para uma determinada área, ou ainda, quando o contrário acontece e a sua unidade passa a receber muitas notificações de um determinado setor.

Em qualquer das situações identificamos como necessário o estudo de estratégias para melhoria dos processos operacionais objetivando a reversão de cenários, de modo a garantir a segurança dos serviços prestados para pacientes e colaboradores e proporcionar boas condições de trabalho para as equipes. A realização de reuniões de alinhamento, a padronização de um documento normativo, o estabelecimento ou revisão de um contrato intersetorial, são exemplos de intervenções estratégicas que necessitam ser adotadas ou revisadas constantemente pelas lideranças das áreas com foco na promoção de melhorias.

Assim, o resultado do estudo a partir do banco de dados das notificações de não conformidades e também das entrevistas realizadas com as lideranças, possibilitou entendermos o perfil das ocorrências e também as percepções das lideranças sobre o processo. O banco de dados no âmbito organizacional representou aproximadamente dois milhares de notificações, com média mensal de 192 ocorrências, realizadas majoritariamente por enfermeiros, que relataram prevalência de ocorrências no período da manhã. Demonstrou ainda a necessidade de melhoria na taxa de tratamento e resposta às notificações pelos líderes de modo a alavancar o 66,21% evidenciados, assim como a melhoria do tempo de resposta uma vez que apenas 51% das notificações são respondidas em até três dias conforme a política institucional.

Os serviços de Farmácia, Hotelaria, Bioimagem e Medicina Laboratorial ocuparam, respectivamente, as primeiras posições, enquanto setores que receberam mais notificações. As ocorrências relatadas como dano ao patrimônio/ equipamento eletromédico, não adesão aos protocolos, atraso na realização de exames e ausência/ erro de prescrição médica foram apontadas como as situações não conformes de maiores representatividades, as quais necessitam de ações intervencionistas para melhorias.

Análise do banco de dados na esfera setorial dos serviços de imagem e análise laboratorial demonstrou que, o primeiro representa aproximadamente 7% das ocorrências institucionais, acontecem mais no período da tarde (diferente da performance institucional), possui um baixo desempenho de tratamento e resposta às notificações com um resultado em torno de apenas 46%, o que resulta em maior caracterização de procedência aos registros, e tem o atraso na realização de exames como a situação não conforme de maior gargalo, notificado predominantemente pelas emergências obstétricas e geral, respectivamente.

Enquanto que a Medicina Laboratorial representa aproximadamente 6% dos registros institucionais, os quais ocorrem em sua maioria no turno da manhã, possui satisfatório desempenho no tratamento e resposta às notificações com um resultado em torno de 84% de retorno, com maior caracterização de improcedência aos registros (uma vez que a análise elimina o risco de ser caracterizado com ocorrência equivocada) e tem o atraso na entrega de resultados e coleta de amostra como as situações não conformes de maiores dificuldades, notificadas de forma pulverizada por vários setores, mas tendo a emergência geral como a líder de notificação, sendo a única área a ter coletador dedicado, requerendo um olhar mais atencioso para esse processo.

Apesar dos serviços diagnósticos de imagem e medicina laboratorial, apresentarem um número representativo de recebimento de notificações de não conformidades a nível organizacional, esse desempenho fica praticamente insignificante se respeitada as devidas proporções com a produção mensal de exames. Mas o destaque a ser dado aqui é sobre a capacidade analítica e visionária das respectivas lideranças na utilização da ferramenta como auxiliar na identificação de mudanças cabíveis aos processos.

Assim, a análise das trajetórias possibilitou detectar que mesmo diante da amplitude da diferença geracional entre as líderes e com campos de atuação diversos, essas demonstram em suas narrativas muita convergência com a relação com o processo de não conformidades, sendo a constatação de que o tempo de atuação na função de líder não necessariamente signifique melhor desempenho. Ambas consideraram a ferramenta de notificação de fácil operacionalização, demonstraram gostar muito da mesma por possibilitar identificar oportunidades de melhoria, adotam condutas similares no processo de recebimento e tratamento das notificações, envolvem o colaborador no processo de análise das ocorrências e primam pelo tratamento de qualidade, mesmo que para isso comprometam o tempo de resposta das ocorrências.

Outro ponto de convergência encontrado nas narrativas foi a dificuldade relatada por ambas para realizar alinhamentos com outras lideranças, sob relato de existir resistência destas na compreensão da ferramenta como viabilizadoras da identificação de melhorias. A característica integradora das lideranças com a visão sistêmica dos processos e a busca de interdisciplinaridade no tratamento das não conformidades são atributos que conferem às mesmas melhor desempenho operacional e as diferenciam quanto líderes. Reconhecem a atuação da Gestão da Qualidade como apoiadora do processo, mas consideram que estratégias organizacionais devem ser dirimidas para mudança da cultura.

Apesar do reconhecimento positivo das lideranças sobre o sistema e também atuação da Gestão da Qualidade, o presente estudo demonstrou fragilidades no processo, a exemplo de uma ferramenta que possibilite melhor gerenciamento das ocorrências, uma vez que a manipulação da planilha em Excel torna o acompanhamento mais vulnerável e também e principalmente, um processo mais sistematizado para tratamento de não conformidades. A liberalidade concedida aos líderes da ausência de um método de tratamento de não conformidades definido pela instituição abre precedentes para que estes procedam ao seu modo, ou não procedam, dificultando inclusive a comparabilidade das performances.

Percebemos que o líder utiliza a ferramenta de tratamento e análise de causa de acordo ao seu modo de operação e aptidão, uma utiliza a Técnica dos 5 Porquês enquanto a outra o Diagrama de Ishikawa, mas o fato é que a Gestão da Qualidade não preconiza nenhuma como padrão. Esta limitação impede o estudo das principais causas relacionadas às ocorrências de não conformidades no âmbito organizacional e até mesmo setorial, de modo a serem utilizadas como levantamento das necessidades de treinamento para desenvolvimento das equipes. Assim como impossibilita igual abordagem para identificação das principais soluções implementadas e os recursos utilizados. Este estudo sugere o investimento por parte da organização de um sistema gerenciador de não conformidades que contemple desde à notificação ao tratamento das ocorrências.

As abordagens aqui apresentadas ressaltando a importância do monitoramento das ocorrências para identificação de melhorias e também estabelecimento de planos de capacitação das equipes caracterizam uma gestão baseada em indicadores, que significa o contínuo acompanhamento de dados transformando-os em informações sobre os processos, para auxílio no planejamento e implementação de estratégias de modo a possibilitar a verificação do nível de alcance dos objetivos estabelecidos e também a identificação das necessidades de adequação do processo.

As estatísticas de não conformidades disponibilizadas pela Gestão da Qualidade apontam, nesse contexto, como importantes aliadas da liderança por se caracterizarem como uma avaliação sistematizada dos processos que reúnem informações sobre a evolução das ocorrências e possibilitam a comparabilidade de cenários. Tratam-se de indicadores de desempenho que refletem as necessidades de aprimoramento dos processos se configurando como uma valiosa ferramenta de auxílio à gestão.

Importante considerar que a ferramenta demonstrará ineficácia se o líder não compreender que a adequada gestão de não conformidades precisa viabilizar discussões contínuas com os profissionais envolvidos nas ocorrências de modo que estes de forma conjunta

com as lideranças possam propor ações solucionadoras. O líder precisa promover um ambiente de constante desenvolvimento das equipes e de incentivo à comunicação eficaz, pois embora não tenha sido objeto de análise nesse estudo, a experiência prática gera a percepção que os fatores contribuintes de maior impacto para as ocorrências de não conformidades estão na seara das falhas de comunicação, que envolvem falhas de entendimento, distorções, incompletude ou ausência de repasse de informações entre os liderados e do líder para com os subordinados.

A esse respeito, destacamos também a importância da capilarização das informações referentes às notificações de não conformidades com os liderados de modo que estes tenham o conhecimento necessário sobre o processo e percebam a importância da sua notificação. Isso envolve o reporte da estatística das ocorrências, mas também, e principalmente, as mudanças implementadas e as melhorias alcançadas a partir das mesmas. Tais iniciativas certamente motivarão a equipe a permanecer gerando notificações.

As limitações deste estudo dizem respeito à restrição da pesquisa às lideranças dos serviços diagnóstico e terapêutico de imagem e análises laboratoriais oportunizando um campo a ser explorado na investigação se os achados desta pesquisa se replicarão em outros estudos se analisados sob a ótica de lideranças de outras categorias profissionais do segmento da saúde. Além de se restringir a uma unidade hospitalar específica com perfil filantrópico, deixando oportunidades de discussão se os resultados se repetiriam se investigados em instituições públicas e privadas. Além destes, se apresenta ainda como oportunidade de pesquisas futuras a avaliação da ferramenta de não conformidade sob a ótica dos liderados.

Em contrapartida, os resultados expressam a relevância do estudo por extrapolar as discussões geralmente focadas exclusivamente nos profissionais enfermeiros. Além disso, acreditamos que essa pesquisa contribuirá não apenas para a ampliação de produções científicas com a abordagem de um tema de grande relevância para o campo da Administração em Saúde, como também possibilitará às lideranças de saúde o reconhecimento da importância da ferramenta de notificação de não conformidades como viabilizadora de identificação de falhas operacionais, oportunizando a adoção de estratégias de melhoramento dos processos.

REFERÊNCIAS

- ABNT. NORMAS BRASILEIRAS ISO 9000:2015 – 10.2 **Não conformidade e ação corretiva**. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/o-que-e-nao-conformidade/>>. Acesso em: 08 dez. 2020.
- ACAUAN, L. V. *et al.*. **Quality management in imaging diagnosis and the nursing team: a case study**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, p. e20200912, 2021.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.. **Usos e abusos dos estudos de caso**. Cadernos de Pesquisa, v. 36, n. 129, p. 637–651, set. 2006.
- AMESTOY, S. C. *et al.*. **Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 2, p. 79–85, jun. 2014.
- AMESTOY S.C.; BACKES V.M.S.; THOFEHRN M.B.; MARTINI J.G.; MEIRELLES B.H.S.; TRINDADE L.L.. **Nurses' perception of the teaching-learning process of leadership**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 468–475, abr. 2013.
- AMESTOY, S. C.; TRINDADE, L.L.; WATERKEMPER, R.; HEIDMAN, I. T. S.; BOEHS, A. E.; & BACKES, V. M. S.. **Liderança dialógica nas instituições hospitalares**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n.5, p. 844–847 Set 2010.
- AMESTOY, S. C. *et al.*. **Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment**. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, p. e20160276, 2017.
- ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada-RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 08 dez. 2020.
- ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017.
- BALSANELLI, A. P.; DAVID, D. R.; FERRARI, T. G.. **Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, n. 2, p. 187–193, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800027>. Acesso em: 9 mai. 2022.
- BARBINO, L.R.; SILVA, L.G. DE C.E.; GABRIEL, C.S.. **Quality as perceived by nursing professionals in an accredited specialized hospital**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p.282-288, jan. 2019.
- BERGAMINI, C. W.. **Liderança: a administração do sentido**. Revista de Administração de Empresas, v. 34, n. 3, p. 102–114, maio 1994.
- BERGAMINI, Cecília W. **Liderança: Administração do Sentido**, 2^aed, São Paulo: Atlas. 2009.

BIANCHI, E.M.P.G.A.; QUISHIDA, A.; FORONI P.G.. **Atuação do Líder na Gestão Estratégica de Pessoas: Reflexões, Lacunas e Oportunidades.** Revista de Administração Contemporânea [online]. 2017, v. 21, n. 1, p. 41-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017150280>>. ISSN 1982-7849. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017150280>. Acesso em: 9 mai. 2022.

BONATO, V.L. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente.** Mundo saúde (Impr.). 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-619083>. Acesso em: 08 dez. 2020.

BORBA, Valdir Ribeiro; LISBOA, Teresinha Covas. **Teoria Geral da Administração Hospitalar: Estruturação e Evolução do Processo de Gestão Hospitalar.** 1 reimp. – Rio de Janeiro: Qualimark, 2010.

BOTELHO, J.C.; KROM V.. **Os estilos de liderança nas organizações.** XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica. Vale do Paraíba, 2010. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0003_0494_01.pdf>.

BRESSAN, C.L. **Mudança organizacional na percepção dos gerentes.** 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2001.

BRITO, P.M. **Estilos de liderança adotados pela chefia: percepções de enfermeiros de diferentes organizações de saúde,** 2020. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/65627>. <http://hdl.handle.net/1822/65627>. Acesso em: 29 abr. 2022.

CÁRCAMO-FUENTES C; RIVAS-RIVEROS E. **Estilo de liderança em profissionais de enfermagem de acordo com sua função no setor público ou privado em Temuco.** Chile, 2015. Aquichan. 2017;17(1):70-83. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.1.7

CARRARA, G.L.R.; BERNARDES, A.; BALSANELLI, A.P.; CAMELO, S.H.H.; GABRIEL, C.S.; ZANETTI A.C.B. **A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e2016-0060. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0060>.

COUTO-RIBEIRO H.C.T. *et al.* **Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar.** Aquichan. Bogotá, v.4, p.582-593, 2014. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.12

CUENCA, R.. **Gestão Corporativa: uma visão prática.** 2009. (Curso de curta duração ministrado/Extensão).

CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B.. **Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 1, p. 65–69, jan. 2005.

DANET, A.; MARCH, J. C.; ROMERA, I. G.. **Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 3, p. 546–558, mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00167712>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

- D'INNOCENZO M; ADAMI N.P; CUNHA I.C.K.O. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.
- DONABEDIAN A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? Am J Public Health. 1981 Apr;71(4):409-12. doi: 10.2105/ajph.71.4.409. PMID: 7468883; PMCID: PMC1619670.
- DONABEDIAN A. **Quality Assurance in Our Health Care System.** Quality Assurance and Utilization Review. 1986;1(1):6-12. doi:10.1177/0885713X8600100104
- DONABEDIAN A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med. 1990 Nov;114(11):1115-8. PMID: 2241519.
- ESCRIVÃO JUNIOR, Á.. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 655–666, maio 2007.
- EVANS, L. **Campanha de Sobrevivência à Sepse: Diretrizes Internacionais para o Manejo da Sepse e Choque Séptico 2021.** [online]. Critical Care Medicine, v.49, n.11, p. e1063- e1134, nov. 2021. Disponível em: <https://www.sccm.org/sccm/media/PDFs/Surviving-Sepsis-Campaign-2021-Portuguese-Translation.pdf>. Acesso em: 21 out. 2023.
- FALCONI, V.C. **TQC – Controle da Qualidade Total (no estilo japonês).** Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.230p.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O.. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 213–219, abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000200015>. Acesso em: 09 mai. 2022.
- FRANCO, J. N; *et al.* **Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 5, p. 806–810, set. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500018>>. Acesso em: 09 mai. 2022.
- FREIRE, E. M. R. **Estratégias para manutenção do nível de certificação em um hospital Acreditado com Excelência.** 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<https://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/856D.PDF>>. Acesso em: 09 mai. 2022.
- HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. DE.; MACEDO, A. P. M. DE C.. **Learning from mistakes: analyzing incidents in a neonatal care unit.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, p. e3121, 2019.
- ILAS. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. **Sepse: Um Problema de Saúde Pública.** Conselho Federal de Medicina. Brasília. 2016. Disponível em: <<https://ilas.org.br/wp-content/uploads/2022/02/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-cfm-ilas.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Editores: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNACIONAL. **Quem somos nós.** Disponível em: <<https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/>>. Acesso em 21 out. 2023.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNACIONAL. **Vídeo: O que nos diferencia.** Disponível em: <<https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/what-sets-us-apart/>>. Acesso em 21 out. 2023.

JOST, M. T. *et al.. Ferramentas para a organização do processo de trabalho na segurança do paciente.* Escola Anna Nery, v. 25, n. 3, p. e20200210, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0210>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

LAPÃO, L. V.. **The Nursing of the Future: combining Digital Health and the Leadership of Nurses.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, p. e3338, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3338>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

LIMA, G.S.; CARVALHO NETO, A.M. **Uma Leitura da Evolução das Teorias Sobre Liderança à Luz da Teoria da Estruturação de Giddens.** III Encontro de gestão de pessoas e relações de trabalho. Paraíba. 2011.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de Internação – Brasil.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>>. Acesso em: 10 out. 2023.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dia do Hospital.** Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/02-7-dia-do-hospital/#:~:text=O%20hospital%20pode%20ser%20definido,de%20atendimento%C2%20inclusive%20o%20domiciliar>>. Acesso em: 10 out. 2023.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 08 dez. 2020.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vocabulário da Saúde em Qualidade e Melhoria da Gestão.** Editora MS. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília, 2002. 98p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vocabulario_qualidade.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

MENDES, V.L.P.S; LUEDY, A; TAHARA, A.T.S; SILVA, G.T.R. **Política de Qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate.** Revista Baiana de Saúde Pública. v. 40, supl. 1, p. 232-249, 2016.

NOTARO, K.A.M; MANZO, B.F; CORRÊA, A.R; TOMAZONI, A; ROCHA, P.K. **Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3167. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3167.pdf>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>. Acesso em 08 dez. 2020.

OLIVEIRA C; SANTOS L.C; ANDRADE J; DOMINGOS T.S; SPIRI, W.C. **A liderança na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190106. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190106>

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care**. 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/item/9789241565561>>. Acesso em: 10 out. 2023.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é Acreditação**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>>. Acesso em: 20 out. 2021.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Evolução em Níveis [Internet]**. 2019. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/20anos/evolucao-em-niveis/>>. Acesso em: 20 out. 2021.

PEREIRA, G., AIDAR, S.; ROSALEM, V. **Uma Visão Geral Sobre Liderança: Conceitos, Evolução das Teorias e Liderança 4.0**. Encyclopédia Biosfera, 18(37). 2021. Disponível em: <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/5341>. Acesso em: 01 mai. 2022.

PERTENCE, P.P; MELLEIRO, M.M. **Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário**. Rev Esc Enferm USP 2010; São Paulo, 44(4):1024-31.

QGA. QUALITY GLOBAL ALLIANCE. **Acreditação Internacional Qmentum International** Disponível em: <<https://qmentum.com.br/internacional/>>. Acesso em: 02 mar. 2022.

RIBEIRO H.C.T.C. **Estudo de Não Conformidades no Trabalho de Enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais [dissertação]**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

ROULSTON, K. **Reflective interviewing: a guide to theory and practice**. Los Angeles: Sage Publications, 2010.

SANTOS, A.S.; COSTA, V.M.F.; TOMAZZONI, G. C.; BALSAN, L.A.G. **Papel dos estilos de liderança nos vínculos do trabalhador com a organização: uma análise em instituições hospitalares públicas e privadas**. Revista de Ciências da Administração, [S. l.], v. 23, n. 60, p. 26–40, 2021. DOI: 10.5007/2175-8077.2021.e62725. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/62725>>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SARTORI. A. **Não conformidade: como identificar, descrever e tratar**. Blog Qualyteam. 2021. Disponível em: <<https://qualyteam.com/pb/blog/voce-entende-o-que-e-uma-nao-conformidade/>>. Acesso em: 09 mai. 2022.

SESTREM, T. **Tratamento de não conformidades: 5 erros que você deve evitar.** Blog Qualyteam. 2022. Disponível em: <<https://qualyteam.com/pb/blog/tratamento-de-nao-conformidades/#:~:text=O%20tratamento%20de%20n%C3%A3o%20conformidades,e%20pr>>. Acesso em: 09 mai. 2022.

SOUZA, V.H.S; MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar.** 7^a ed. Editora Manual Real Ltda. Curitiba, 2006.

TAMBOSI, G. **Gestão da Qualidade em Saúde: a identificação de não conformidades como ferramenta de gestão da qualidade em um hospital do município de Joinville/SC.** Joinville, 2013.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos.** In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2013.

TREIB, J. N. *et al.* **Panorama da acreditação (inter)nacional no Brasil.** Escola Anna Nery, v. 26, p. e20220024, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0024pt>. Acesso em: 02 mar. 2022.

VARALLO F.R; PASSOS A.C; NADAI T.R; MASTROIANNI P.C. **Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture.** Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03346. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017026403346>

VEGRO, T.C. *et al.* **Cultura organizacional de um hospital privado.** Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e49776. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>.

VIEIRA, L. DA S. *et al.* **Identificação e gerenciamento de não conformidades como ferramenta para o aperfeiçoamento dos processos de saúde.** Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S. l.] , v. 5, pág. 23396–23408, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-409. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/38432>. Acesso em: 15 nov. 2023.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLÉ)

Você está sendo convidado(a) para participar gratuitamente, como voluntário(a), do projeto de pesquisa **NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE MUDANÇAS EM SAÚDE: Um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico**, cujo objetivo é identificar e compreender a relação do líder de saúde com o sistema de notificação de não conformidades e a utilização das suas informações para implementação de mudanças nos processos operacionais.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo e caso seja essa a sua decisão basta interromper a leitura deste documento e assinalar o campo correspondente no final desta página. Mas, caso aceite participar, será necessária a leitura por completo e ao final a formalização do seu consentimento, o qual poderá ser retirado a qualquer momento, sem que lhe cause qualquer prejuízo.

Com este termo você permitirá a coleta de informações, através de entrevista semiestruturada, sobre você, sua trajetória profissional, atuação enquanto líder no Hospital Português e sua relação com o sistema de notificação de não conformidades. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa. Você também poderá autorizar ou não a gravação.

A sua identificação será mantida sigilosa, de forma que apenas a pesquisadora do projeto terá acesso aos dados na íntegra. No momento da divulgação dos resultados da pesquisa serão omitidos os dados que possam identificá-lo(a). O tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

Ao participar deste estudo você estará contribuindo para o aumento das produções científicas ainda incipientes que abordem sobre o uso das informações das notificações de não conformidades como subsídio para a gestão na implementação de mudanças no campo da saúde. Os riscos relacionados ao estudo são mínimos, a saber: desconforto e/ou constrangimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo referente aos dados obtidos. Para evitá-los será utilizado um ambiente reservado para participação na entrevista, sem que haja o registro identificado do participante, será adotada uma abordagem discreta para a realização dos questionamentos e as informações coletadas serão mantidas em sigilo, com acesso restrito à pesquisadora.

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos desta pesquisa, você pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Estudos Professor Egas Moniz – Hospital Português. Endereço: Avenida Princesa Isabel, nº 690, 5º andar, Barra Avenida, CEP: 40.144-900 Horário de atendimento: Segunda a Quinta: 8 às 12h/ 14 às 18h e Sexta: 8 às 12h/ 14 às 17h. Telefone: (71) 3203-5797 - E-mail: cep@hportugues.com.br.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu li o texto acima e comprehendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A pesquisadora explicou os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me acarrete em nenhum tipo de penalidade.

Tendo sido devidamente esclarecido(a), eu decido voluntariamente:

PARTICIPAR **NÃO PARTICIPAR**, do presente estudo. Opto também por:

autorizar a gravação em formato de áudio para subsidiar a pesquisadora na análise da minha narrativa;
 não autorizar a gravação em formato de áudio, mesmo ciente de que serviria apenas para subsidiar a pesquisadora na análise da minha narrativa.

Nome do participante:

Assinatura:	Data: / /
--------------------	------------------

Termo de consentimento assinado em 2 vias.

Para contatar a pesquisadora, você poderá encaminhar um e-mail, ligar ou mandar mensagem de WhatsApp a qualquer momento: Nome da pesquisadora: NAIANE ALICE CAMPOS REIS Telefone: (71) 98843-3485 / E-mail: nailice@gmail.com

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PROJETO DE PESQUISA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PROJETO DE PESQUISA
NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE MUDANÇAS EM SAÚDE:
Um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico

Pergunta de pesquisa: Porque alguns líderes percebem as não conformidades como aliadas para o seu processo de gestão?

Entrevistado:	Data entrevista ____ / ____ / ____	Início: ____ : ____	Término: ____ : ____
---------------	---------------------------------------	------------------------	-------------------------

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada **NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE MUDANÇAS EM SAÚDE: Um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico**, que por meio de uma entrevista semiestruturada, tem como objetivo avaliar a sua percepção sobre o sistema de notificação de não conformidades e a sua atuação enquanto líder na implementação de mudanças. Se você tiver interesse em participar da pesquisa precisará preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. Caso decida pela não participação basta me informar que não daremos seguimento ao processo.

Estimo que essa entrevista dure em torno de 1h. Ela será dividida em 3 blocos que começará avaliando o seu perfil e a sua trajetória profissional, o segundo bloco a sua relação com as não conformidades e o terceiro e último visa identificar quanto ao uso das não conformidades como aliadas da gestão na implementação de mudanças. Desde já agradeço o seu tempo e atenção.

BLOCO I - INDIVÍDUO E TRAJETÓRIA

Peço que você se apresente, que nos fale um pouco sobre a sua trajetória de vida até esse momento e, se sentir à vontade, por favor, leve em conta na sua resposta alguns aspectos tais como:

1. Sua **idade**;
2. Como você se identifica do ponto de vista **étnico racial** (branca, preta, parda, indígena ou amarela)?
3. Como você se identifica em relação ao gênero?
4. Qual a sua **formação acadêmica** e há quanto **tempo atua na profissão**?
5. Há quanto tempo você atua como líder nesta instituição?
6. Como você avalia a sua trajetória até os dias atuais (como chegou à liderança)?
7. Quais são as habilidades e competências que você julga possuir para estar nesta posição?
8. Como você se considera enquanto líder?
9. Quais dificuldades você enfrenta no desempenho da função de líder?

BLOCO II - INDIVÍDUO NA FUNÇÃO DE LÍDER E A RELAÇÃO COM NÃO CONFORMIDADES

Peço que você me fale um pouco sobre a sua percepção de como a gestão da qualidade através do sistema de notificação de não conformidades se configura como uma ferramenta de auxílio à gestão.

10. Qual a sua opinião sobre o sistema de notificação de não conformidades?
11. Você saberia informar qual o perfil de ocorrência mais prevalente da sua unidade e a que você atribui?
12. Como você realiza o tratamento das não conformidades? Utiliza algum método de identificação das causas potenciais?

13. Como você aborda o erro com o colaborador?
14. Você se utiliza das informações das não conformidades para articulação com suas áreas clientes?
15. Quais as principais dificuldades que você considera enfrentar na interação com seus clientes, no que diz respeito as notificações de não conformidades e por quais motivos?
16. Quais habilidades você julga necessárias a um líder para um tratamento adequado das não conformidades?
17. Como você percebe os resultados possibilitados por esse sistema para a instituição?

BLOCO III - INDIVÍDUO NA FUNÇÃO DE LÍDER E O USO DAS NÃO CONFORMIDADES COMO ALIADAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MUDANÇAS

Das mudanças que você já implementou no seu serviço a partir das notificações de não conformidades, qual considerou de maior relevância? Peço-lhe que faça uma descrição detalhada do caso, considerando em seu relato aspectos como:

18. Por que da escolha desse caso?
19. Onde aconteceu e quem estava envolvido?
20. Quais foram as causas identificadas para a ocorrência da não conformidade?
21. Quais as consequências para o serviço?
22. Qual a solução implementada (recursos mobilizados, áreas parceiras envolvidas)?
23. Quais os resultados identificados a partir da mudança?
24. Quais os pontos negativos e positivos para o serviço e também para a instituição?
25. Você recebe apoio para implementação de mudanças, quando identifica necessidade? Se sim, de que natureza? Se não, a que atribui a ausência de apoio?
26. Você considera que a Gestão da Qualidade apoia a sua área na implementação de mudanças a partir das notificações de não conformidades?

APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A LÍDER DA BIOIMAGEM

Data: 15/02/2023

Duração: 0h:52min

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE MUDANÇAS EM SAÚDE: Um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico, que por meio de uma entrevista semiestruturada, tem como objetivo avaliar a sua percepção sobre o sistema de notificação de não conformidades e a sua atuação enquanto líder na implementação de mudanças. Se você tiver interesse em participar da pesquisa precisará preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. Caso decida pela não participação basta me informar que não daremos seguimento ao processo.

Estimo que essa entrevista dure em torno de 1h. Ela será dividida em 3 blocos que começará avaliando o seu perfil e a sua trajetória profissional, o segundo bloco a sua relação com as não conformidades e o terceiro e último visa identificar quanto ao uso das não conformidades como aliadas da gestão na implementação de mudanças. Desde já agradeço o seu tempo e atenção.

Pesquisadora: Peço que você se apresente, que nos fale um pouco sobre a sua trajetória de vida até esse momento e, se sentir à vontade, por favor, leve em conta na sua resposta alguns aspectos tais como:

1. Sua idade;
2. Como você se identifica do ponto de vista étnico racial (branca, preta, parda, indígena ou amarela)?
3. Como você se identifica em relação ao gênero?
4. Qual a sua formação acadêmica e há quanto tempo atua na profissão?
5. Há quanto tempo você atua como líder nesta instituição?
6. Como você avalia a sua trajetória até os dias atuais (como chegou à liderança)?
7. Quais são as habilidades e competências que você julga possuir para estar nesta posição?
8. Como você se considera enquanto líder?
9. Quais dificuldades você enfrenta no desempenho da função de líder?

Líder 1 - Bioimagem: 33 anos, sou solteira. 34 esse ano, mas 33 ainda, daqui uns meses 34. Do sexo feminino, me identifico como parda. Sou daqui mesmo, sou soteropolitano, né? Não sou do interior. Solteira, ainda não tenho filhos, não sou casada. E falar um pouquinho da minha trajetória profissional. Eu concluí, assim que eu concluí o terceiro ano do, do ensino médio, eu

já fiz logo o vestibular pra enfermagem. Tenho pessoas na família que fazem, né? Que fizeram enfermagem, que foram inclusive chefes de enfermagem da, da parte de neonatologia. Então eu acredito que isso, na época da minha adolescência, acabou me influenciando pra fazer. Então já saí do terceiro ano fazendo vestibular, já entrei logo pra faculdade. Conseguir concluir o curso com menos do que os cinco anos, porque tinha, tinha aquela opção de pegar umas matérias antes e aí acabei concluindo antes, então concluí com quatro anos mais ou menos e meio, consegui fazer o TCC também antes. E no meu último ano de faculdade eu sempre tive vontade de estagiar, de começar logo um estágio em algum hospital grande. Justamente pra começar já ter essa visão desde, desde sempre. Foi quando eu fiz a seleção para um hospital. Na época era uma seleção para treinamento e desenvolvimento. Eu lembro que na seleção tinham vinte pessoas era apenas uma vaga para lá. Inicialmente, eles não falavam direito como é que era o processo de treinamento, mas eu fiz, me candidatei, passei pelo processo seletivo e entrei lá. Fiquei como enfermeira estagiária do RH de lá, que tinha aquele prédio anexo, né, que a gente ia e fazia o treinamento pro hospital inteiro. Então aí eu já tive a oportunidade de ver o hospital como um todo. Parte da obstetrícia, unidade de internação, UTIs, consegui ter aquela visão. Foi, foi muito bom nesse início porque eu estava no último ano da faculdade e consegui ter aquela visão ampliada de um, do hospital como um todo.

Quando eu estava pra me formar... pra, já pra concluir a formatura..., a faculdade, na semana de me formar, surgiu a oportunidade de ser enfermeira trainee pra UTI. E aí a coordenadora de lá do RH me colocou com essa proposta. Fez “ah, não, lá é UTI, você já vai tá pra se formar (faltava assim uma semana) você já pode entrar, porque com o peri... de acordo com o programa de lá, você já pode se candidatar e é oportunidade.” Foi quando eu fui pra enfermeira trainee do de um hospital, fiquei lá um ano e meio, quando começou aquele processo de falência do hospital. E aí, como já estava formada, já tinha essa experiência do trainee da terapia intensiva, já conhecia algumas pessoas aqui e coloquei meu currículo e vim pra cá.

Pesquisadora: Essa era mais ou menos que período, essa época que você formou?

Líder 1 - Bioimagem: Vai fazer doze anos agora.

Pesquisadora: Doze anos de formada.

Líder 1 - Bioimagem: Em fevereiro. É, doze anos de formada. E vim pra cá pra terapia intensiva, pra UTI. Fiquei seis, nos primeiros quatro, cinco anos fiquei como assistencial. E aí depois comecei a me identificar com o trabalho administrativo. Como a UTI tem enfermeira diarista, que é aquele trabalho de tá avaliando todos os pacientes, que muda totalmente a visão da gente quando a gente está na assistência muito diferente de quando você está ali naquele cargo de, de orientar, de ordenar, de, de ser enfermeira diarista. Foi quando eu fiquei nas férias

da diarista, da primeira vez. E aí me apaixonei. Foi realmente quando eu, quando eu identifiquei que eu gostava muito de lidar com pessoas, de observar, de ter aquela visão diferenciada quando você entra no leito de quem está ali todos os dias. Às vezes está algo na sua frente e quem está na assistência não consegue enxergar, e você vem de fora e enxerga. De orientar, de ver que a coisa mudou com a minha orientação, isso me dá uma satisfação muito grande. E aí, e assim fiquei uns dois anos fazendo cobertura de férias de enfermeira diarista, depois fiquei como cobertura de férias da enfermeira da auditoria de contas. Tive uma experiência boa também nessa parte de auditoria.

Pesquisadora: Multifuncional, multifuncional...

Líder 1 - Bioimagem: É. Foi muito bom, porque eu ampliei, assim... quando eu ia pra assistência eu via a importância do, do trabalho, meu trabalho acabava que ficava muito completo na assistência por eu já ter essa experiência. E fiquei oito anos na UTI. Foi quando surgiu a oportunidade de liderança da Bioimagem. A coordenadora de enfermagem identificou em mim... foi na transição de chefia da UTI, né? Que o gestor anterior saiu e nova chefia assumiu. E aí a coordenadora me identificou e me convidou para ir para Bioimagem. Quando ela me convidou, Bioimagem, Medicina nuclear e Radioterapia. Medicina nuclear é a área que a gente menos tem proximidade, né? Até em termos de gestão. Mas aceitei o desafio e comecei aqui na Bioimagem. Foi quando eu também descobri um outro mundo que eu amei, assim. Foi quando eu consegui aplicar tudo que eu aprendi estando na UTI e juntar com algumas características de, de enfermeira intensivista. Então aquele discernimento, aquela coisa que você está pensando duas, em dois, duas coisas ao mesmo tempo. Conseguir resolver mais uma situação, que aqui eu tinha que ter muito isso. Aliado à minha organização, porque isso já é, já é meu, né? Tem características que é de cada pessoa e não tem, não tem ninguém que vá tirar porque é você. A visão é diferenciada.

Então eu consegui me desenvolver muito na Bioimagem, na medicina e na rádio. E como eu ficava livre, assim, no sentido de eu conseguir conduzir as coisas, claro, com a orientação da coordenadora, mas sempre livre dentro dos serviços, eu consegui moldar as coisas ao meu jeito. Então a questão da conquista da equipe, a questão das, da organização dos setores. Identificar o que é que realmente tá impactando ali pra eles deslancharem e conseguir reorganizar. Então assim, esses dois últimos anos foram realmente muito bons pra mim, muito bons. E agora a oportunidade da emergência, né? De, de conseguir ir pra emergência. Já identifiquei que na emergência tem muito processo parecido com o da UTI, né? Só muda mesmo o ambiente físico, a questão das alas, a questão da classificação de Manchester. Mas tem muita coisa em termos

de tamanho de equipe, inclusive, que é bem parecido com a UTI. Aí agora estou com um novo desafio aí da, da emergência.

Pesquisadora: Você trouxe que a coordenadora de enfermagem identificou em você, né, o perfil para, de repente, assumir aqui. O que você acha que ela identificou, entendeu? Tipo assim, fez algum tipo de avaliação? Foi por retorno de colegas que trabalhavam com você? O que você acha que foi o diferencial pra que ela tivesse identificado esse perfil em você? Entende?

Líder 1 - Bioimagem: Eu acredito que nas coberturas de férias da enfermeira diarista e auditora de contas, que na época era outro gestor, eu acredito que ele tenha passado para ela, né...

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: ... do meu perfil, ele tenha visto e passado pra ela. E o marco foi na época da covid.

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: Que foi a abertura da UTI (E). Então, eu fiquei como a diarista da UTI (E). Fiquei à frente dos processos, a gente conseguiu, a gente construiu o processo, né? Que no COVID ninguém sabia nada. Então, me aproximei muito da coordenação médica, que é muito ligado com isso de...

Pesquisadora: ... de fluxo, né?

Líder 1 - Bioimagem: ... de fluxos, de construção de fluxos. A gente construiu fluxo de prona. A gente tinha aquela interação maior. Então eu acho que o marco mesmo e foi aí que ela conseguiu evidenciar mesmo o trabalho do meu jeito, né?

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: A minha forma de liderar. E era uma equipe, né, que era de uma gestão anterior que eu acabei ficando lá na UTI (E), que acabou continuando. E ela viu essa forma de eu também lidar com a equipe, de como conduzir diante da situação dela que foi tão difícil pra todo mundo. Então eu me comunicava muito com ela, então acredito que foi aí que...

Pesquisadora: Esse marco, né?

Líder 1 - Bioimagem: ...ela já tinha uma visão, né, da cobertura de férias, mas foi que ela teve o marco.

Pesquisadora: Entendi. Quais habilidades e competências que você julga possuir pra estar nessa posição de líder?

Líder 1 - Bioimagem: Primeiro, a proatividade. Isso é muito importante, você identificar e você agir sem necessariamente ter alguém ali pra mandar você fazer. Então isso aí é algo que é uma característica muito importante. Como foi a pergunta? As habilidades?

Pesquisadora: Isso, habilidades e competências que você julga possuir pra estar nessa posição?

Líder 1 - Bioimagem: A questão da organização é muito importante. Que, que é um, uma das características que todo mundo fala “ah, ela é superorganizada”. E eu consigo fazer isso, é muito natural, é meu. Eu vejo um processo na minha, na minha cabeça tem que tá organizado, eu tento colocar isso pra fora. Eu vejo um, alguém me fala alguma coisa, eu tento elaborar aquilo de uma forma que fique mais organizado pra mim e aí eu transasso, né? Coloco pra outra pessoa de forma que fique mais organizada. Então a organização, seja a nível de ambiente, seja a nível mental é o meu, o meu foco. Tem que estar organizado. Eu tenho que estar organizada mentalmente. É verdade.

Líder 1 - Bioimagem: É bem isso

Pesquisadora: Entendi. Sim, aí você trouxe proatividade, organização, mais algum?

Líder 1 - Bioimagem: Responsabilidade. Eu sou muito responsável.

Pesquisadora: Aham. Ok.

Líder 1 - Bioimagem: Na minha cabeça agora essas três.

Pesquisadora: Tá. Como você se considera enquanto líder? Aí é bem aberto, assim, em todo o contexto. Tanto de relacionamento com colaborador, assim, como é que você se classifica, se denomina enquanto líder? Entende?

10'01''

Líder 1 - Bioimagem: Eu sempre falo para as equipes que a relação de liderança é uma relação de mão dupla. Eu tenho que oferecer pro colaborador condições que sejam favoráveis pra ele trabalhar, um ambiente que seja agradável pra ele trabalhar, que seja, né, condizente com as atividades dele. Mas, em contrapartida, ele também tem que me dar condições de eu liderar. E isso tem dado muito certo. Por exemplo, na Bioimagem eu sentia que a equipe no, no início, tava um pouco, digamos assim, meio perdida. Porque eles ficaram um tempo sem liderança antes de eu chegar, ficaram uns quatro meses sem liderança. Então os processos estavam meio soltos, eles estavam se sentindo meio sem donos. Aquela, aquele sentimento, né, a gente tá liderando pessoas, né, tem seres humanos ali.

Líder 1 - Bioimagem: Então eu comecei a perceber que eu me aproximando deles... vou dar um exemplo: eu precisava de uma escala que eu sabia que não ia ser favorável àquele funcionário se eu divulgasse de cara. Então chamar o funcionário antes, entender, explicar pra ele o porquê que eu estava fazendo aquilo, o que foi que eu pensei, pra ele enxergar minha visão. Fazia ele aceitar com muito mais facilidade e eu não tinha conflito depois disso. Então eu tentava fazer esse trabalho de conversa, de, de tentar... sempre eu falava o porquê das coisas. “Eu estou fazendo tal coisa porque tal coisa.”

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: Sempre usava muito o grupo como, como forma de comunicação, porque quando a gente não conseguia encontrar todos, né, por conta das trocas de plantão, o grupo era o meu meio de comunicação com eles. Então eu tentava, nos meus textos, ser o mais clara possível. Às vezes eu lia e relia o que eu estava escrevendo pra ver se era aquilo mesmo que eu queria passar. E ali eles me perguntavam e eu perguntava também, a gente conseguia fechar algum, algum processo ali mesmo no grupo. Então sempre dizer o porquê. Tentar entender eles também pra que eu consiga me aproximar o máximo. É o que eu falava pra eles “eu não vou fazer nada por pirraça, se tem alguma questão que vocês estão me trazendo, se eu tenho condição de atender, eu vou atender. Eu não vou deixar de fazer aquilo, porque eu não quero simplesmente fazer. Agora quando for algo institucional que eu não vou poder te atender, você também vai ter que entender que aquilo naquele momento eu não posso fazer.” E aí eu deixava, eu tentava ser o mais justa possível. Você ser justa e você estar explicando pra eles, dizendo, mostrando em que momento você foi justa. Isso passa pra eles uma credibilidade. Ele “ah, mas naquela situação, ela sempre foi, foi justa com isso. Então nessa situação a gente vai...”. Então essa troca e dizer sempre o porquê. Isso aí foi a chave da coisa, sempre explicar o que eu ia fazer ajudou muito.

Pesquisadora: Você, então, com esse seu perfil, com essa sua abordagem você considera que você é mais voltada para ser uma chefia democrática, participativa? Ou você, no contexto assim, eu percebo que embora você chame, converse, fale, mas você divide a opinião para chegar numa decisão de uma mudança, de processo, de alguma coisa, você participa a eles para eles decidirem junto com você ou você normalmente estuda cenário e já leva a proposta?

Líder 1 - Bioimagem: Depende da situação. Tem alguns, em alguns casos que eu percebo que se eu for levar pra discussão a coisa vai abrir outras vias e eu não vou conseguir chegar em lugar nenhum. Então eu construo primeiro a ideia na minha cabeça, entendeu? Eu acho que esse é o melhor caminho e ouço a opinião deles pra poder ver algum ajuste ou outro, mas já coloco pra eles como se fosse algo que vai acontecer.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: ... independente da opinião deles ou não. Mas aí a forma que eu coloco eu tento fazer com que eles só digam a opinião e aí eu faço “ah, então tá, dessa forma que você colocou eu acho que a gente pode aqui nesse tópico mudar tal coisa”. Entende? Mas eu boto primeiro a ideia de que vai acontecer e eles vão complementando com alguma coisa e eu dou o retorno pra eles como se “então tá, eu acho que esse ajuste aqui pode ser feito.”

Pesquisadora: Ok, entendi. Quais são as dificuldades que você enfrenta no desempenho da função de líder? Aí pode ser de, de todas as ordens, tá? Ordem de que... relacionada a gestão

mesmo de pessoas, de apoio, de questão institucional. É assim, quais são as... se você pudesse listar suas principais dificuldades, entendeu?

Líder 1 - Bioimagem: Dificuldade é fazer com que o outro líder que esteja na mesma direção que eu pense igual a mim. Aí eu fico sem entender como é que um líder não, não... por exemplo, apontar o defeito, digamos assim, algo que não está tão bom no setor do outro. Eu vou cheia de dedos, cheia de melindres, porque a pessoa não tem maturidade pra ouvir. Acha que eu estou falando pra poder desmerecer o trabalho, então já vai logo se defendendo parecendo que eu estou acusando. Então esse, essa é a maior dificuldade. E aí acaba que quando você vê que algo, algo não gira bem por falta dessa maturidade do outro, aí você acaba “poxa” te desmotivando. É. Acaba te desmotivando, essa é a grande questão.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: A minha dificuldade não é lidar eu-equipe. É lidar eu com outro par, com outra da mesma função. Porque, infelizmente, as pessoas não enxergam, as pessoas não enxergam da mesma forma.

Pesquisadora: Ok. Tá. Assim, nesse bloco a gente acabou pegando os pontos que, que eu mais queria pontuar que era essa avaliação sua enquanto indivíduo e a sua trajetória de vida, voltando também para essa questão da liderança. E aí a gente adentra... eu acho que peguei todos os tópicos, peguei. E aí a gente adentra na questão da sua função de líder e a sua relação com não conformidades, tá? Eu gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua percepção de como a gestão da qualidade através do sistema de notificação de não conformidades se configura como uma ferramenta de auxílio à gestão. Então assim, qual é a sua percepção, se você realmente se utiliza da ferramenta, se você considera como uma ferramenta de auxílio à gestão. E aí nessa sua fala, eu queria que você abordasse desde a concepção de fato da ferramenta, a forma como ela tá estruturada, o processo de encaminhamento e recebimento das não conformidades, toda essa parte inicial que conota mesmo a ferramenta, entende? E aí de... aí você pode ir seguindo e eu vou vendo em meio a sua fala se de repente você já apontou determinados tópicos que eu trouxe aqui.

Líder 1 - Bioimagem: Eu gosto muito de não conformidade. Gosto inclusive de receber. Porque eu, eu vejo essa ferramenta como algo que você pode utilizar muito pra melhorar muito o seu, o seu método de trabalho. É a visão do outro sobre você, sobre um processo seu. Que aí você, analisando, você consegue identificar pontos que no dia a dia passa despercebido ou algo que você não estava conseguindo, né, identificar com a equipe técnica, no caso da Bioimagem. Que quando o outro te fala, abre mais a sua visão, te chama atenção pra aquilo. Então eu acho o método da não conformidade excelente. Com relação à forma de notificar eu acho bom, acho

fácil, acho simples, acho objetivo, eu acho que atende, realmente ao objetivo proposto, com relação ao método. As respostas que, às vezes, né, a gente quando vê a resposta, se você for responder de volta fica com aquele negócio do leva e traz, né. Às vezes um tentando explicar o outro e que muitas vezes você até corrige a gente. Não está acatado. A não conformidade tem que acatar, porque de fato ocorreu. Você pode justificar o porquê, mas ocorreu. Pra você ter ciência que ocorreu e rever o processo pra ver se precisa ajustar alguma coisa. Então, com relação ao sistema eu acho que é, que é bem bom, é um processo, é ótimo.

Pesquisadora: Com relação à questão dos prazos, do que está preconizado, dá tempo para resposta? Se você consegue atingir os prazos estabelecidos ou não. Se não consegue, quais são os principais entraves que você encontra nesse contexto?

Líder 1 - Bioimagem: Às vezes o tempo é, é pequeno. Porque quando a gente vai analisar mesmo a depender da situação a fundo, você depende da resposta de outras pessoas que estavam envolvidas naquele processo. E aí quando você vai perguntar a outras pessoas surge alguma outra coisa que você tem que se comunicar com outras. Então, às vezes, esse processo, diante das outras atividades que a gente tem, não é sempre que eu consigo dentro daquele prazo responder. Aconteceu recentemente mesmo uma não conformidade da UTI (F) que a gente não subiu dentro do prazo. A gente tem a rotina de subir todas as quartas-feiras, e aí, na quarta-feira passada, o Dr. não subiu porque a auxiliar de sala não estava. E ele só gosta de subir com ela. Só que tinha um paciente grave. Então eu tinha que investigar. Ele não subiu porque... ele sabia que tinha um paciente grave, mas não subiu porque não tinha auxiliar de sala? Ou ele não sabia da situação?

Pesquisadora: ... da gravidade.

Líder 1 - Bioimagem: Aí eu tenho que ir atrás das pessoas para poder entender aquele processo. Aí a depender eu tenho que falar com o coordenador dele para poder também falar com ele. Então é todo um processo que às vezes demora um pouco.

Pesquisadora: Entendi. Você, nessa questão ainda de resposta, você... o que que você pesa, digamos assim, se pudesse, se essa fosse a pergunta, mas assim, é que eu estou fugindo do script, tá? Que você pesa? É responder 100%, responder todas as não conformidades e talvez não ser tão qualificada, digamos assim, esse retorno, ou responder menos, mas que seja com qualidade técnica da análise, da investigação?

20'17''

Líder 1 - Bioimagem: Todas as vezes que eu respondo é porque realmente eu prezo o menos, sabe? Até responder atrasada, mas responder...

Pesquisadora: Responder depois de fazer análise completa...

Líder 1 - Bioimagem: ... depois analisar tudo. Eu nunca... eu não consigo ler uma não conformidade e botar lá NC acatada “iremos reorientar”. Quando eu vejo essas respostas, gente “iremos reorientar a equipe”. Você não sabe nem o que é que foi.

Pesquisadora: O que foi que aconteceu. É.

Líder 1 - Bioimagem: Essa resposta, realmente, pra mim... Porque isso aí é consequência, né? Que você vai, depois que você avaliou tudo, que você identificou quais são os pontos aí você vai e reorienta a equipe. Mas essa resposta estou sendo logo assim, orientar a equipe sem te dizer o porquê.

Pesquisadora: Mas aí é porque eu acho que o foco é responder.

Líder 1 - Bioimagem: É. Isso.

Pesquisadora: Você saberia informar, hoje, qual perfil de ocorrência mais prevalente de notificação de não conformidade da sua unidade e também àquilo que você atribui como principal causa?

Líder 1 - Bioimagem: Atraso de exames, atraso na realização dos exames. Na obstetrícia, a gente melhorou muito, inclusive isso já vai acabar sendo alguma outra pergunta mais pra frente. Porque a unidade obstetrícia notificava a gente e começou a vim com uma frequência muito grande. Então a gente teve que parar o processo todo. Foi aquela questão dos prazos dos contratos.

Pesquisadora: Dos contratos.

Líder 1 - Bioimagem: Que isso inclusive é visível no indicador. A gente vê o crescimento da unidade ao longo dos meses do ano passado. Então chegou um momento ali que foi em maio mais ou menos do ano passado que a gente fez “não, vamos parar o processo todo” Aí sentou eu, coordenador médico, a responsável pela expedição e a enfermeira que estava, na época, na, no ultrassom. “A gente tem que começar do início ao fim para gente redesenhar, ver aquilo que a gente vai fazer, porque está muito ruim” Naquela época do indicador. E a gente foi aquele trabalho de formiguinha, porque o volume muito grande, pessoal reduzido. Mas foi a partir daí, das não conformidades que a gente fez assim “Não”. Estava com uma frequência muito grande de reclamações. Isso acaba refletindo também em ouvidoria, né? O reflexo da visão para o colaborador é a visão do paciente. Então acabava virando ouvidoria. E aí que a gente parou, redesenhou o fluxo todo e aí a gente foi, aos poucos, conseguindo melhorar o ultrassom, ainda não conseguiu chegar no patamar que a gente deseja, mas a gente viu a melhora significativa.

Pesquisadora: Tá. Sim. E você atribui como principal causa desse atraso na realização de exames, o quê?

Líder 1 - Bioimagem: Com relação ao ultrassom ou com relação aos exames no geral?

Pesquisadora: De uma forma geral. Hoje você diz pra mim que o seu perfil, né, de maior não conformidade é atraso.

Líder 1 - Bioimagem: Isso.

Pesquisadora: E você acha que é o que, assim? Você pode falar do ultrassom, da tomografia, de cada um.

Líder 1 - Bioimagem: É porque são perfis, né?

Pesquisadora: É, perfis diferentes.

Líder 1 - Bioimagem: Ultrassom foi isso que eu falei. Ressonância é a questão dos laudos no final de semana, principalmente final de semana. Eu observo que as não conformidades...

Pesquisadora: Mas rapidinho. Desculpa, só pra voltar. No ultrassom você falou pra mim do mapeamento que vocês identificaram, que vocês fizeram e que fez a reformulação...

Líder 1 - Bioimagem: Em equipe.

Pesquisadora: ... revisão do contrato de equipe. Mas qual era o principal motivo pra ter o atraso?

Líder 1 - Bioimagem: Eram três. Exames de doppler, que só alguns especialistas faziam, então o coordenador médico teve que fazer uma mudança na escala. Segundo, o revezamento dos horários de almoço e da noite, que a gente via que perdia muito prazo ali. Então eu tive que pedir a enfermagem para sempre ter alguém pra substituir no almoço, que é uma dificuldade pra gente, mas a gente fez um esforço terrível. Mas hoje em dia, todos os dias, tem alguém pra estar lá tirando a funcionalidade. Então esse horário do almoço fica sem esse gap. E o terceiro motivo foi a subida pra UTI. Que eles só estavam subindo uma vez ao dia e os exames acumulavam muito pra o dia seguinte. Aí no dia seguinte ele demorava mais de três horas lá em cima e a emergência acabava enchendo. Então a gente colocou pra subir duas vezes ao dia, sempre no horário de nove e quinze horas. Então como mudou a equipe, mudou a questão dos horários, a gente ficou, conseguiu dar uma equilibrada melhor nisso, nos exames. Ultrassom foi isso, ressonância é a questão dos laudos. A gente observa que não conformidade com relação a emissão de laudos é mais no final de semana porque a gente não tem o médico aqui o tempo inteiro. Aí isso aí já desdobrou na questão da telemedicina, que hoje em dia existe acesso remoto, mas é ruim, os médicos se queixam muito. Tanto da lentidão, que depende do processamento da internet do profissional além de alguns erros que dá na emissão do laudo. Então é bem ruim pra eles o acesso remoto.

E aí já... a chefe administrativa veio com um projeto da telemedicina que está em tramitação lá gerência para poder fechar. Que isso aí vai melhorar o final de semana. Que a gente até já fez uma escadinha. Quando pedir sábado, tal médico vai dar logo no sábado de tarde. Quando pedir

domingo... Então a gente vai conseguir diminuir esse atraso aí da emissão do laudo do final de semana.

E o segundo ponto da ressonância é o internado durante a semana por conta da agenda eletiva. Então isso também desdobrou em uma ação da gente que foi fazer bloqueios na agenda ao longo do dia pra gente conseguir absorver o internado. A gente teve que fazer um estudo de qual é a média de internados que gira em torno de seis, sete. A gente fez uns cinco bloqueios espalhados durante o dia pra estar descendo o internado. Então isso também é um atraso, é um motivo de, de não conformidade por conta de atraso.

Pesquisadora: Ok. Como que você realiza o tratamento das não conformidades? Se você utiliza algum método né, de análise, de identificação das causas potenciais, por exemplo.

Líder 1 - Bioimagem: No e-mail, quando eu recebo uma não conformidade que eu respondo, eu tenho uma pasta lá só de não conformidades. Porque ali eu, eu respondo, avalio, faço o mapeamento do que foi que aconteceu. Aí já tenho aquela planilha que vocês têm de ciclo de melhorias. Eu já vou meio que colocando num rascunho ali mais ou menos o que aconteceu. Coloco a não conformidade nessa pastinha, para quando eu concluir eu saber de qual foi a não conformidade adequada.

Então, normalmente, eu faço assim, analiso, coloco na minha pasta separada e já vou tentando fazer um rascunho no ciclo de melhorias.

Pesquisadora: Entendi. E pra identificação das causas potenciais, por exemplo, você trouxe aqui agora um pouquinho a questão da ocorrência da não conformidade da UTI (F). E eu vi muito claramente na sua fala a forma que você faz para mapear, tipo para chegar na causa. Você utiliza algum método específico ou foi uma forma criada por você, para fazer a identificação. Existem ferramentas de qualidade que você consegue fazer análise de causa, de ocorrência, de evento. Você usa algum método desse? Tipo diagrama de Ishikawa, diagrama dos cinco porquês, alguma coisa desse tipo?

Líder 1 - Bioimagem: Uso muito dos cinco porquês, né? Sempre eu.. porque... aí você bota tanto é que o povo me chama de porquê “Lá vem a porquê aí”. Eu falei “mas a gente tem que entender o porquê” Aí responde uma coisa e eu “mas, por que?”. Uma coisa que acontece muito na ressonância é: a ressonância está atrasada. Aí a primeira pergunta é “Por quê?” “Ah, porque foi um paciente de pelve que chegou e atrasou.” “Tá, mas não era pra atrasar. E por que que essa paciente em específico atrasou?” “Ah, porque foi o gel...” “Mas por que não colocou o gel?” Então assim, esse processo de sempre ir para trás pra gente chegar no ponto inicial é o que eu mais, é o que eu mais falo.

Pesquisadora: ... utiliza.

Líder 1 - Bioimagem. Isso. Me questionar, né? E me... até quando eu estou sozinha fazendo análise, eu vou me questionando até chegar no ponto inicial.

Pesquisadora: Ok. Como que você aborda erro com colaborador, né? Porque pode ser que nesse, nesse momento seu de análise, investigação, você identifique alguma falha operacional, alguma coisa do colaborador. Como é que você costuma tratar, abordar o erro?

Líder 1 - Bioimagem: No momento que eu chamo ele verbalmente, eu leio pra ele o que ele fez. “Nesse dia tal, você chamou o paciente tal...” vou, vou fazendo a análise junto com ele. Vou dizendo o que ele fez, aí ele se enxerga no processo. “Ah, é verdade. Isso aí realmente eu não fiz.” Eu não tenho dificuldade com isso com estar chamando o funcionário pra poder falar de algum erro. Porque eu sempre antes de dizer exatamente o que é que ele veio fazer aqui, eu sempre analiso junto com ele. Ele acaba chegando à conclusão que, de fato, aquilo ali não estava correto.

Pesquisadora: Nesse momento dessa abordagem que você utiliza essa técnica você tem algum tipo, digamos assim, de cuidado? O que você leva em consideração para chamar, sabe? Tipo de ambiente, de colegas? Como é que você faz isso? Você adota alguma estratégia para essa chamada? Se você vê o momento oportuno aí vai e fala ou se tem uma rotina, digamos assim, para fazer essa abordagem, entendeu?

Líder 1 - Bioimagem: Como na Bioimagem tem a sala, né? Normalmente eu chamo na sala e faço na sala mesmo.

Pesquisadora: Entendi. Ok. Sempre... você costuma em algum momento ou tem algum tipo de ocorrência que você faça esse tipo de abordagem na presença de alguém ou você busca sempre fazer essa abordagem de forma individual, tem alguma coisa nesse contexto?

Líder 1 - Bioimagem: Eu sempre prefiro fazer individual, só que aí quando eu vejo que é algo que tá impactando no processo como um todo, que outras pessoas podem tá cometendo aquele mesmo erro, eu já falo pra pessoa, fiz “ó, vou fazer uma mensagem aqui, aviso, de uma maneira geral, não vou falar que foi você nem nada, mas o processo como um todo, que a gente está vendendo, não está vendendo? Que não está bom. Essa parte aqui que você errou, não está, não ficou legal. Então a gente vai tentar fazer de tal forma, eu vou fazer essa mensagem. Normalmente eu uso o grupo pra poder falar do processo como um todo. Entendi.

Pesquisadora: Tem uma abordagem direta, mas você utiliza daquela falha, daquele erro para poder fazer uma orientação geral.

Líder 1 - Bioimagem: Porque senão semana que vem, tá de novo o mesmo problema.

Pesquisadora: E com a outra pessoa, né?

Líder 1 - Bioimagem: Com outra pessoa.

30'03''

Pesquisadora: Ok. Você se utiliza das informações de não conformidades, que aí são as notificações, tanto que você tenha feito para as unidades ou que elas tenham feito para você, para articulação com suas áreas clientes? Pra interação, entendeu? Você se utiliza das informações que você obtém das não conformidades para que você possa estabelecer algum método de interação com suas áreas clientes? Com as UTIs, com as emergências, entendeu? A partir das não conformidades, entende?

Líder 1 - Bioimagem: A partir do que eu analisei?

Pesquisadora: Isso. A partir das informações. Por exemplo... se você está abrindo muita notificação para emergência porque eles estão atrasando de encaminhar o paciente. Entendeu? Um exemplo. As informações que você obtém disso são os atrasos, inúmeras notificações que você tem. Você se utiliza desses dados, desses números, daquelas informações pra estabelecer estratégias de interação? Uma reunião, uma conversa, um contrato, entende? Nesse contexto.

Líder 1 - Bioimagem: Eu já tentei algumas vezes. Vou dar o exemplo da UTI (A).

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: Que é uma unidade que a gente tem aberto algumas não conformidades com relação a remarcações sucessivas de exame. E chefia de lá, eu via nas respostas dela que ela sempre tentava se defender, colocar aquele print ali do que aconteceu com o paciente. Só que, eu fiz “deixa eu ligar para ela, porque eu acho que ela não está entendendo o, o...”

Pesquisadora: ... qual é o X da questão.

Líder 1 - Bioimagem: ... o X da questão. Nesse momento o paciente de fato estava. Só que esse exame não foi pedido naquele momento, esse exame já tinha sido pedido há três dias atrás e ela não entendeu. Ela acha que de fato a equipe dela está certa. Tentei contra-argumentar que o exame, às vezes, fica dois três dias na tela. Aí acaba que nesse tempo de dois, três dias, o paciente de fato apresenta complicações que não consegue descer. E ela está pegando a ponta da coisa. Aí eu falei que a gente está notificando justamente porque só ficava naquele achismo. “Ah, porque demora pra descer, demora pra descer”. A gente estava sem nada de conseguir evidenciar. E ela disse, ela continua insistindo de que não, de que de fato os pacientes lá são muito graves, os pacientes dela são muito trabalhosos, é muita gente, que a equipe às vezes é reduzida, que não tem como, nananã. Aí eu vi no diálogo dela que a coisa não ia caminhar. Então eu tentei, diante das não conformidades que a gente abriu e do que foi analisado, traçar com ela, de repente se fosse alguma coisa que eu pudesse ajudar no processo, né? Fui aberta para poder ver o que ela falava, mas não consegui, foi...

Pesquisadora; E aí nesse caso vocês têm optado por parar de notificar?

Líder 1 - Bioimagem: Não, eu não falei nada para equipe, foi um momento que eu tive com ela na tentativa da gente ver se melhorava, mas para equipe a orientação continua a mesma.

Pesquisadora: Continua a notificar.

Líder 1 - Bioimagem: Tá ali aquele, aquele exame na tela, tentou duas, três vezes e eles reagendam muito.

Pesquisadora: E nesses casos vocês pensaram numa possibilidade de “então cancele o pedido”?

Líder 1 - Bioimagem: Eu tenho essa senha de cancelamento, eu e a enfermeira do setor, somos as únicas que temos. Eu tenho ligado pra unidade seja UTI (A) ou UTI (B). Aquele exame está ali dois, três dias, eu ligo pra unidade. Vejo a condição do paciente, que o paciente não tem condição. Aí eu falo “eu estou retirando o exame da tela, assim que vocês tiverem...”

Pesquisadora: Pede de novo.

Líder 1 - Bioimagem: ... assim que o paciente estiver bem clinicamente e puder descer, pode solicitar de novo que a gente faz.” Aí eu retiro da tela. Porque senão fica dependendo do médico.

Líder 1 - Bioimagem: Porque os médicos não têm a cultura de cancelar quando não quer mais.

Pesquisadora: Isso.

Líder 1 - Bioimagem: Ou quando não vai poder fazer agora. Porque ele tem que voltar pra prescrição lá pro dia que solicitou. E aí o que eu tinha feito, o que eu estava fazendo era isso, já que eu tenho a senha de cancelamento, escrevia o que eu falei com o enfermeiro tal, com médico tal e cancelava, tirava da tela.

Pesquisadora: É. Quais as principais dificuldades que você considera enfrentar na interação com os seus clientes no que diz respeito a essas notificações? Eu acho que você já trouxe, né? Ah, sim, mas se você puder reforçar as principais dificuldades que você considera na interação com esses clientes no que diz respeito às notificações de não conformidades, né? E por quais motivos.

Líder 1 - Bioimagem: A questão, né, da não receptividade do que a gente tenta dialogar daquilo ali. Ele fica com aquela, com aquela ideia fixa, que é aquilo mesmo que ele colocou.

Pesquisadora: Resistência, né?

Líder 1 - Bioimagem: Isso. De não enxergar, né, além, não enxergar além. incompreensível (35'16’’).

Pesquisadora: Quais habilidades... aí nesse contexto aqui é outro. Quais habilidades você julga possuir, ou você julga serem necessárias a um líder para um bom tratamento das conformidades?

Líder 1 - Bioimagem: Primeiro, quando ler aquela informação ali, começar com essa questão dos porquês. Isso aí, isso aí ajuda muito, isso aí é o ponto fundamental. Você entender o porquê que aquilo aconteceu, se abastecer da maior quantidade de dados possíveis: quais foram os colaboradores, em que contexto ele estava, quem são os envolvidos naquele processo, ir atrás de informações com eles, perguntar exatamente o que foi que aconteceu. Até você construir o seu, o seu raciocínio diante daquilo pra conseguir responder.

Pesquisadora: Como é que você percebe os resultados possibilitados por esse sistema para instituição?

Líder 1 - Bioimagem: Das não conformidades você fala, né?

Pesquisadora: Isso. É. Assim, como você percebe que esse sistema pode trazer de resultado, entendeu? Pra instituição como um todo.

Líder 1 - Bioimagem: Falando agora eu vou responder, mas eu já pensei em uma outra coisa. O resultado das análises poderia de alguma forma ficar no sistema para outras, digamos assim...

Pesquisadora: ... unidades.

Líder 1 - Bioimagem: ... é, no mês, não sei, o mapeamento das não conformidades...

Pesquisadora: Os relatórios?

Líder 1 - Bioimagem: Os relatórios.

Pesquisadora: Então, os relatórios a gente sempre teve a prática de publicar no portal, igual publica indicador.

Líder 1 - Bioimagem: Sim.

Pesquisadora: Ele ficava publicado lá. A medida que as pessoas faziam... agora assim, o que eu posso fazer aqui diante da sua fala é uma coisa. A gente sempre publica, digamos, quando a gente encaminha, que a gente encaminha pro email, aí a gente encaminhava por email e publicava lá. O que eu posso pedir a TI é pra abrir um diretório. Você falando agora me deu uma ideia aqui. Abrir um diretório igual de indicadores, onde suas análises, onde vocês pudessem entrar lá no que já tá publicado e já fazer análise e já deixar lá, entendeu? Então aí as áreas poderiam ver a, as análises de vocês.

Líder 1 - Bioimagem: Pra que a gente pudesse passar a visão da gente diante daquele processo e outra unidade conseguisse interagir, porque assim é o ganho da instituição. Quando o que a gente discutiu ali nos setores vai pra os outros, né? Pra gente conseguir melhorar os processos como um todo.

Pesquisadora: É. Eu a... eu acho uma ideia bacana. Eu posso ver junto com a TI isso, a gente vai retomar a publicação. Na verdade, a gente não estava mais publicando. Porque, eu vou ser bem honesta pra você, porque eu pedia relatório, eu pedia pra ver. E tinha zero visualização,

entendeu? A gente publicava e lá ficava. E quando você procurava um relatório que você não encontrava, você não ia lá no Portal extrair de lá, você chegava, ligava pra gente, pra gente reencaminhar o e-mail. Então durante muito tempo, eu fiquei falando para a equipe “sensibiliza, diz que tá na intranet, que pode ir lá buscar, se não encontrar a gente orienta” Mas sempre tem aquele “ah, não, pego aqui e reencaminho”, entendeu? E aí a gente acabou..., até na época da pandemia, quando tivemos desfalque, né? saiu um monte de gente, ficamos com um quadro muito enxuto (38’24’’). E aí algumas iniciativas a gente foi cortando, uma delas foi essa da publicação que eu posso retornar, não tem problema.

Líder 1 - Bioimagem: Ou então, de repente, se já fez a experiência com esse e não deu certo. Aqueles momentos que você faz, café com qualidade, por exemplo.

Pesquisadora: É. Olhe. Não fale disso não. Só pra lhe dizer ó. Ideia para evento da qualidade 2023. Só pra você ver que... está vendo? Surgiu ontem numa entrevista com a líder.

Líder 1 - Bioimagem: Sim.

Pesquisadora: Porque eu disse assim “gente, pra que melhor do que essa pauta pra poder a gente trazer todas as melhorias...”

Líder 1 - Bioimagem: Com certeza, momento de discussão é excelente.

Pesquisadora: Isso. “... todas as melhorias que de repente...” Tipo assim, e você estava falando aqui, eu não sei se você viu uma hora que eu dei risada porque eu pensei assim, ó: eu não vou ter ela falando da Bioimagem. Tipo esse, essas melhorias todas que foram implementadas a partir da notificação, entendeu? Então a minha ideia pra esse evento já é isso, um estudo de caso, são estudos de casos sobre as...

Líder 1 - Bioimagem: Eu acho. porque as pessoas tão ali, tão presenciais, né?

Pesquisadora: Isso.

Líder 1 - Bioimagem: Vão estar todas as chefias, as coordenações.

Pesquisadora: É.

Líder 1 - Bioimagem: E você trazer não conformidade de um serviço que é linkado ao outro para poder todo mundo conseguir enxergar.

Pesquisadora: Vai ser muito bacana.

Líder 1 - Bioimagem: Vai ser muito legal. Aquele café é excelente.

Pesquisadora: Eu acho também que vai ser muito bacana, porque de ontem para cá eu tenho pensado em algumas coisas, sabe? Mas, assim, infelizmente também faltam algumas pernas, mas a gente vai tentar, né? Porque hoje o nosso trabalho é muito manual. Não conformidade é uma das coisas que demanda mais trabalho pra gente.

Líder 1 - Bioimagem: Imagino.

Pesquisadora: Porque é, você vê, é tudo descritivo.

Líder 1 - Bioimagem: ...a tabulação, né?

Pesquisadora: A tabulação é toda descritiva, entendeu? Não é feito, o evento. O evento você vai no tasy e você registra o tasy e depois transforma em relatório, entendeu?
40'08"

Líder 1 - Bioimagem: Só um parêntese para evento, a TI teria como sinalizar pra gente quando o evento é, é gerado, não?

Pesquisadora: Isso é possível. O que foi que aconteceu no passado? Quando a gente implantou a ferramenta de evento no tasy, gerava-se um e-mail pra todo mundo. Notificou... todo mundo que eu digo, assim, notificou o e-mail, você recebia, entendeu? E aí, um dado momento as lideranças começaram a reclamar que era muito e-mail da qualidade. Falei “Gente, você tem tanto evento assim?” Não tem tanto evento, né? Mas reclamou, reclamou, reclamou, reclamou, desabilitou. TI desabilitou a funcionalidade.

Líder 1 - Bioimagem: E o e-mail tinha o quê? Só dizendo que tem o evento?

Pesquisadora: Só chegando “Foi registrado o evento sentinel”. Só avisando foi registrado. E aí, de lá pra cá, a chefia do laboratório por exemplo é uma que tem de forma esporádica os eventos relacionados a exames, tá. Aí ela pediu pra gente e aí eu pedi. Só que o que aconteceu, quando eles habilitaram isso no passado era uma equipe da TI, entendeu? Hoje os meninos não localizaram a funcionalidade ainda, entendeu?

Líder 1 - Bioimagem: Mesmo que fosse um pop-up, de repente.

Pesquisadora: Isso.

Líder 1 - Bioimagem: Você abrir o tasy tá lá um pop-up avisando do evento.

Pesquisadora: É. As meninas n... Os meninos não localizaram ainda. Mas isso foi sinalizado pela chefia do laboratório, pela enfermeira da terapia intravenosa, que também analisa, sempre me pedem a mesma coisa. Agora estou sabendo de você. E assim, e aí eu falei com os meninos que, porque foi que na época elas disseram, né? Eu lembro das figuras ainda dizendo “Eu estou com o tasy aberto o tempo todo. É só eu ir lá em eventos... sei que eu tenho obrigação de analisar. É só eu ir lá em eventos que vou abrir pra poder avaliar.” E aí optou-se por tirar e tirou, entendeu? Mas é uma coisa que já tá no nosso radar, entendeu?

Tá. Meu Deus, tenho que correr. Sim, aí a pergunta que eu tinha feito, né? Quais são os resultados que você considera, né, que você enxerga pra instituição, desse sistema pra instituição?

Líder 1 - Bioimagem: O exemplo do marca-passo foi um exemplo para instituição, né? Foi uma melhora que a gente obteve dentro do sistema que, como é interligado com todas as

unidades e todas as categorias, foi uma melhoria em termo de segurança para o paciente e, consequentemente, para instituição.

Pesquisadora: Então você considera...

Líder 1 - Bioimagem: Eu acho.

Pesquisadora: ...ser, tipo, um resultado positivo, né?

Líder 1 - Bioimagem: Foi um dos primeiros, não foi?

Pesquisadora: É, eu lembro. Me marcou, ‘tô’ te dizendo.

Líder 1 - Bioimagem: É.

Pesquisadora: Bom então nessa questão do bloco que a gente trata um pouco da sua relação com o sistema de não conformidades a gente concluiu. E aí entra nesse último bloco que eu te falei que é o que eu gostaria que você me dissesse exatamente assim: quais foram as mudanças, se você puder, né, listar algumas, que você já implementou no seu serviço a partir das notificações de não conformidades. E, na verdade, qual foi a que você, que eu já vi algumas mudanças no seu relato, mas qual foi que você considerou assim de maior relevância que te marcou, sabe? Te marcou porque você entende...

[alguém entra]

Desconhecida: Opa, desculpa.

Pesquisadora: Te marcou porque você entende tantos resultados que ela possibilitou ou marcou porque poderia ser uma fonte potencial de dano, de evento, bem nesse contexto. E que aí você fizesse para mim, por favor, uma descrição detalhada desse fato. Tipo assim: Como você tomou conhecimento dele, quais foram as iniciativas que você tomou de forma inicial, como que ele se desdobrou. Me relatar como você teve ciência e você desdobrou na investigação e na proposição de solução, entendeu?

Líder 1 - Bioimagem: Aí teria que ser um só, né?

Pesquisadora: É.

Líder 1 - Bioimagem: Porque teve a questão dos exames, a questão do marcapasso. Da questão dos exames que teve até que fazer um ajuste recentemente no processo, os exames laboratoriais...

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: ... que eram colhidos na Bioimagem. Que foi através de perda, de perda de amostra...

Pesquisadora: Lembro.

Líder 1 - Bioimagem: ... de não conformidades com perda de amostra que a gente acabou implementando com a chefia do laboratório, ela deu a opção da gente fazer...

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: ... de forma manual. Que aí eu crie... peguei o impresso que vocês mandaram, coloquei dentro de uma pastinha, a gente pegou uma caixa, já criou um fluxo interno de encaminhamento da amostra desde daqui da Bioimagem.

Pesquisadora: Se você pudesse escolher entre um desses aí, qual você escolheria pra poder relatar como um estudo de caso que você achou mais significativo?

Líder 1 - Bioimagem: Eu acho que foi o marcapasso.

Pesquisadora: Marcapasso.

Líder 1 - Bioimagem: Eu acho, porque a gente melhorou bastante.

Pesquisadora: Tá.

Líder 1 - Bioimagem: E evitou também essas transferências, né? Em que não precisava, né, com o paciente.

Pesquisadora: Então assim, digamos, a justificativa para escolha desse caso é porque você considera que você evitou transferências desnecessárias, é isso?

Líder 1 - Bioimagem: Transferências desnecessárias e expor o paciente ao risco também, né?

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: A gente vê a exposição do paciente ao risco.

Pesquisadora: Agora recente a gente vê aquela questão da arma, né? [situação que ganhou repercussão na mídia de um acompanhante policial que entrou na sala de ressonância armado e a corrente magnética da máquina gerou o disparo da arma de fogo]

Líder 1 - Bioimagem: Da arma. Aí a gente já implementou uma modificação aqui que é o acompanhante trocar de roupa também.

Pesquisadora: Também, né? Entendi. Bacana

Líder 1 - Bioimagem: É.

Pesquisadora: Tá. Você pode me dizer assim relatar como foi que aconteceu o evento, quem estava envolvido, como foi que você teve... chegou, né, a, à identificação da necessidade de melhoria desse processo a partir dessa notificação. Como que foi isso?

Líder 1 - Bioimagem: Foi o paciente descer, eu não tinha nada relatado, nem via mensagem nem via telefone nem através do prontuário. No BS [boletim de serviço] a gente não tinha nem instituído nada. E aí o, o técnico de enfermagem que recebeu o paciente já ia colocar ele dentro da sala, quando o outro técnico de radiologia já ia colocando a maca dentro da sala quando a técnica de enfermagem parou para poder fazer o, o checklist. Foi assim, foi questão de, de, de minutos. E aí quando fez o checklist viu que o paciente era portador de marcapasso e aí volta de novo. Mas assim, foi bem por pouco mesmo.

Pesquisadora: Vocês que identificaram na verdade, então vocês acabaram notificando a unidade por eles terem encaminhado o paciente pra cá.

Líder 1 - Bioimagem: Exato.

Pesquisadora: Entendi. Tá.

Líder 1 - Bioimagem: A gente identificou através do checklist que a gente faz.

Pesquisadora: Tá. Teve alguma ocorrência que vocês que tenham sido notificados. Tipo assim, a unidade notificou vocês, algum caso que você queira relatar que a unidade notificou vocês e a partir dessa notificação você melhorou um processo aqui, entendeu? Porque nesse caso do marcapasso você fez uma melhoria, que eu achei muito bacana, você acabou que notificou a unidade, né isso? E aí?

Líder 1 - Bioimagem: Teve uma que foi do RN, teve um RN que ele entrou com o eletrodo na ressonância e teve uma queimadura. O setor notificou a gente. Antes, quando tinha exame com sedação desse perfil, a enfermeira da unidade descia e ficava dentro da sala.

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: Então a gente instituiu a obrigatoriedade da enfermeira da Bioimagem, também fazer parte do processo da sedação. Pra poder justamente fazer garantir, né, esse checklist mesmo antes do técnico entrar com o RN.

Pesquisadora: Então se a gente pudesse dizer quais foram as causas principais desse RN ter sofrido essa queimadura enquanto estava aqui, é porque não existia a rotina do enfermeiro da bioimagem participar do exame? Isso?

Líder 1 - Bioimagem: Isso, porque se tivesse a equipe ficaria cuidando desse RN na ressonância...

Pesquisadora: Sim.

Líder 1 - Bioimagem: ...Então a equipe da ressonância acabava deixando muito na responsabilidade deles, entendeu?

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: E aí a gente viu que dessa forma não dava. Eles até tem, né, a expertise da questão de tá fazendo o charutinho do manejo com RN. Ok ele continua indo, só que o lado da bioimagem precisa...

Pesquisadora: ... precisa ser assegurado. Entendi. Quem que tava envolvido nessa questão da queimadura? Digamos assim, só tinha até então o profissional de lá da Neo, mas não ficava ninguém, absolutamente ninguém, da sua equipe?

Líder 1 - Bioimagem: Ficava um técnico.

Pesquisadora: Um técnico. Só do lado de cá na manipulação do aparelho, né?

Líder 1 - Bioimagem: Do aparelho e aí no sistema.

Pesquisadora: Quais foram as consequências, nesse caso dessa queimadura digamos desse bebê, que você conseguiu identificar de consequência para o serviço, pra sua unidade, pra sua operação, você conseguiu identificar alguma?

Líder 1 - Bioimagem: Não teve não. Foi realmente só pra o RN. Que a queimadura era do tamanho mesmo do eletrodo que ficou tratando com óleo AGE e aí em menos de uma semana conseguiu reverter.

Pesquisadora: Ok. Essa solução que vocês implementaram, poderia dizer assim, a solução que você implementou foi colocar um profissional na sala, digamos assim, pra acompanhar. Alguma coisa a mais, algum recurso, algum check-list, alguma coisa que você tenha acrescentado junto a essa observação ou, ou simples fato dela estar?

Líder 1 - Bioimagem: Não. Foi só o próprio evento em si, né, o que aconteceu da questão da retirada do eletrodo foi o que foi utilizado de argumento para equipe e dito o que foi que aconteceu. E aí isso marcou, meio que marcou. E aí a equipe acabou seguindo.

Pesquisadora: Entendi. Vamos lá. Quais pontos negativos de serviço, aqui também pra instituição. Só pra ver outra questão voltando aqui para o marcapasso porque eu posso...

Líder 1 - Bioimagem: ... pegar ele, né?

Pesquisadora: ... pegar e trazer. As duas percepções, aquela que você já notificou e fez as melhorias de processo e aquela que você, como é que fala?, Identificou e já fez a melhoria independente. Porque você já identificou previamente. O questionário que eu sei que você fez alteração no Tasy digamos, né? Então assim, além do questionário, você se utilizou de algum outro recurso pra poder prever, prevenir essa questão da ocorrência do marcapasso? Tem alguns checklists em sala? Alguma coisa assim.

Líder 1 - Bioimagem: Tem as perguntas, elas... eu refiz, inclusive, o questionário da própria ressonância. Eu revisei todos os questionários e arrumei de uma outra forma também, para que as perguntas que são importantes se mantivessem sempre juntas. Pra o técnico já ir fazendo ali na sequência e conferindo tudo.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: Então tem também checklist escrito da própria ressonância.

50'00''

Pesquisadora: E depois desse fato, dessas mudanças, dessas melhorias, vocês tiveram mais algum caso de encaminhamento de paciente em uso de marcapasso?

Líder 1 - Bioimagem: Já teve um caso de que, no questionário estava marcando não, mas tinha registro no prontuário sim. Aí foi o médico na hora que foi solicitar, no momento que foi

solicitar, que colocou errado, incorretamente. Mas aí a gente conseguiu identificar pelo registro no Tasy. Porque no caso que gerou a melhoria não tinha em lugar nenhum.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 1 - Bioimagem: Não tinha o registro mesmo.

Pesquisadora: Bom, eu queria saber assim, se você costuma receber apoio pra implementação de mudanças quando identifica a necessidade, né? Apoio de diversas naturezas e apoio de outras áreas, apoio de gestão, assim, se você costuma “identifiquei uma necessidade de mudança em alguma coisa” você costuma ter apoio? Se sim, eu gostaria que você dissesse de que natureza normalmente você recebe esses apoios. E se não, a que você atribui. Tipo assim, as mudanças partem de você sozinha ou se tem apoio, entendeu? É muito nesse contexto.

Líder 1 - Bioimagem: Na Bioimagem, a minha relação é com a chefe administrativa, porque são setores diferentes. Ela é da parte administrativa, mas a nossa relação era muito rica nesse sentido. Porque ela com a experiência dela, com a expertise dela na área dela do administrativo, a gente trocava muita informação e acabava conseguindo fazer muita coisa aqui na bioimagem. Exemplo, NPS, a gente conhece essa meta, né, que foi instituída ano passado com relação a aumento do percentual do NPS pra estimular os funcionários a estarem oferecendo o folder pro paciente. Aí na tomografia a gente viu que o número de formulários na tomografia era bem pouquinho. Então a gente instituiu a caixa da ouvidoria que não tinha lá embaixo, a gente pediu para a ouvidoria colocar. Então eu tive o apoio do pessoal da ouvidoria, a gente colocou. Outra melhoria com relação a colocar como se fosse um lembrete pro paciente no momento que você for entregar o exame pra ele, pra ele responder o NPS. Ela me apoiou e a gente conseguiu fazer, bolar, inclusive estar imprimindo pra colocar. Então com ela, eu tinha muito esse apoio dela, ela abraçava a ideia, a gente ia pra frente.

E o segundo setor que me ajudava muito era a TI na figura do analista responsável pela área de bioimagem. Essas alterações de questionário, eu modifiquei os questionários, a organização do questionário de ressonância cardíaca que eram duas páginas, a gente organizou. Todos os tipos de ressonâncias: esquelético, crânio. Melhorias em sistema, exames de pacientes internados que pedem pra poder entregar antes do prazo, do processo. Então a TI era bastante. A chefia administrativa e a TI eram bem próximos no processo de melhorias.

Pesquisadora: Então concluímos a nossa entrevista, muito lhe agradeço pela contribuição.

APÊNDICE D – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A LÍDER DA MEDICINA LABORATORIAL

Data: 14/02/2023

Duração: 01h:25min

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada NÃO CONFORMIDADES COMO INDUTORAS DE MUDANÇAS EM SAÚDE: Um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico, que por meio de uma entrevista semiestruturada, tem como objetivo avaliar a sua percepção sobre o sistema de notificação de não conformidades e a sua atuação enquanto líder na implementação de mudanças. Se você tiver interesse em participar da pesquisa precisará preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. Caso decida pela não participação basta me informar que não daremos seguimento ao processo.

Estimo que essa entrevista dure em torno de 1h. Ela será dividida em 3 blocos que começará avaliando o seu perfil e a sua trajetória profissional, o segundo bloco a sua relação com as não conformidades e o terceiro e último visa identificar quanto ao uso das não conformidades como aliadas da gestão na implementação de mudanças. Desde já agradeço o seu tempo e atenção.

Pesquisadora: E aí eu queria que você começasse se apresentando, né? Me falando um pouco sobre sua trajetória de vida até esse momento. Se você se sentir à vontade, pode começar trazendo um pouco sobre sua idade, como você se identifica na questão étnico-racial, a sua raça, né, com relação ao seu gênero, questões de identificação, de...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Eu sou farmacêutica bioquímica, formada há... desde... eu me formei em 1982. Tem quantos anos isso? Trinta e cinco, né? Quarenta anos.

Pesquisadora: Eu sou de 85, eu tenho 37.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Pronto.

Pesquisadora: Então você...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Quarenta...

Pesquisadora: Três anos antes de... quarenta anos.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Quarenta anos de formada. Eu, assim que me formei, eu trabalhei no... tive a honra de trabalhar, né, numa instituição italiana no Monte Tabor, que hoje é o São Rafael. E, naquela época, trabalhava com um grupo de italianos, com a própria equipe diretiva, né, que é quem fazia a gestão do laboratório. E foi o meu primeiro contato com a qualidade, porque quando a gente aqui nem ouvia falar em qualidade, eles já tinham um

laboratório montado e qualificado e já com procedimentos próprios operacionais. Então, o conceito de qualidade foi me apresentado por Doutora Kássia [nome fictício], né? Que trouxe lá da Itália todo... do Hospital São Rafael, já tinha todo o conceito de qualidade, de auditoria e montado lá. Então, assim, isso, a princípio tudo muito novo, eu ficava muito assustada, porque é uma coisa que nem na faculdade a gente nunca nem tinha visto falar daquilo, mas tudo era feito lá. Tudo era já feito padronizado e isso me chamou muita atenção e eu fui me encantando com aquilo, né? Porque eu acho que era uma forma, realmente, da gente conseguir construir um processo de forma a que a gente pudesse enxergar todas as fases do processo e medir todas as fases do processo. Isso tinha um ganho muito grande. É claro que não tinha... hoje... elas não tinham ainda hoje como a gente, assim, a visão de como a gente trabalha hoje. Mas já era, para aquela época, um ganho muito grande. Mas eu trabalhei seis anos lá e aí saí de lá porque eu precisei morar fora do país, né? Eu fui seguir meu marido e morei nove anos fora e fora do ambiente de trabalho.

Quando eu retornei pra aqui pra Salvador e não me senti, me senti, assim, eu não me senti bem em não estar trabalhando. E o que que eu fiz quando eu precisei, quando eu quis retornar a trabalhar? Eu fui pra lá, voltei, retornei lá, já era o hospital, porque quando eu saí, a gente já montou o laboratório na base do Hospital São Rafael, não tinha um hospital montado ainda, mas toda base do laboratório já estava lá. E aí eu retornei, falei com, com... a equipe diretiva ainda era a mesma, e eu passei um ano lá fazendo uma reciclagem gratuita.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Né? Fazendo uma reciclagem, porque... sabe, depois de nove anos é uma faculdade que você perde, então duas faculdades, né? Tem tempo de fazer duas faculdades. Então eu sabia que eu estava defasada em muitas coisas. E aí passei nove, passei um ano lá fazendo a reciclagem, fazendo aulas, monitorias, enfim. E foi um ganho muito grande, né? Percebi que tinha muita evolução no processo e nessa época já tinha um sistema de conformidade implantado, aí já tinha outras pessoas lá trabalhando que já tinha um outro contexto de qualidade também. E percebia com isso a evolução delas e o processo como tava sendo feito. E aí de lá eu já fui, quer dizer, saindo de lá eu já fui no mercado de trabalho comecei a ser chamada pro mercado de trabalho e aí trabalhei numa empresa chamada TIMO (4'03'') que eu não sei se você, não deve ter conhecido, era Doutor Estácio Ramos, pronto, ele tinha um laboratório chamado TIMO, eu fui pro TIMO. Do Timo, eu vim pra aqui trabalhar no NPC, né? Que é aqui do hospital. E aí Doutor Rafael [nome fictício], quando me viu aqui, me chamou pra ir pra o LPC também e teve um momento que eu ficava nas duas, 12 horas: 6 horas aqui, 6 horas lá. E aí foi, ficou muito pesado pra mim eu saí do NPC e fui pro LPC fiquei lá só a carga horária

total: 8 horas. Aí o Doutor Rafael me pediu, em determinado momento, pra eu vim pro hospital ficar a carga horária toda, que saísse de lá, viesse pra cá, porque aqui tava precisando montar o processo todo de qualidade e tinha uma bancada aqui que ele achava que tava muito frágil, que era da bioquímica e como minha formação era muito grande em bioquímica, ele pediu que eu viesse pra cá. E aí fiquei aqui no... Cheguei era outra chefia. Fiquei por um tempo e até que, em 2006, eu fui contratada pelo hospital e aí passei a fazer a chefia do laboratório em 2008, né? Passei para a chefia do laboratório, que a antiga chefia saiu e eu assumi essa posição. Foi um desafio muito grande, bem grande mesmo, porque eu era muito voltada pra processos, bancada, qualidade que era o que me encantava mais, né? Eu, nesse meio tempo, eu fiz uma pós-graduação em qualidade, né? Na FTC. Finalizei, e aí quando eu comecei a chefia aqui eu senti que tinha alguns vazios a serem preenchidos, que precisavam ser preenchidos no campo da gestão, né? Porque não é fácil você pegar uma equipe de 60, naquela época não, 40 e poucas pessoas, hoje são 60 pessoas pra você fazer a gestão. Você fazia gestão de processos, aí você passa a fazer a gestão de processos e de pessoas que representou pra mim o maior desafio, porque gestão de pessoas é infinitamente mais difícil do que de, de, de processos. E onde eu tinha o maior domínio já era na gestão de processos, né? Como já tinha permeado por todas as bancadas, né? Eu sempre trabalhei muito em todas as bancadas, eu conhecia mais a fundo aquelas em que eu me especializei, mas conhecia todas as bancadas, mas a gestão do processo como um todo pra mim ficou fácil, mais fácil, mas a questão de pessoas foi muito difícil. Então, eu fiz uma, uma capacitação, uma nova pós-graduação de gestão em saúde pela Getúlio Vargas, né, que é aquela, aquela pós que foi ofertada aqui até no laboratório, no hospital que muita gente fez.

Pesquisadora: Tá.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então fui em gestão de processos, em gestão em saúde, gestão em... o título eu não ‘tô’ lembrada, mas enfim. Aí eu fiz na Getúlio Vargas, na FGV e a partir daí fui aprendendo aos pouquinhos, né? E a gente tá sempre aprendendo, né? Tá sempre aprendendo porque a gente quando pensa que sabe um pouquinho a gente descobre...

Pesquisadora: Descobre...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Que, que não sabe muita coisa, né? E a cada dia a gente aprende mais, mas assim o que... na questão de gestão de pessoas, eu, eu penso que eu já evoluí bastante, muito, mas cada dia é um aprendizado. Mas a gestão de processos foi uma... a questão da gente ir se aperfeiçoando, porque era muito... era mais fácil fazer gestão de processos somente do laboratório. O laboratório passa a ser, a fazer... o hospital não tinha, há muito tempo atrás ela não tinha a acreditação, ela não tinha certificação nenhuma, então, assim, a gente era,

era detentor do processo de qualidade. No momento que começou a interagir, o hospital passou a ser, a precisar se qualificar ‘pra’ fazer gestão, eu, assim, foi muito mais difícil. Porque quando a gente faz uma gestão de processos, gestão de qualidade envolvendo outras unidades é muito mais delicado, porque a gente precisa da adesão, a gente precisa que todos entendam que somos aliados e não adversários. E como, pra mim, a não conformidade sempre foi uma ferramenta de melhoria de processo e como a gente já trabalhava com o sistema de qualidade, esse desafio de enfrentar a qualidade, esse processo de não conformidade internamente, onde todos encaravam como punição, onde eram conflito interno... muito grande, onde as pessoas se estressavam, as pessoas se zangavam, se aborreciam.

E eram briga entre eles porque se um... primeiro era o gestor, a liderança, os bioquímicos faziam uma não conformidade para os técnicos. Os técnicos depois passavam a ser uma coisa de trezentos e sessenta graus (360º). Eles também precisavam fazer de volta. Então isso gerou em determinado momento um conflito bem grande. Era gestão de conflito, praticamente a gente tinha que fazer por conta de qualidade, de não conformidade.

Vencido essa etapa aqui começou a etapa... o processo internalizado, a filosofia implantada, as pessoas já mais ambientadas, aí começou esse desafio com o hospital, que até hoje ele, eu acho que melhorou bastante, mas ele é bem grande, ele é bem grande. Mas você quer me fazer outra pergunta?

10'02''

Pesquisadora: Não, pode... tranquilo, só tô aproveitando e vendo se você já me respondeu as coisas que eu...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ele é bem grande, porque... a gente... eu entendo que ainda existe unidades que estão bem mais já a filosofia implantada, mais avançadas, mas tem algumas ainda que tem uma dificuldade muito grande de entender uma não conformidade como um processo de melhoria, de entender uma não conformidade como avaliação da sua fragilidade e onde que você pode melhorar, pra melhorar a segurança do paciente. E ao invés disso encara como uma coisa pessoal, encara como uma coisa “ah, você está querendo ser melhor do que eu” e, enfim, isso gera uma, uma barreira muito grande no processo de melhoria. Porque a gente numa instituição como essa grande, hospitalar, onde a gente tem várias unidades independentes, né? A gente ainda percebe que existe unidades que trabalham como ilhas.

Eu nunca me esqueço, isso aí me, me tocou muito. Uma das primeiras auditorias que a gente teve aqui depois de ONA, acho que foi a ONA 01, onde a... quando a gente apresentou avaliadora, a gente apresentou ‘pra’ avaliadora tudo que a gente fazia, o que a gente já tinha, os documentos, ‘nanana’, ela simplesmente olhou pra mim e disse “mas vocês trabalham muito

como ilhas. Isso aí não serve nada, se você faz só pra você. É preciso que haja interação com a unidade.” Naquele momento, eu fiquei sem resposta, porque eu disse “poxa, a gente assim vai achando que está, né, apresentando um processo de evolução.” Mas depois eu refleti, disse “ela está certa. Ela está super certa.” Agora como fazer, né, pra essa interação, pra que todos entendam que nós somos aliados e não adversários? Pra que todos entendam que existe uma interdependência, né? Pra, pra ser... por que que a gente tá aqui? Qual é o nosso objetivo? A segurança do paciente. É que a gente quer atender melhor. O que a gente, o nosso objetivo é esse, né? Atender o paciente da melhor forma e garantir a segurança do paciente. Como é que a gente garante a segurança do paciente se eu só estou pensando no laboratório? Se eu só estou pensando em atendê-lo na UTI nos processos de enfermagem? Se eu só estou pensando em atender no processo de atendimento da bioimagem? Eles são inter-relacionados. Ele vai precisar... ele chega aqui, ele não vai fazer só laboratório e não vai ficar... a UTI depende dos laboratórios, laboratório depende da UTI. O que você...

Pesquisadora: Desculpa te interromper. Como você entrou na questão sobre a interação e eu vou trazer, né, um tópico específico pra tirar essa dúvida com você lá na frente. Só pra gente concluir um pouco a questão do seu... do indivíduo e trajetória, eu senti só uma coisa que eu não tinha falado pra você antes que era preciso, né, que eu gostaria de obter só ‘pra’ complementar. Você já falou da sua atuação, como você começou, né? Seu tempo de atuação na profissão, eu senti falta apenas da sua identificação étnico-racial, como você se, se considera, né, de raça: branca, preta, parda, indígena ou amarela; e com relação o que eu vou falar agora, assim, se você já puder se sentir à vontade de responder com relação a sua visão étnico-racial eu já passo pro próximo.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Tranquilo, eu sou branca, gênero feminino, feminino. Não sou... sou feminina.

Pesquisadora: (risos) Aham.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: E tenho 64 anos.

Pesquisadora: Ok. Pronto, vamos lá. A outra questão aqui pra gente concluir esse bloco é o seguinte: quais são as habilidades e competências que você julga possuir para estar na posição de líder?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Humildade, resiliência e determinação.

Pesquisadora: Mais alguma coisa? Quer acrescentar?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não, tô lembrando só...

Pesquisadora: ...que você...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... dos mais importantes que você... sempre me, procura me trabalhar. Foi o que eu mais procurei me trabalhar quando eu me vi, me defrontei frente a essa função. O que que eu preciso desenvolver em mim? Primeiro, competência. Fui buscar nas minhas pós-graduações que eu já citei pra você. E, mas a competência não é só o suficiente se você não começa a apontar o dedo ‘pra’ si. Acho que a gente precisa apontar o dedo pra si e não justificar, tudo que acontece procurar justificar na fragilidade do outro. Existe fragilidade do outro, mas existe fragilidade nossa também, e a gente precisa entender. Até se a gente...

Pesquisadora: ...está passando mensagem.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Está passando a mensagem ou se eu estou sendo, a minha comunicação está sendo efetiva ‘pra’ poder fazê-lo entender que o processo não é daquele jeito. Então eu preciso buscar estratégias de convencimento de... aí fui também buscar, aí uma coisa importante que eu esqueci de falar com você: o curso de PNL que eu fiz, que me ajudou bastante, com Kau Mascarenhas, por quem eu tenho um carinho muito grande. Fiz o curso até o máster com ele, que foi o que me ajudou muito tanto na minha vida pessoal como na minha vida profissional. Porque me ajudou a entender essa abordagem com o outro, a forma de abordar, a forma de entender, a forma de buscar entender o contexto da situação e não reagir. Antes de reagir, entender o processo primeiro, entende, procurar entender o outro, o porquê que ele está agindo daquele jeito, se colocar no lugar do outro, né? Fazer o que ele chama de rapport, né? Que a gente nem sabia o que era isso, então isso, me encantei muito por isso, é você vai conversar com o outro e entender como é o outro, ‘pra’ que o outro possa captar a sua mensagem, você precisa entender um pouquinho como é que é ele, entendeu? Então isso foi uma das coisas que eu fui buscar também. Então foi um período muito aquecido na minha vida, onde eu fui, tava buscando tudo fazer ‘pra’ poder melhorar o outro não pra poder me melhorar. Porque eu entendi que eu tinha muitas fragilidades naquela função, mas me foi conferida a confiança pra fazer aquilo e eu não podia, eu não podia desmerecer aquele que me fez... que teve maior confiança em mim, que eu tenho um carinho muito grande que é Doutor Rafael. Ele, desde que ele me conheceu, ele depositou uma confiança em mim muito grande, então eu precisava, eu precisava retribuir tudo isso e eu fiz com recurso próprio, né? Busquei tudo isso com recurso próprio, né?

Não deixava de participar também de congresso, nos congressos não só assistia palestras técnicas como também palestras de gestão, eu me interessava, sempre me interessava muito por esse assunto de gestão e tenho muito a aprender ainda, mas...

Pesquisadora: Bacana. E aí eu te pergunto, né, complementando essa sua abordagem já. Como você se considera enquanto líder? Aí é bem amplo assim. Como você se considera?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Como eu me considero? Ô, Nai, eu me considero em constante evolução. Sabe? Eu me considero assim: eu nunca acho que “ah”. Não. Eu acho que eu sempre estou aprendendo um pouquinho com o outro e que eu sempre tenho que aprender, né? Eu não sei se você segue a G4 Educação, que é... Então, eles tem umas abordagens assim de liderança, eu ainda preciso fazer isso, entendeu? Então assim é você sempre estar... e hoje, porque que hoje é muito bom e bem usado é a rede social, né? Se bem utilizada, porque ela também ela tem, tem servido muito ‘pro’ mal, eu acho. Mas, se bem utilizado, você ouvir palestras de pessoas, seguir empresas que são de credibilidade. Então você tem muito ganho e você, sem precisar investir muito a partir... quando você tem já uma base você ganha muito quando você segue esses grupos assim de sucesso.

Pesquisadora: E no que diz respeito o relacionamento com os seus colaboradores, com os seus liderados, nesse contexto de...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ô, Nai, hoje eu me considero que eu tenho uma relação muito melhor com os colaboradores. Por quê? Na verdade, o que precisava acontecer era uma avaliação de feedback, entendeu, 360º, que a gente começou até aqui até depois, né, não foi. Eu acho isso muito importante. Mas a gente sempre tenta captar alguma coisa. Então eu acho que hoje eu escuto muito mais e hoje eu procuro fazer com que eles opinem sobre o processo. Eu cada vez menos, eu procuro dizer o que tem que fazer. Cada vez mais eu peço sugestão de melhoria, entendeu? Então quando vem, quando eles vêm com algum questionamento, com alguma queixa, eu dependo de você pra você também resolver esse problema. “Na sua visão como é que você resolve? Como é que você busca resolver isso? Como é que a gente pode junto tentar resolver isso?” Então alguns tem uma recepção muito boa, outros ainda estão muito engatinhando, não querem opinar ‘pra’ não se expor, tem muito aquela, aqueles que não querem se expor ainda, né? Mas eu tenho obtido muitos ganhos nisso, muitos ganhos. Acho que ainda é incipiente, que ainda pode melhorar muito, mas eu acho que é o caminho.

20'02"

Pesquisadora: Hm-huh. Quais dificuldades você enfrenta no seu desempenho da função de líder?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: São tantas, Nai, são tantas, são tantas. Na verdade, a gente, a gente gostaria... qual é o cenário ideal? Ambiente ideal? Que a gente tivesse uma equipe que fosse de muito tempo que já estivesse entendendo todo o processo e pensasse de uma forma uniforme e padronizada. Mas só que existem o... não é...

Pesquisadora: A rotatividade.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A rotatividade das pessoas que é grande. Olha, o meu maior entrave ainda é na gestão de pessoas mesmo, sabe? Porque as pessoas elas fazem parte do processo e o processo pode estar muito bem desenhado, mas se as pessoas não tiverem engajadas e entenderem que, que o processo precisa de cada um, é uma corrente, é um elo e que não adianta, por si só não anda, depende de cada um e não é uma pessoa só que que comanda o processo, são todos eles que comandam o processo. Então eu... a dificuldade ainda é nessa gestão, porque a gente se depara ainda com alguns pares que não se entendem direito, com alguns conflitos entre pares, que tem interesses pessoais ou que tentam burlar o outro que tenta... Isso me deixa muito triste, porque nem, isso não faz parte muito da minha ou...

Pesquisadora: ... da sua formação...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... do meu processo pessoal, entendeu?

Pesquisadora: Hm-huh.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então eu acho que pra mim é muito importante a honestidade, a clareza, a transparência. Quer saber de alguma coisa? Vem no profissional saber. Hoje mesmo eu estava tendo uma reunião com liderados nesse sentido de me trouxeram um problema e que um problema que foi buscado por um outro de uma forma que não foi profissional, entendeu? Estão querendo dirimir o outro querendo dirimir um par. Então isso e aí tudo isso eu estou estudando como que eu vou, aí eu vou traçar uma estratégia ‘pra’ poder conduzir essa situação de uma forma mais harmoniosa. Eu acho que a gente precisa ter uma comunicação, uma comunicação pacífica. A gente não pode estimular isso, entendeu? Então isso é o mais difícil, é você... Porque isso envolve isso, isso mexe com o emocional, né? Processa nas fases, porque você não desenha, o processo não tá aqui, não tá muito bom, você vai, faz um desenho, você opera, você... qual é a dificuldade? Isso aí a gente entra pelo meio da nossa não conformidade também, né? Porque às vezes pra você corrigir um processo, às vezes pra você melhorar o processo, você não pode fazer sozinha, você depende de várias outras pessoas. E aí são o tempo das outras pessoas da disponibilidade, do tempo, o time, às vezes, não é aquele...

Pesquisadora: Não é o mesmo.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ...não é, não é o mesmo, não é aquele que você precisa.

Pesquisadora: Uhum.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Você precisa de um time urgente, o outro está lá com duzentas demandas que você também precisa entender a demanda do outro, aí não adianta você reclamar. É preciso também entender a demanda do outro. E aí tentar fazer com que a coisa aconteça no menor tempo possível, da melhor forma possível, mas também sem agredir o outro,

né? Então eu acho que a minha dificuldade é essa, ainda é, ainda é fazer a gestão das pessoas dentro de um processo que precisa andar de forma uniforme e padronizada. E as pessoas tendem um pouquinho a despadronizar as coisas achando que pode, pode acontecer como você acha que é melhor, não dão sugestão de melhoria, mas individualmente fazem do seu jeito.

Pesquisadora: Hoje você considera que você tem todos os subsídios possíveis para fazer isso e a dificuldade é digerir, tipo assim, é operacional, ou demandaria recurso, apoio institucional ou alguma coisa nesse contexto?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Aí você quer que eu fale...

Pesquisadora: Não, não, não, entenda...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não, eu acho que a gente poderia, assim...

Pesquisadora: Tipo assim, você acha que...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... Nai, às vezes, assim não é querendo entrar no mérito de quem está certo ou quem está errado.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Mas, às vezes, pra gente melhorar o nosso processo, seja ele de resultado... porque a gente precisa também, não é só o processo a qualidade do processo técnico...

Pesquisadora: Isso.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: a gente precisa melhorar resultado até ‘pra’ um ganho institucional. Enquanto líder a gente tem que pensar pessoas no processo em qualidade técnica do processo, mas eu preciso ter resultado. Que não adianta eu ter uma qualidade técnica excelente, eu não ter resultado e vai falir.

Pesquisadora: Uhum.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Entendeu? Então a gente precisa pensar e eu vou pensar em quê? Na instituição. Não posso pensar somente no meu processo aqui na minha ilha. Eu preciso pensar enquanto instituição. O que é que eu posso contribuir? Onde que eu posso dentro de, uma melhor, promover uma melhor qualidade de processo e também dar um resultado, promover um resultado institucional. E isso é que, às vezes, a gente depende aí da alta, da alta direção, da equipe diretiva. E que a, a, a gente... o que que a gente percebe? Que o time não é o mesmo. Eu preciso disso pra ontem. A instituição não te pode dar pra ontem e nem entende que aquilo é tão importante. Aí ao invés de eu reverberar contra, eu preciso entender porque que ele não faz isso, porque que ele tem as outras demandas que eu, às vezes, não tenho conhecimento, né? Eu não tenho conhecimento da, das demandas daquele, ao ponto de julgar o

que ele não está querendo fazer porque ele não quer fazer ou porque realmente ele não pode fazer. ‘Pra’ isso a gente tem uma equipe de coordenadores, né? Que...

Pesquisadora: Mas dentro assim...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ...comandam esses assuntos com a alta direção e a gente vai buscando. Agora mesmo antes de você chegar, tava aqui com o coordenador discutindo algumas estratégias que a gente, de um projeto que a gente está fazendo inclusive ‘pra’ aumento de demanda do centro médico e questão, discutindo justamente essa questão do time.

Pesquisadora: Entendi. Mas assim dentro do que você trouxe com maior dificuldade a gestão de pessoas, o seu processo, a sua atuação, a sua dificuldade, tipo assim, não necessariamente sofre impacto direto, digamos assim, de apoios externos, né? Eu tô dizendo assim, de uma forma bem geral, não necessariamente somente da alta gestão, entende? Mas assim, hoje a sua dificuldade é você de liderar com a sua equipe, de encontrar uma equipe que esteja engajada no tempo, time...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ...uniforme que trabalhe de uma forma padronizada.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Todos trabalham ou... Te digo que hoje eu já tenho assim 70% de resultado de alguns anos atrás. Mas a gente ainda, e eu acredito que isso nunca vai ser 100%, porque as pessoas são diferentes, as pessoas... entra um, sai outro. E não é de pessoa, a questão mesmo é do entendimento de cada um. E entra uma pessoa que não tem a mesma dificuldade que o outro, mas já tem outra que o outro não tem. E a gente vai precisar...

Pesquisadora: ... sempre...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ...sempre tá estudando e montando estratégias, né?

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Mas a gente também tem dificuldades externas, entendeu, Nai? A gente tem dificuldade de cenário externo que hoje o cenário das operadoras é muito difícil, né? Hoje cada vez mais as operadoras estão assim apertando a tabela e isso a gente sofre impactos, né? Como trabalhar de uma forma e manter a qualidade do processo?

Pesquisadora: ...diante de tanto...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... diante de tanto, é, de tanta restrição financeira, né, tem isso. Porque a gente, hoje a gente não pode perder a qualidade do processo, mas a gente também tem que trabalhar com a margem menor. Porque se a gente quiser que a margem mantenha, a gente cai na qualidade do processo. A gente, isso a gente é 100%. A gente não, não pode fazer, a gente não permite que faça, né? A gente trabalha estritamente dentro realmente no processo de qualidade, seguindo exatamente a RDC. Tem fragilidades? Tem, como todo... ninguém

trabalha 1000% e a gente tem fragilidade. Mas a gente sempre, o caminho é sempre esse, é seguir sempre a RDC que nos rege, né?

Pesquisadora: Ok. O primeiro bloco a gente concluiu, né? Assim, os tópicos que eu aqui tinha elencado, você abordou perfeitamente na sua fala. Aí eu queria fa... entender um pouquinho, que você me falasse um pouco sobre sua percepção de como a gestão da qualidade através do sistema de notificação de não conformidades se configura como uma ferramenta de auxílio à gestão. Aí, na sua opinião, é importante que de repente você traga pra mim assim “como você hoje considera o sistema de notificação de não conformidades?” E aí eu digo “da ferramenta mesmo, desse processo de análise, de tratativa, de retorno, todo esse processo de gerenciamento”. Pronto, e aí depois eu sigo nas outras.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Assim, eu acho que é de conhecimento de todos. Inclusive, até eu tenho uma fala de Dr. Ayrton [nome fictício] que diz que lá me chamam de não conformidade, porque eu sou a pessoa que mais, segundo ele, é o laboratório que mais notifica a UTI. Então, assim, até desconstruir isso da cabeça dele, que não é notificar por notificar, não é apontar erro, é construir um processo de melhoria. Hoje a gente ele já entende. Hoje ele já entende, mas foi bem difícil. Então, assim, pra mim a ferramenta de não conformidade é uma ferramenta crucial, importantíssima ‘pra’ o processo de melhoria contínua do processo. Não tem, não tem, eu acho que assim é fundamental que ela exista. Porque ‘pra’ mim sempre foi, o conceito sempre foi não de apontar erros, apontar falhas e sim apontar fragilidades que precisam ser melhoradas. Elas existiram, existem e sempre existirão. Então o que é importante no processo de... quando você recebe uma não conformidade? É avaliá-la, ver se realmente existe uma fragilidade no seu processo, e a partir daí buscar melhorias. Aí você vai fazer uma análise de Ishikawa mesmo e vê aonde que está o, onde que você entende a causa e implantar as ações. Nem sempre a primeira ação que você implanta é a ação que vai corrigir o processo. Mas você não tem que ficar ali naquela busca contínua. Então hoje a gente já tem perfeitamente implementado aqui pelo menos na filosofia de todos a questão de recebimento de não conformidade e retorno das não conformidade. Tanto que eu tenho uma pastinha aqui, que quando eu recebo a não conformidade, em primeiro momento eu vou rastreá-la. Mas na grande maioria das vezes eu não as respondo. Porque se eu responder com base na evidência pura do que eu vejo no sistema nem sempre eu vou estar sendo assertiva. E nem vou estar promovendo melhoria. E também eu acho que de nada vale a não conformidade que é dada para um processo onde aconteceu sobre a liderança de um determinado profissional e ele não tenha conhecimento disso. Qual é a valia que vai ter isso? Nenhuma. Muito menos eu achar que tem, eu tenho que

implantar um processo de melhoria num processo que aconteceu no, na equipe dele e impor aquilo sem ele saber porquê.

Pesquisadora: Sem que ele tenha...

32'01

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então o que é que eu faço? E que às vezes por isso que o meu tempo às vezes de resposta não é um tempo, não é o tempo esperado pela qualidade. Porque eu tenho equipes plantonistas que trabalham, tenho um que trabalha nesse trabalho de seguro. Sábado e domingo só volta sexta. Terça e quinta só volta segunda. Às vezes um processo que acontece no domingo à noite ele vai responder numa sexta-feira. Então olha o time que tem isso aí. E às vezes a resposta dele não é a resposta que eu, eu vou discutir ainda aquela resposta com ele. Então às vezes demora um pouquinho pra responder, porque de nada adianta pra mim uma não conformidade que é respondida somente pra responder. Eu tenho que dar um retorno no meu tempo e eu tenho que dar retorno no tempo previsto e eu respondo e acabou. “Ah, estou beleza lá. Estou com minha, 100% das minhas não conformidade respondidas.”

Pesquisadora: ... dentro do prazo...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: E dentro do prazo. “Sim, e aí? aconteceu o que com o seu processo? Melhorou alguma coisa?” Aquele ali se repete o tempo inteiro e vai repetir, continuar repetindo o tempo inteiro. Então eu faço questão de envolver aqueles todos no processo, né? “Aconteceu aonde?” Quando eu não sei aonde aconteceu, com quem aconteceu, eu mando pra equipe toda. “Com quem, aonde aconteceu isso? Me respondam e aí a gente vai estudar a resposta.” Aí eu tenho uma pastinha aqui, *procedente, não procedente, não classificada e retorno dos líderes*. Que são retornos que eles fazem. Não é em torno de... ele descreve. Ele não responde ali, ele descreve tudo que aconteceu e a partir daí eu vou construir a resposta com qualidade de uma forma mais estruturada pra não ficar aquela coisa enfadonha. Porque às vezes eles querem, se repetem, justificando e falando “porque eu fui lá, porque eu voltei, falei com fulano de tal. Eu faço questão de eu não colocar na não conformidade, na grande maioria das vezes, a não ser quando necessário, nome de pessoas.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Eu acho que não precisa ver nome de pessoas. Então, assim, eu, com base nas respostas é que eu construo o retorno. E aí, algumas vezes, eu mando ‘pra’ o, a resposta com o plano de ação, outras não, eu implanto aqui mesmo e a gente vai acompanhando essas, essas melhorias. Então a gente tem algumas hoje que a gente já implantou algumas ações e continua ainda frágil e a gente vai continuar implantando e outras a gente já

implantou e teve sucesso, e tem algumas recentes, inclusive, que a gente precisa ainda perseguir na causa e na, e na, na ação de melhoria?

Pesquisadora: Você me respondeu bem a próxima pergunta que seria, né, se você utiliza algum método de identificação das pausas potenciais, que já me falou aqui do, do diagrama de Ishikawa. Como você realiza o tratamento das não conformidades. A única coisa que eu gostaria de possível complemento é no sentido de a ferramenta em si, o formulário, o questionário, como é que você enxerga? É de fácil utilização?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É.

Pesquisadora: É claro, sabe? Tipo assim, você enxerga alguma oportunidade de melhoria nela, nesse contexto assim, entendeu? De...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ô, Nai, eu acho bem claro. E também acho que não pode ser assim, é uma que... é institucional, ela não pode ser do laboratório, por exemplo, seria interessante pro laboratório que também tivesse, além do atendimento, a prescrição. Que hoje, as unidades que já trabalham com o laboratório sabem o quanto é importante pra gente rastrear a prescrição. Porque dentro de um atendimento tem várias prescrições. O paciente está internado tem... aí você coloca não conformidade o que aconteceu eu não sei que horas, que o horário nem sempre é, eles não colocam o horário direto. Então pra eu rastrear, às vezes, fica difícil de rastrear, porque eu não sei qual prescrição aconteceu aquilo. Então, ah foi um hemograma, por exemplo, foi um hemograma, eu vou rastrear todos os hemogramas do paciente daquela data, aí, às vezes, aconteceu na noite ou no da manhã e aí o paciente teve três, quatro exames e eu fico sem saber qual foi. Até que eu consigo, através dos status, identificar, mas não é assim tão assertivo. Então eu acho que seria pro laboratório importante, quando fosse uma não conformidade relacionada a exame colocasse, ter o campo aí da atendimento e prescrição, certo?

Pesquisadora: Tá.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: No mais ela é fácil, ela é fluida, tanto a vinda como o retorno, né? Eu acho que não tenho, não tenho muita dificuldade não. Acho que ninguém tem, acho que é tranquilo.

Pesquisadora: Eu te pergunto, quando vo... você saberia assim informar por alto, sem dados estatístico, qual é o perfil de ocorrência de maior prevalência do seu serviço e a que você atribui isso?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ó, de não conformidades que eu recebo, né?

Pesquisadora: Isso.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Muitos atra... atrasos de coleta, né? Eu atribuo isso muito a deslocamento. Sabe? Joga ali pra gente atender. Porque assim o nosso contrato ele é feito por tempo de resultado. Não é por tempo de coleta. É por tempo de resultado. E as pessoas confundem, entendeu? Então assim, atrasou a coleta, mas não atrasou o resultado. Então se não atrasou o tempo de resultado, pra mim aquilo não é não confo... não é procedente. É improcedente. Por quê? Dentro, pra eu atender ao tempo de coleta que as pessoas esperam, eu tinha que ter uma equipe gigante e isso iria inviabilizar o processo. Então o que que a gente busca? A gente tem uma equipe mais enxuta, mas a gente corre, agiliza a fase analítica e pós-analítica que é onde a gente tem... Então são variáveis que a gente controla mais. A pré-análise são variados. O tempo de coleta eu não controlo muito, porque eu dependo de elevador, porque eu dependo do deslocamento, porque o hospital ele é muito grande, porque eu dependo de chegar numa coleta e o paciente estar pronto 'pra' fazer a coleta. Às vezes ele está fazendo, está trocando fralda, está fazendo um procedimento. Isso são variáveis que a gente não controla. Então se eu atrasei um pouco essa coleta, eu não posso dizer "ah, toda coleta eu faço em dez, quinze minutos". Não, porque tem uma que eu faço em cinco minutos e outra que eu vou fazer em meia hora. Que o paciente tá lá no procedimento você tem que esperar. Você tem que ser gentil. Você não pode... Então essa variável do atraso de coleta é uma variável que a gente não controla muito. O que a gente está pensando em fazer agora 'pra' minimizar esse que é um plano de ação: está fazendo um estudo de um, que a gente já tentou implantar aqui, o tubo pneumático, mas não foi aprovado pelo alto custo, o trabalho do processo e tudo mais. Mas já tem um processo novo, né? Que é uma tecno... uma tecnologia nova que a tecnologia tempus que é da empresa SARSTEDT e a gente já pediu orçamento, eles já vieram aqui, a gente já pediu orçamento, que é são uns, são uns bloquinhos que ele instala, isso vem através do não sei se é do teto, acho que é do teto, não sei. É viável fazer e a gente tá pensando em instalar isso nas unidades mais estratégicas das UTI's. Que é pra tudo, ela não é pra tudo, ela não é pra pote de urina, material coletado, secreção, mas é pra tudo, já agiliza bastante. Então, colhe lá, botou, sai aqui, colhe lá, botou, sai aqui. Então, isso vai minimizar o tempo de ir, porque a gente fica tempo de coleta é o tempo de coleta, é o tempo de transporte, porque a gente tem uma equipe de transportadores que a gente tem um plano de ação que a gente fez, que a gente não tinha pra minimizar esse tempo de coleta. Porque os técnicos que coletavam, eles traziam todas as amostras. A gente implantou a equipe de ajudantes de serviços laboratoriais, onde eles vão buscar nas unidades os materiais coletados pelos técnicos das unidades que coletam, alguns dos técnicos daqui também quando vão fazer muitas coletas a gente tem um sistema de alarme, então eles vão buscar. E os materiais...

40'08''

Pesquisadora: Quando tá chegando perto do tempo, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: E os materiais coletados pela enfermagem. A gente tem muito alarme aqui na unidade, a gente tem muito alarme, a gente tem tipo esse aqui ó: esse é um alarme de admissão.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Chegou uma admissão na UTI (C), sai esse alarme pra gente pra gente fazer a coleta e o exame o mais rápido possível. A gente tem alarme. Aí, alarme...

Pesquisadora: Laranja.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A gente, alarme gaso coletada quando a equipe lá coleta uma gaso. Informa a coleta, tem, aparece um alarme vermelho “gaso coletada” pra eles irem transportar logo. Quando a gente tinha só uma equipe de técnico, eles não tinham tempo pra fazer isso. Aí a gente buscou esses transportadores, somente eles ficam ligados...

Pesquisadora: Esses alertas eles aparecem em todos os computadores ou na bancada respectiva daqueles...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Todos.

Pesquisadora: Todos?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Porque o que que eu entendi? Que não adiantava aparecer somente lá pra eles se os, não for, não tiver gerenciamento aqui da área técnica. Então isso aqui aparece pra agilizar a coleta, então a liderança da coleta vê, a liderança das bancadas, quem está na bancada vê, pra agilizar também o processo de resposta.

Pesquisadora: Ah, entendi, mas a minha pergunta também é muito nesse contexto assim, por exemplo, é uma coisa que é da bancada de urinálise aparece na bancada da bioquímica também?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Rapaz, porque assim, os exames ele vem tudo junto.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Eles não tem, não vem só específico, entendeu? Então ele é tudo junto.

Pesquisadora: E você, aí é dúvida agora minha, né? Independente da entrevista. Você já se deparou com alguma situação que você tem percebido, digamos assim, uma banalização? No sentido de porque chega na de todo mundo, entende? E aí dele, sei lá, e fechar e não valorizar, entendeu?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não, assim. Chegar pra todo mundo precisa chegar porque, assim, tem momentos que eles ficam sozinhos aqui.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Tem momentos que só ficam uma pessoa da bancada da hemato, porque a equipe é dividida, tem uma equipe que chega de sete às dezesseis (07h - 16h) e tem outros dez às dezenove (10h - 19h). Então a responsável, eu tenho responsáveis por bancadas que são responsáveis pelo processo de qualidade, pela gestão da qual... da bancada e tudo mais. Mas ela tem momentos que ela fica na hematologia. Ela não fica lá. Ela fica na hematologia. Quando chega sete horas que tem duas pessoas pra liberar a bioquímica, ela fica na hematologia mesmo. Então eles são responsáveis pela gestão da, do setor, mas por todo o processo é todo mundo. É todo mundo.

Pesquisadora: Eles rodam. Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então, existe essa banalização? Existe. Isso, no início, quando foi implementado, que foi o primeiro do Alerta Sepse, era, foi um sofrimento pra mim, porque de tanto Sepse, Sepse, Sepse, Sepse, Sepse, e fala, sabe, se fala, Sepse fala, além de aparecer ele fala.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Alerta Sepse, Alerta Sepse. E foi naquele momento onde foi aquele bum do Alerta Sepse, enfim, e implantar esse processo não foi fácil porque as pessoas não tinham essa cultura, né? Então, ocorria a banalização? Sim. Hoje o que que acontece, que eu ainda estou implantando em algumas bancadas? Gestores desse processo. Gestor, quem é a responsável pela Bioimagem, pela área tal? Fulano.

Pesquisadora: Isso.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Quem é responsável pela sepse? Sim. Então fulano você é responsável pela sepse.

Pesquisadora: Porque aí, né, é responsabilidade dele, você...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Eu tô aqui, eu tô aqui...

Pesquisadora: Exatamente.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então eu vi que atrasou a coleta, eu *buf...*

Pesquisadora: Isso.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... botou lá pra coleta. Eu vi que atrasou bioimagem, bioimagem que a gente está perseguindo.

Pesquisadora: Pronto.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Porque aquilo que é de todo mundo não é de ninguém.

Pesquisadora: Exatamente. Essa é a, essa é a minha preocupação.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Aquilo que é de todo mundo. É assim “ah, é aqui...” “ah,

Pesquisadora: ... alguém tá ali, tá vendo...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É não.

Pesquisadora: Isso, entendeu?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então, assim, existem os gestores pelo processo que eu estou precisando ainda isso foi um projeto piloto que a gente fez o ano passado...

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ...mas que ainda precisa ser melhorado porque, assim, ah o Daniel [nome fictício] é o plantonista. Você, na época ele não era, ele não era ainda, ele era analista. “Você é o gestor da bioimagem, do, do alerta bioimagem.” Aí hoje ele tá no plantão, aí fica ainda tá meio, então eu preciso montar um cronograma, dizer quem é? Existe já os gestores que me trazem o indicador com a justificativa, que outros...

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: TAT. Existe gestor pro TAT, Patrícia [nome fictício] é a gestora do TAT, então todo dia ela entra ali te, aí criou o relatório.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Nove horas imprima esse relatório e vê os exames que atrasou, aí ela já vai dar em cada bancada, porque que atrasou aquilo ali.

Pesquisadora: Isso.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então isso melhorou a justificativa, melhorou o processo. E também no plantão tem isso. Plantão tem um gestor cada um... No plantão, na verdade, eles são gestor porque só tem um bioquímico ‘pra’ cada equipe plantonista. Mas existe um líder que está sempre já fazendo a gestão desse processo da, da sepse, da bioimagem e de tudo mais, entendeu?

Pesquisadora: Pesquisadora saindo da, da entrevista e indo ‘pra’ auditoria, né?...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... entrevista e indo ‘pra’ auditoria.

Pesquisadora: ...e fazendo auditoria do seu processo.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É.

Pesquisadora: Mas é porque eu acho, é porque me startou isso, entendeu?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não, mas tem, mas tem. Tem sim, tem. E eu fico aqui também ligada, faço questão que saia no meu, porque eu fico, quando eu vejo que tem muito tempo, eu já vou atrás.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: “Porquê? O que que aconteceu?” Aí você vê como é, no início era tão difícil. Hoje ao invés de perguntar, eu vou pro sistema, aí quando você entra lá no paciente já está lá, o técnico já botou lá, né, atraso na coleta porque...

Pesquisadora: Por causa... ele já justificou.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ...o paciente está em procedimento, ele já justificou lá. Então a gente já vê. Então ainda existe fragilidade? Sim, mas a grande maioria hoje já, já está inserida nesse contexto, entendeu?

Pesquisadora: Bom, a minha pergunta próxima é como você, quando você se depara diante de um contexto desse, que você percebe uma falha operacional, um erro de colaborador, como se dá essa sua abordagem peran... frente ao erro, entende? Tipo assim, como você aborda o erro com o colaborador?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Nai, eu chamo. Porque você sabe, eu acho que a gente já abordou isso até em auditoria. Eu não sou favorável diante de uma falha, eu chamo a equipe inteira. E dizer “olha, aconteceu essa falha, a gente precisa melhorar”. Porque eu acho que precisa sim o colaborador que falhou ele precisa ser pontuado individualmente de forma reservada. Precisa ser pontuado em que contexto? “Onde que está o problema? Qual é a sua dificuldade? Onde que eu posso ajudar pra melhorar?”

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: “É no processo? Você tem alguma dificuldade no processo? Ou é pessoal sua? Onde que você acha que a gente pode contribuir pra que você melhore?” “Existe falhas. Então a gente precisa ver.” Eu estou agora mesmo fazendo um grande plano de ação com relação a o indicador de contaminação de uma cultura. Porque esse mês, o mês passado foram elevadíssimos no laboratório. Contrariando aquela questão de que, da abordagem...

Pesquisadora: ...que a unidade que contamina...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... da imagem de que não é... colaborador, é porque o laboratório é baixo, porque eles entendem mais do que... Então assim, não é categoria dependente. O que acontece é que realmente, se a gente muda... eu tenho colaboradores novos, quando a gente tem colaborador novo, a gente já percebe logo no indicador. Então a gente precisa “ah, é só treinamento?” Bom, eu preciso agora, eu já tô partindo pra rever se tem alguma falha no processo, porque quando você vai fazer o treinamento que você... primeiro, no treinamento, você faz a abordagem do processo. Todo mundo sabe exatamente o que tem que fazer. Mas na hora do vamos lá, vamos ver lá, faz? A gente não tem ninguém atrás pra ver se está fazendo certo.

Pesquisadora: Pra monitorar, né, pra avaliar.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Qual é a dificuldade dele? Aí a gente chamou já, a BD vem agora 14, 15 de março acompanhar, eles vão acompanhar nas UTIs e acompanhar no laboratório

também, alguns colaboradores que a gente entende que promove mais o indicador de recoleta, de contaminação. Vai entender onde que eles estão, onde que está a falha, se é no processo, se é alguma, alguma ferramenta que eles precisam implementar pra melhorar e dia 16 e 17 eles vão fazer o diagnóstico e vai fazer o retreinamento. E a partir daí, se eles entenderem que tem alguma melhoria de algum dispositivo que possa ser implantado, de alguma melhoria que eles tenham sem que onere muito o custo, a gente vai estudar.

Pesquisadora: Vai estudar. Entendi. Você se utiliza das informações das não conformidades para articulação com suas áreas clientes? Tipo assim, a partir das notificações, né. Tanto que você gera ou que são geradas para você, de algum modo você adota como prática utilizar dessas informações pra se articular com as áreas, né? Promover reuniões, contratos, então e...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Sim, sim.

Pesquisadora: Nesse contexto.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Sim, claro que sim. É pra você ver mesmo, na UTI (F) já promovi algumas reuniões com Doutora Helena [nome fictício] pra melhoria de alguns processos e, assim, olha eu tenho tido.. eu sinto, é um dos momentos de felicidade que acontece comigo é quando eu vejo que a gente promove uma reunião pra falar de um processo de fragilidade e que a receptividade é muito boa. E que existe uma interação muito boa. Então, eu acho assim, eu cito a UTI (F) hoje como um case de sucesso...

Pesquisadora: ... porque sempre foi muito conflituoso, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Muito conflituoso, muito resistente. E ela hoje percebe que ela quer realmente melhorar, que ela quer aprender, ela não tinha muita, muito conhecimento dessa questão das não conformidades. Então hoje você vê que ela quer aprender, ela questiona, ela manda, ela manda, tanto que eu faço questão de responder todos os WhatsApps dela, dando retorno, dando resposta. A enfermeira diarista também, ela é muito presente, ela, “o que a gente pode melhorar?” “O que que eu posso fazer?” “O que é?” Elas buscam por si só também treinamento. Então assim, a gente, quando a gente tem uma boa receptividade, a gente, é evidente que o ganho do processo é muito grande. Agora, acontece também ao contrário, a gente busca e a gente não tem uma boa receptividade. Aí é difícil. E aí, eu vou fazer uma provocação...

50'20''

Pesquisadora: ...que era essa, eu acho que é a pró... a próxima pergunta.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Aí, eu posso fazer uma provocação.

Pesquisadora: ... Que eu ia te fazer. Tá.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Porque às vezes a gente não tem uma boa receptividade e tem uma resistência muito grande. E a resistência é sempre “esse processo não é meu” “esse processo não é meu” “esse processo não é meu” “esse processo...” Gente, o processo é nosso, né? O processo é nosso. Eu já até reunião, estou citando isso o exemplo até da contaminação da hemocultura, porque é muito, eu digo pra você, é muito mais fácil o laboratório fazer a gestão de um processo onde ele, ele assume todo o processo do que a gente fazer a gestão, um indicador e a gestão de processo, onde a gente não está assumindo uma parte do processo que é crucial, que é a fonte do maior erro no laboratório, é a pré-análise. 70% dos erros do laboratório correspondem a pré-análise. Imagine que a gente delega pra análise e a gente não tem uma parceria eficaz pra fazer a melhoria nesse processo. Muito pelo contrário “o processo não é meu, o processo não é seu e você que tem que fazer” “Posso fazer, mas é ganho isso? É ganho pra instituição?” Hoje já se sabe que não, financeiramente não é muito ganho pra instituição a gente ter áreas onde tem técnicos que podem fazer uma coleta e a gente está onerando o processo. Entendeu? Então isso aí a maioria das instituições, São Paulo, Rio, aqui, mundialmente é dessa forma. O desenho é esse. É feita as coletas pelas unidades.

Pesquisadora: Aqui. Só uma dúvida, aproveitando, né, que você já foi pra essa parte. Aqui em Salvador, todos os outros hospitais...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A gente implantou aqui primeiro. O Hospital Y implantou depois e no Hospital Z até as unidades abertas quem faz a coleta é a enfermagem.

Pesquisadora: É enfermagem.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não é mais a gente. Agora com a chegada das redes, com certeza.

Pesquisadora: Com certeza, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Entendeu? Porque assim, Nai, é o desenho...

Pesquisadora: Ou seja, é o caminho, é o caminho, é o caminho...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É o caminho, é o desenho pra diminuir custo.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Entendeu? Então não adianta dizer “mas que o processo não é meu”. Ao invés disso eu preciso entender melhor do processo. E a gente percebe, é perceptível quando você vê “eu só recebo não conformidade disso, disso e disso e disso” claramente a pessoa não entende do processo. A gente tem uma unidade aqui parceira, muito parceira. Não sei se eu posso citar aqui qual é a unidade.

Pesquisadora: Pode.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: UTI (D). Ela é muito parceira. A enfermeira diarista é uma pessoa que entende hoje da ...

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... da tela do laboratório a mesma coisa que as meninas aqui entendem e ela ajuda muito.

Pesquisadora: Ela fala com muita propriedade.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ela fala, ela entende, ela, quando você passa não conformidade ela já sabe, quando ela passa a não conformidade pra gente, a gente já sabe que tem uma credibilidade grande. Entendeu? Porque ela entende como funciona. Outra coisa, a gente tem unidades aí que continuam olhando o processo do laboratório pelo ADEP que é o sistema de enfermagem. Eles não se conversam muito bem. O status de um não reflete a realidade do outro nem sempre, às vezes sim, às vezes não. depende de várias nuances. Eles não são interligados.

Pesquisadora: Em todas as unidades hoje tem o módulo que é de vocês...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... de laboratório.

Pesquisadora: ... de laboratório.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Tem o módulo de laboratório. Todas, entendeu? Então a gente tem algumas dificuldades, a UTI (A) melhorou bastante o processo pré-analítico dele, muito, muito. Tanto não conformidade como... tanto recoleta como contaminação, ela melhorou demais. Porque está ali a enfermeira diarista que entende do processo também, entende da tela. Então é preciso que, que a chefia do processo entenda, puxa pra si a responsabilidade. Enquanto isso não acontece é uma dificuldade. Você quer ver uma coisa? Eu tenho uma dificuldade muito grande com duas UTI's aqui, principalmente, com uma na questão de acesso difícil. Que eu já pontuei até na, eu já parei a pessoa no corredor “Vamos marcar uma reunião pra tratar desses acessos difíceis” “Ah, não adianta porque o meu acesso difícil, o meu, o meu, o meu é a, é a característica do meu paciente, e porque não sei o quê” “Vamos ver de que forma a gente pode tratar pra minimizar, pra que eles, eles tenham mais destreza no processo da coleta. Enquanto acontecer desse jeito, eles não adquirem a destreza.” A gente não, eles não conseguem perceber até porque, às vezes, realmente é muito difícil e precisa de um outro profissional com maior destreza. E às vezes não. Aí ele precisa entender “não, isso é uma fragilidade minha, eu preciso resolver”. Mas não, não acontece isso. Então o que está acontecendo? A segurança do paciente é comprometida. Eu não atendo, 79% mal, onde tiver atraso de coleta o maior motivo é o acesso difícil. Hoje mesmo eu fiz o TAT, o motivo de TAT da UTI (B), o maior motivo é atraso de coleta e acesso difícil. Porque tudo é acesso difícil.

Pesquisadora: Essa era a minha próxima pergunta pra você, que era exatamente assim: quais são as principais dificuldades que você enfrenta na interação com esses clientes, entendeu?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É, é a questão de ter a humildade de perceber que precisa entender o sistema e de que o processo não é de um ou de outro, o processo é nosso. E que a gente precisa estar alinhado pra melhoria da segurança do paciente. Eu não quero, o laboratório não quer ajudar a e você não precisa ajudar ao laboratório. O laboratório precisar fornecer subsídios de segurança pra o paciente de uma forma mais eficaz. Pra isso eu preciso que haja interação, é preciso que haja um entendimento que eu sou partícipe desse processo e eu preciso ajudar. Olha “olha chefe do laboratório, isso aqui eu tenho dificuldade, eu vou ter nisso, eu não tenho disponibilidade desse técnico, eu não tenho nesse momento, vamos estudar de que forma a gente pode fazer pra eu poder a gente melhorar esse processo que está há anos a esse acesso difícil...” E existem também promovendo conflitos entre os técnicos. Porque quando eles chegam lá que não é acesso difícil coisa nenhuma. Quantas vezes, às vezes, eles chegam lá e diz “doutora, nem uma coleta foi feita, não tem nenhuma punção no braço do paciente.”

Pesquisadora: Nenhuma tentativa, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É, não tinha nenhuma tentativa.

Pesquisadora: Olhou pro outro braço “ah, difícil.”

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Às vezes, até, Nai, está ocupada com outra coisa “ah, não dá...” Então, assim, a gente precisa entender, assim, é minha equipe? É minha equipe, mas eu faço isso até com meus filhos, se eles não têm razão eu não defendo não, entendeu? A gente tem que buscar a causa. Tem razão? Eu defendo até o fim, mas não tem razão, eu não vou defender. Então “Não, porque minha equipe não faz, porque minha equipe é...” Gente, a gente precisa entender minha equipe não é perfeita assim não. Por que que a dos outros é? A minha não é. Então eu tenho fragilidade de gerir processo, porque...

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Porque eu não tenho perfeição não.

Pesquisadora: E aí eu te perguntei, no início, quais são as habilidades, né, e competência que você julga ter enquanto líder. Eu te pergunto agora: quais são as habilidades que você julga necessárias a um líder para o tratamento adequado das não conformidades?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ter uma capacidade de percepção de melhoria, né? Ter uma capacidade boa de percepção de melhoria. Ter humildade, né, pra reconhecer o que sabe, o que não sabe. Ter a capacidade também, a competência de fazer sugestões, né? Eu preciso, eu preciso entrar no processo. Eu preciso entender, porque aí eu posso entender onde tá a fragilidade. Ou eu vou promover a melhoria do meu processo ou eu vou sugerir melhoria pro

outro processo. E na sugestão de melhoria eu também preciso ter a humildade de entender, eu preciso ter essa receptividade, entendeu? Eu preciso... Eu acho que tudo se resume em uma palavra, sabe, Nai? É humildade. Você querer o melhor... pra você querer o melhor e fazer o melhor você precisa percorrer um caminho. E esse caminho nem sempre é o seu... é o promovido por você ou você está certa nesse caminho. Você precisa entender, buscar sempre onde está o melhor caminho. Nem sempre você sabe, você.. E se tiver essa interação? Perfeito. Quando existe a interação é perfeito.

Pesquisadora: Como que você percebe os...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não ter resistência, sabe? Eu acho que às vezes as pessoas têm muita resistência sem fazer análise crítica. Eu acho que é uma capacidade de fazer uma análise crítica eficaz e não ter resistência e ser humilde.

Pesquisadora: Como você percebe os resultados possibilitados por esse instrumento, né, por esse sistema para a instituição?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Aí eu vejo ganhos enormes. A gente já fez aqui alguns processos em relação a não conformidade, em relação a sepse, algumas melhorias no processo de sepse. E aí a gente inclui ferramentas de sistema, de processo relacionado a impressão de etiqueta, a material de coleta, a gente já fez várias e várias mudanças no processo. E, assim, eu percebo um ganho muito grande não só em relação a sepse, em relação a coletas fora de ronda onde a gente percebia que um dos maiores motivos era porque a coleta era fora de ronda preconizadas em contratos. Que fora de ronda a gente não tem como atender sem ser... é por quê? Porque a gente não tem o colaborador dependente para paciente, então eu não tenho colaborador por paciente. Eu preciso de horários preconizados horários, pré-formados pra fazer coletas. Então quando isso extrapola, né, a maioria das coletas estão sendo fora da ronda preconizada, a gente não tinha como atender. Então a gente mandava relatórios pras unidades, tornava as unidades cientes, conversava com os gestores, os coordenadores, procurava com que os gestores capacitassem melhor a equipe de médicos, porque aí são os médicos. Houve algumas mudanças, eu me lembro, na ferramenta de prescrição, porque a gente precisa entender também. Por que que eles prescrevem, tão errado? Houve melhoria no processo de prescrição, montado alguns kits pra, de coleta, isso tudo pra facilitar. E precisa o envolvimento de todo mundo pra gente entender. É só porque ele tá desinteressado? É só porque aquele médico, aquele profissional tá desinteressado? Às vezes ele tem dificuldade mesmo, entendeu? Por quê? Porque o processo não é fluído, não é fácil. Então a gente precisa entender aquela análise de Ishikawa, né? Onde que está o problema? E a gente atacar onde está o problema e resolver. 61'08"

Então tem várias melhorias que a gente já fez aqui. Eu não lembro assim de todas, mas algumas a gente já tem alguns ganhos, alguns ganhos e muitos ganhos deles relacionados ao processo de não conformidade. Exemplo agora não tão recente é desse da coleta da UTI (F), que tava agendada a recoleta pro bebezinho, que a primeira não conformidade que foi gerada pra mim foi gerada de uma forma descrita, que eu sinto também algumas vezes uma dificuldade das pessoas descreverem a não conformidade botar o motivo qual é. Então a gente responde de um jeito, mas quando chegou a outra o sinal de alerta caiu. Então, pelo amor de Deus, aí chamei a equipe. “Que é que tá acontecendo? Isso tá acontecendo com frequência? Não tá acontecendo com frequência?” Aí eu fui ouvir todo mundo, digo “não, então a gente tá errado, a gente tem que fazer melhoria, porque não são eles, eles tão, a gente tá...” Tem essa questão também da recoleta necessária pro plano do valor intrínseco do paciente, porque isso não tem jeito, isso é uma questão que a gente, é uma variável que a gente não controla. Mas também tem esse processo que a gente pode melhorar. Eles não vão adivinhar que precisam colher dois tubos com uma etiqueta só.

Pesquisadora: Exatamente.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A gente precisa mudar. E que aí a gente vai provocar TI pra fazer uma coisa que não é tão fácil porque é um tempo a TI quebrando a cabeça pra fazer, né? Porque assim é específico ‘pra’ o UTI (F). Uma coisa que é pra todo mundo pra ele é mais fácil, mas uma coisa que tem que ser específico ‘pra’ unidade, embora já exista essa estratificação pra outras, outros processos, mas é pra todo mundo.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Né? Só que se a gente fizer da mesma forma pra UTI (F) não funciona. Por conta da característica do volume coletado do bebezinho, né.

Pesquisadora: Bom, o segundo bloco a gente também concluiu, né, do que eu tinha colocado aqui de, de observações. Você falou pouco com relação que estaria nesse segundo bloco que é a questão da sua, da sua taxa de resposta, do, da forma como você se utiliza, né, por isso você pode demorar um pouco pra responder. E, só pra complementar esse quesito, o que eu queria te perguntar é: como que você, eu não digo nem... qual é a sua percepção, embora você já tenha dito de que você pode não atender o prazo por conta disso, mas qual é a sua percepção de, da resposta à totalidade, entende? Da tratativa da totalidade das ocorrências. A gente percebe, eu tenho esse, essa percepção que você tem um bom desempenho, né? Então assim você sempre alcança, se não 100%, fica muito próximo do 100% de resposta. Eu vejo isso como um diferencial e como é que você, você se enxerga dessa forma como diferencial? Você busca

sempre responder tomando por base que você trata todas, sabe? Assim ou é pra cumprir também um pouco de...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não. Às vezes, às vezes quando chega perto do prazo que alguém não me respondeu, eu procuro da melhor forma responder. Eu tenho uma pastinha aqui onde, eu, deixa eu lhe mostrar mais ou menos como é que eu faço isso. Sou muito de agenda, viu?

Pesquisadora: Uh-huh. Eu ainda não aprendi a ser muito de agenda não.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então aqui, tá vendo? Nessa agenda aqui, tá vendo? São as de fevereiro.

Pesquisadora: Ok.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Vou botando aqui. Aqui. Vou botando e indicando quem foi o colaborador. Vou indicando tudo que já foi respondida. E o que não foi eu sei quem foi. Eu vou lá porque está na pasta dele e peço a resposta.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então assim, eu considero que, que é 100%? Claro que não, porque eu, eu considero hoje que eu tenho uma grande parte da equipe que já responde de uma forma eficaz. Mas eu tenho alguns ainda que não, não, não... a resposta ainda é muito frágil, entendeu? É muito... a resposta ainda no sentido de me defender. Não é no sentido de buscar a causa, não é no sentido de...

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Então tem alguns, então essas, eu demoro mais pra responder porque eu retorno, eu vou, eu escuto, entendeu? Então assim, algumas passam? Sim. Porque às vezes fica uma sem resposta. Eu peço retorno e aí outras demandas são geradas e aí permitem que passe o prazo de chegar dia 10 aí eu fico, aí quando eu vi venceu o prazo. Mas assim o que é que eu acho mais importante pra mim? É a taxa de resposta ou é a qualidade da resposta? Pra mim o que é mais válido é a qualidade da resposta, que eu tenho. Claro que a taxa o ideal é 100%, mas nem sempre a gente consegue 100%. Mas a qualidade da resposta, pra mim, é que isso, é que é válido. Porque a qualidade da resposta ela vai dizer se você realmente está mergulhada dentro daquele processo tentando um processo de melhoria. Quando eu respondo pra você “não, por isso nananã...” quando eu digo pra você que o processo está sendo realinhado é porque que está sendo realinhado mesmo. E às vezes é realinhado com o colaborador. O problema não está no processo. O problema está do entendimento do processo pelo colaborador. Principalmente quando tem colaboradores novos. Como eu tenho dois

plantonistas agora, mais novos, que eu estou tendo uma certa dificuldade com um de retorno da não conformidade.

Pesquisadora: Entendi. Tranquilo. A gente fechou o bloco. A gente vai entrar no terceiro e último e esse é muito mais aberto no sentido de, conforme eu te disse no início, eu gostaria que você lembrasse assim de uma, uma mudança que você tenha implementado, um serviço a partir de uma não conformidade e uma mudança que tenha sido muito significativa pro seu processo. E, assim, o que eu queria que nesse contexto da sua escolha você me trouxesse? O porquê de você escolher esse caso? Por que que te veio à mente esse caso, né? Como aconteceu, o que tava envolvido, se você lembra, assim, pode não ser detalhamento da não conformidade não, tá? Mas é só pra que tenha sido o pontapé inicial pra esse...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ô Nai, o case de maior sucesso que eu vi aqui da não conformidade, porque tem várias, né? Alguns cases a gente já fez de sucesso, mas assim, o case que eu vejo como o maior sucesso foi o Protocolo Sepse. Porque quando ele foi implantado foi um motivo de muita dor de cabeça e, assim, foi na época de uma auditoria que a gente precisava da resposta e que a sepse tava preocupando muito a CCIH. E a gente via aquilo como um processo que o paciente precisava, precisava ter um tempo de resposta pro paciente e a gente viu uma fragilidade muito grande no processo de tempo de resposta da gasometria, que a gente tem que ver estabilidade de amostra, tem que ver o tempo do antibiótico, tem que ver... Então esse foi, como implantou, a gente implantou uma coisa muito manual e aí a gente não tava tendo um controle muito eficaz, aí foi que veio a questão dos alertas, né? Todo alerta que surge, que tem hoje no laboratório partiu do Alerta Sepse.

O que foi o Alerta Sepse? Foi essa mensagem que sai do sistema e no, na sepse ele é falado. Então, em todos os computa... imagine todos os computadores falando protocolo Sepse, protocolo Sepse. Tanto que às vezes as pessoas chegavam aqui... teve até um caso muito engraçado.

Pesquisadora: Eu lembro.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: ... achando que era sexy.

Pesquisadora: ...da acreditação.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não, achando que era sexy. Que que é isso? Sexy, sexy, alerta sexy. Então a gente... então assim tem várias, foram vários momentos tensos e engraçados com relação a isso e que as pessoas começaram a retornar muito: “Porque eu tenho dor de cabeça” “Porque trabalhar aqui é um inferno” “Porque tem essa voz falando” “Porque eu tenho num sei o quê”. Eu digo “olha, enquanto vocês não fizerem, não internalizarem essa ferramenta como de suma importância e fizer o gerenciamento adequado ele vai ficar aí nessa

zoada o tempo inteiro. Porque a gente precisa, o foco é o paciente. Então a gente precisa focar.”
Então aí, primeiro momento foi o quê? A coleta, a questão da coleta.

Pesquisadora: Era isso que eu ia te perguntar, quem, quem são os atores envolvidos nessa época, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A coleta. Os técnicos de coleta eram o mais importante, porque eles vão, coletam e trazem, né? E trazem.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: E aí, a partir do momento que eles trazem, que eles entregam no setor e aí eles processam imediatamente e a, e aí vem a parte pós-analítica que é da liberação. Então a gente tinha, a gente não tinha atraso analítico, mas, às vezes, a gente tinha atraso pós-analítico. Por isso que aí passou a ser o alerta só sai quando a gaso for liberada no sistema. Não é quando o processo, quando informado, entrega no setor, é quando for liberado no sistema.

Alguns processos de melhoria foram feitos até que ele realmente fosse eficaz. Hoje a gente tem uma taxa de resposta muito boa. Tem, tem, a maioria das não conformidades que a gente tem hoje é relacionada a prazo de coleta nas primeiras unidades, unidades fechadas, né?

Quando a gente tem um atraso de coleta aqui ele é bem justificado. Porque, às vezes, a mar... o paciente está em procedimento, chegou pra um procedimento, assim, então a taxa de, de falha nesse processo, né, de tempo é bem pequeno. Acontece algumas vezes no plantão, porque a equipe é reduzida e uma coisa que eu preciso fazer é implantar, de novo, os bips aqui porque a gente tinha bips, mas, esses bips perdiam mais do que (incompreensível 70'22’'). Então eu preciso ver de que forma a gente vai fazer pra poder contatar com o colaborador quando ele sai daqui. Entendeu?

70'28’'

Pesquisadora: Entendi. E, nesse caso, como você falou aí pra mim que hoje os poucos problemas que existem estão concentrados nas unidades mais fechadas, né? Então quando esse problema digamos assim, né, começou era um dos atores emergência? Onde começaram, foi...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A emergência hoje ainda é o ator principal de sepse.

Pesquisadora: Tá.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Entendeu? Na verdade...

Pesquisadora: Você se deparou normalmente com esses problemas que você disse que teve no passado foram, muitas foram notificações de atraso? De, de resultado? Foi nesse contexto?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Nesse contexto.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Atraso de colega, atraso de resultado.

Pesquisadora: Então essas eram as causas principais, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial Principais. É.

Pesquisadora: Tá. Quais foram as consequências que você, né, se deparou tanto no passado diante dessas ocorrências, consequências no sentido de entraves, problemas, dificultadores que vocês tiveram e até os benefícios, né, os pontos positivos que vocês obtiveram a partir daí, entendeu?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Em relação a quê?

Pesquisadora: A essa questão [barulho] Desculpa... A essa questão do, do protocolo sepse. Tipo assim, quando você se deparou com um fato, com um problema que vocês pensaram nessa solução, quais eram as principais consequências negativas, impactos que vocês tiveram antes da implementação da, dessa melhoria, desse alerta. De impacto de, sei lá, de imagem, de queixa, tinha esse tipo de coisa?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Assim, na verdade naquele momento tava todo mundo meio, muito voltado para um processo e tava todo mundo se adequando ao processo.

Pesquisadora: Porque foi bem na implantação do protocolo, né, gerenciado.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Foi bem na implantação do protocolo gerenciado. Então eu tava, todo mundo voltado, então eu acho que houve uma comunicação assim bem eficaz e não houve muito atrito não, sabe? Era mesmo uma preocupação.

Pesquisadora: Porque todo mundo estava no mesmo objetivo.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: O maior complicador que eu tive com relação a esse protocolo, implantação desse protocolo, era a questão, como te falei, das pessoas que se queixavam do alerta, mas hoje já tá bem implantado. Porque todo mundo entendeu que é, que é necessário, porque senão não tem como a gente gerenciar. Entendeu?

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É muito difícil.

Pesquisadora: A nível de resultado, né, pra esse processo específico, como que você hoje considera os resultados? Eles estão positivos, tempo de resposta?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Pra sepse? Tem. Eu acho que sim.

Pesquisadora: Tá.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: É isso, assim, todos que não são atendidos, eles são justificados. Entendeu? Plenamente justificados e, às vezes, as justificativas são plausíveis, entendeu?

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: A não ser alguns casos que ainda, eu preciso ainda implementar uma ação que é com relação a algumas unidades coletadoras que atrasam muito o tempo, coisa assim de uma hora, duas horas a coleta, né? E aí eu fico... mas assim, por que que eu não fiz ainda isso? Porque isso é gerenciado pela CCIH. Entendeu? E aí eu preciso conversar até com a CCIH pra ver se eles, eu acho que eles pontuam isso com a unidade. Foi necessário? Aquela sepse é realmente necessária? Foi solicitado por solicitar ou realmente não era necessário e solicitou? Entendeu? Errado ou o que que aconteceu? Porque não tem justificativa se um paciente está desenvolvendo uma sepse e ele pede uma gasometria e colhe uma hora depois. Não tem sentido. Então eu não sei até que ponto essa seara é minha ou essa seara é do médico que vai questionar a unidade o motivo daquilo ali, entendeu? O motivo daquela coleta. Então assim, até hoje eu tenho algumas dúvidas porque a UTI (F) na época me dizia que o lactato não era importante pra eles.

Pesquisadora: Pra eles.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Algumas conversam também com a CCIH que o mais importante é o tempo do antibiótico não o lactato. Então o lactato é só... tem uma época que eu questionei “venha cá, é só pra cumprir o protocolo? A RDC lá, a norma? Ou é realmente necessário?” Porque a gente tava fazendo um esforço, na época eu, eu comentei até, a gente tá fazendo um esforço hercúleo pra atender e não existe benefício pro paciente, o importante é o tempo do, do antibiótico não é do lactato? Se não é, gente, a gente tá desperdiçando. Desperdício de tempo é dinheiro.

Pesquisadora: Só um minutinho, porque... Entrou chamada bem na minha gravação.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Ô, e aí?

Pesquisadora: Não, eu acho que, eu acho que segue aqui. Deve ter entrado a ligação dele no meio da, da, d...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Entendeu, Nai? Então assim... Mas, assim, eu acho que não é de minha competência está questionando isso, contra a receita médica e eu acho que tem de fazer, tem que fazer a partir da lei, né?

Outra, outra coisa que a gente também implantou foi com relação ao alerta da bioimagem, está sendo de sucesso, porque a gente colocou o alarme também, mas não estava funcionando direito. Está tendo muita não conformidade, principalmente depois que vocês pediram pra ela que fizesse retroativo.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Porque você vê como a gente se baseia nas não conformidades, né? Não estava recebendo a não conformidade, para mim, estava funcionando. A gente passou a receber mais não conformidade. Pô, alguma coisa...

Pesquisadora: ... alguma coisa tá acontecendo.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Aí eu vou tirar relatório, pepe, barará, barará, embora já tivesse sendo gerenciado. Mas aquela coisa dispara o alerta. Aí eu disse “não, a gente tem que implantar uma ação pra isso aí. Não está eficaz.” Aí eu fui ver o que estava no processo. Por que? Porque a, o importante pra bioimagem é a ureia, creatinina, né? A ureia, creatinina ela vinha junto de todos os outros exames. Então você pega e bota no equipamento ele, ele faz aquilo que ele acha que é, que é primeiro. Entendeu? Então eu não tenho como botar uma urgência ali pra sair aquela ureia creatinina primeiro. Então eu disse “não, tem que separar etiqueta.” Alerta bioimagem vai, a gente vai colher dois tubos, mas vai ser um tubo pra ureia, creatinina e outro tubo pros exames.

Pesquisadora: Pros exames.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Que, às vezes, iam... iam integrado.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Aí você botava, às vezes, ia primeiro passava pelo hormônio pra depois fazer aí atrasava. Então a questão do processo analítico a gente resolveu. Hoje ele vem a etiqueta separada, vai pra o equipamento somente fazer “antiestática” [incompreensível], na urgência, e a gente resolveu. Então, como a gente, como é rico a gente avaliar as não conformidades, avaliar as ferramentas e a gente conseguir fazer melhorias e quando é de processo é mais fácil.

Pesquisadora: Deixa eu só...

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Quando é de pessoas é mais difícil.

Pesquisadora: Só pra eu entender uma coisa. Você trouxe, né, como case de sucesso o Protocolo Sepse e aí a pergunta que eu tenho é: você faz essa classificação, como sendo o maior case de sucesso baseado na gestão do processo interno ou também você toma por base aí possíveis benefícios que tenha tido para a instituição de uma forma geral? Tipo assim, você consegue enxergar, com essa implementação de melhorias que você fez aqui dentro, resultados positivos pra instituição de sustentabilidade, de rentabilidade, de evitar desperdício, entende? Tem também impacto fora daqui?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Claro. Eu acho que quando você faz um Protocolo desse, Sepse, que a gente põe “eu preciso de um tempo de resposta desse exame pra eu implementar uma antibioticoterapia” sendo implementado. Claro que isso vai representar um maior, uma

gestão de leitos mais eficaz, vai implementar uma me... uma gestão de medicação mais eficaz. Você não vai ter desperdício com medicação indevida, entendeu? O tempo de medicação ou prejuízo pro paciente também. É claro que se você tem um prejuízo pro paciente que demande um maior número de tempo ele internado, vai ter prejuízo institucional. Então eu acho que o ganho não é só do processo. Agora a gente precisa sair da casinha, a gente não pode ser uma ilha. Realmente a gente tem que pensar... quando a gente pensa na melhoria do nosso processo é pensando na melhoria institucional. Não é só do nosso processo, porque senão não vale a pena.

Pesquisadora: Já caminhando pro final, eu queria te perguntar o seguinte: se você recebe apoio para implementação de mudanças quando você identifica a necessidade? Se sim, de que natureza? Pense assim, apoios diversos, né? E se você não receber a que você atribui essa ausência de apoio?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Eu recebo sim, Nai. Eu recebo. A maioria das minhas, dos meus estudos de causa e dos meus processos de melhoria está relacionado a processos internos e processos de sistema. E a gente recebe um apoio muito grande da TI. É aquilo que eu falei pra você, nem tempo não tem, nem sempre no tempo que a gente quer.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Mas também a gente precisa pensar que eles não são exclusivos... eles não são exclusivos. Estão numa demanda institucional e a gente precisa tá sempre fazendo esse jogo, né? Custo benefício, custo benefício, né? E o que que a gente faz? Não deixa de cobrar, não deixa de fazer a, a, tá sempre fazendo a gestão. Não adianta fazer só um chamado e largar ele lá. Eu faço um chamado e acompanho ele. E aí o tempo de resposta pode não ser o ideal, mas ele acontece e acontece de uma forma eficaz.

80'15''

Pesquisadora: Pra esse caso em específico do Protocolo do seps... do Sepse, né? Além da TI, você demandou apoio de alguma outra área pra, pra formulação da solução?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: da CCIH, dos coordenadores das unidades, né?

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Que na época foi todo o tempo de resposta foi, foi abordado, tudo foi acordado com eles, né.

Pesquisadora: Ok. Bom, aí pra finalizar é a pergunta que, assim, você considera que a gestão da qualidade, aí você entenda nesse momento a área mesmo, o núcleo da qualidade, lhe apoia de alguma forma na implementação de mudanças a partir das notificações não conformidades, né? Então assim, o apoio, se você tem apoio da gestão.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Assim...

Pesquisadora: E se não tem, como melhorar... Fique tranquila.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Eu considero, eu considero que o núcleo de qualidade, ele trabalha muito próximo de todas as unidades, né? Ele tá sempre visando também o processo de melhoria e tem uma abordagem bem importante. Eu admiro bastante o núcleo de qualidade, como ele é desenhado, as pessoas hoje, elas são muito... não hoje, sempre, né? Mas eu percebo que hoje as pessoas são mais engajadas em, pelo menos conosco, em informar, em perguntar, em questionar, em justificar. A única coisa que eu acho que, que eu posso pontuar, talvez, pra que seja avaliado num processo de melhoria é a intervenção da, do núcleo da qualidade nas unidades como um todo. Por exemplo, se o laboratório precisa fazer um processo de melhoria baseado nas não conformidades que a qualidade avali... que 'cê' vê todas. Eu vejo as minhas, as que eu recebo e as que eu...

Pesquisadora: Abre, né?

Líder 2 - Medicina Laboratorial: envio.

Pesquisadora: Sim.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Mas eu não, eu não... vocês veem de todo mundo. Então vocês têm uma condição, a qualidade, na verdade, tem uma condição de fazer uma análise crítica muito mais eficaz, em termos de "eu acho que isso aqui nesse processo de fragilidade da, da unidade, o laboratório pode ajudar. Vamos fazer uma reunião com o laboratório pra ver o que que pode ser ajudado." "Eu preciso que a unidade tal entenda melhor esse processo do laboratório. Vamos fazer uma reunião, chamar" Provocar isso, pra que ela seja o centralizador dessas, dessas, dessas fragilidades, pra que a gente, cada um possa entender que precisa pra si e que existe um núcleo que une, entendeu? Porque enquanto a gente trata de forma individual "ah, eu vou fazer..." como eu te falei, eu vou fazer uma reunião, um encontro: "vamos fazer uma reunião" "ah, não porque eu não tenho tempo. Eu não quero fazer o quê? Porque não, porque é difícil mesmo, porquê nananã" E foge do assunto. É difícil pra, entendeu? Pra mim está ali entrando em embate, quando na verdade não é, não é isso. Eu preciso que entenda pra que a gente contribua. Mas talvez vocês olhando como um todo, a qualidade olhando como um todo, possa provocar, fazer algumas provocações em algum momento nesse sentido, de observar onde que está, o que é que precisa ser melhor entendido, né? Porque assim, às vezes, Nai, se eu en... se eu mostrasse aqui pra você, às vezes vem algumas coisas por WhatsApp, eu respondo aquilo mais do que claro. Tanto que eu pergunto "Ronaldo [nome fictício] tá claro isso que eu respondi aqui?" O pessoal não entende.

Pesquisadora: Não entende.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Não entende por quê? Porque não entende do processo e não quer entender. Então aí gera essas, essas, até mesmo vocês ouvem na reunião de medicina crítica. Vocês estão participando de todos, estão recebendo a não conformidade de todo mundo. Quem está ali? Eu não sei quem é hoje que está responsável por fazer essa troca de não conformidade, eu sei que quando elas têm dúvida discute com você, né? Então eu acho que preciso, pra que a gente possa promover realmente melhoria, entendeu? Eu acho que o núcleo de qualidade, como eu vejo de, a pontuação é nesse sentido. E uma outra coisa que eu acho que eu sinto falta é o seguinte, a nossa unidade... que a gente envia pra unidade, né? Vem de retorno pra mim uma resposta. Eu estou com uma aqui que eu recebi hoje. Que eu mandei pra todo mundo. “Quem fez? Essa resposta foi eficaz?” Porque às vezes a pessoa não entendeu a resposta. E quem, quem registrou é que sabe o que foi que aconteceu no processo. Às vezes, eu não sei. Então talvez fosse interessante pra vocês que sabem quem registrou a não conformidade mandar pra mim e pro e-mail da pessoa que registrou a não conformidade. Pra não mandar pra todo mundo, entendeu?

Você está lá. A não conformidade, eu faço questão de receber todos. Porque eu gosto de estar... Então assim foi feita por, nesse caso, foi feita por Juliane [nome fictício]. Como era uma coisa de coleta... pra você ver, como elas estão em todo o processo. Eu mandei pra Ariana [nome fictício]. Ariana “não fui eu” Porque era um momento que a Ariana chegava dez horas e aconteceu sete horas.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: E aí eu fui mandar pro plantão, mandei pra todo mundo, aí Juliana fez “não, foi comigo.”

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Entendeu? Então acho que ficaria mais fácil. Na hora que você respondesse, que você respondessem, respondesse pra mim, com cópia pra pessoa que fez o registro.

Pesquisadora: Entendi.

Líder 2 - Medicina Laboratorial: Talvez ficasse melhor...

Pesquisadora: Entendi. A premissa de não identificar o notificador visa assegurar o nosso compromisso de preservação do anonimato do colaborador. Mas acolho a sua sugestão e vamos avaliar de que nodo melhorias podem ser implementadas no processo. Então...concluímos aqui a nossa entrevista, lhe agradeço imensamente pela contribuição.

ANEXO A - MODELO DE PLANILHA DO BANCO DE DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES

PLANILHA DE CONTROLE DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES	
ID da notificação	
Criado em:	
Data da Ocorrência	
Informe sua Matrícula	
Informe SEU Setor	
Evento relacionado ao paciente?	
Setor responsável pela Não Conformidade	
Não conformidade	
Nº Atendimento	
Descreva a Não Conformidade*	
Informe o turno de ocorrência NC:	
Informe sua função:	
Se outra função, especifique	
Reclassificação das Ocorrências "Outros"	
Data Envio de Email para o gestor	
Gestor Respondeu à NC?	
Data Resposta do Gestor	
Classificação da NC pelo gestor	

Explicações sobre os campos da planilha que forma o Banco de dados das Notificações Não Conformidades	
NOTIFICADOR	<ul style="list-style-type: none"> <u>ID:</u> identificação automática gerada pelo sistema em numeral crescente de 6 dígitos; <u>Criado em:</u> informação automática do sistema considerando a data e hora de finalização do registro; <u>Data da Ocorrência:</u> Informação da data pelo notificador; <u>Informe sua Matrícula:</u> Informação do registro funcional do notificador (numeral crescente); <u>Informe SEU Setor:</u> Informação dada pelo notificador com a escolha do seu setor de trabalho; <u>Evento relacionado ao paciente:</u> Informação do notificador se “sim” ou “não”; <u>Setor responsável pela Não Conformidade:</u> Escolha do setor indicado no cadastro que cometeu a NC; <u>Não conformidade:</u> Escolha da tipologia de não conformidade que deseja relatar; <u>Nº Atendimento:</u> Caso registro seja relacionado ao paciente informar o nº registro atendimento; <u>Descreva a Não Conformidade:</u> Campo livre para descrição textual da ocorrência; <u>Turno de ocorrência da NC:</u> Escolha entre as opções “manhã”, “tarde” ou “noite”; <u>Informe sua função:</u> Escolha das categorias cadastradas ou opção “outros”; <u>Se outra função, especifique:</u> Campo livre para descrição textual se função não existente no cadastro;
QUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <u>Reclassificação das Ocorrências "Outros":</u> Nova classificação para os registros como “outros”; <u>Data Envio de Email para o gestor:</u> Registro da data direcionamento da notificação para o líder; <u>Gestor Respondeu à NC?:</u> Informação de “sim” (líder respondeu ao e-mail) ou “não” (sem resposta); <u>Data Resposta do Gestor:</u> Informação da data que o líder respondeu o e-mail, nos casos de “sim”; <u>Classificação da NC pelo gestor:</u> Informação de “Procedente” ou “Improcedente”.