

Ministério da Saúde

MC



Melhoria Contínua da Qualidade
na Atenção Primária à Saúde

Brasília - DF
2010



Ministério
da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

**CONCEITOS, MÉTODOS E
DIRETRIZES**

SÉRIE B. TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE

**Melhoria Contínua da Qualidade
na Atenção Primária à Saúde**

Brasília - DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 35.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

SAF Sul – Trecho 2 – Anexo II – Torre II – Sala 7

Ed. Premium – Subsolo/Auditório

Brasília – DF – 70070-600

Telefone: +55 (código operadora) (61) 3306-8088

Fax: +55 (código operadora) (61) 3306-8028

Home-page: www.saude.gov.br/dab

1. Atenção primária à saúde.
2. Educação em saúde. 3. Atenção básica. I. Título. II. Série.

Supervisão Geral:

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Geral:

Elisabeth Susana Wartchow

Kátia Crestine Poças

Sílvia Reis

Coordenação Técnica:

Maria Angela Maricondi

Revisão Técnica:

Iracema de Almeida Benevides

Parcerias:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Instituto da Qualidade em Saúde – Ministério da Saúde de Portugal

Programa de Atenção Primária à Saúde FM – UFRJ

Colaboradores:

Ávila Teixeira Vidal

Carlos Eduardo Aguilera Campos

Gisele Cazarin

Iracema de Almeida Benevides

Luis Pisco

Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Thiago Sarti

Sílvia Takeda

Coordenação Editorial:

Renata Ribeiro Sampaio

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira

Revisão:

Ana Paula Reis

Fotografia:

Radilson Carlos Gomes

Projeto Gráfico e Capa:

Alisson Sbrana

Normalização:

Aline Santos Jacob

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

140 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1757-1

CDU 616-083.98

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 0609/2010

Títulos para indexação:

Em inglês: The continuous quality improvement in primary health care: concepts, methods and guidelines

Em espanhol: La mejoría continua de la calidad en la atención primaria a la salud: conceptos, métodos y directrices

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Parte I – Conceitos

2 QUALIDADE EM SAÚDE

- 2.1 Introdução
- 2.2 Abordagens para avaliação da qualidade em saúde
- 2.3 O modelo sistêmico
- 2.4 Os atributos da qualidade
- 2.5 Considerações finais

3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, OBJETIVOS E ABORDAGENS

- 3.1 Objetivos e tipos de avaliação
- 3.2 Etapas da avaliação
- 3.3 Considerações finais

4 AVALIAÇÃO E QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

- 4.1 Considerações finais

5 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE (MCQ)

- 5.1 Os processos de implantação de programas de qualidade
- 5.2 Sobre as condições para a melhoria da qualidade
- 5.3 O Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade

Parte II- Métodos

6 PREPARANDO O TERRENO PARA TRABALHAR A MCQ

- 6.1 Saber aonde se quer chegar: valores, missão e estratégias de uma equipe de saúde
- 6.2 Mudar a lógica do trabalho em grupo pela lógica do trabalho em equipe
- 6.3 Criar uma cultura organizacional que incentive e focalize a qualidade
- 6.4 A consciência da qualidade
- 6.5 Por que se deve melhorar a qualidade do serviço de saúde?
- 6.6 Ninguém é perfeito: sempre é possível melhorar a qualidade
- 6.7 Melhorar a qualidade não se trata de buscar culpados
- 6.8 Qualidade é responsabilidade de todos
- 6.9 Melhorar os canais de comunicação em todos os níveis
- 6.10 Motivação e abertura de todos para a avaliação e melhoria da qualidade
- 6.11 A relação entre profissionais e gestores: compatibilizando ideias e missão

7 INTRODUZINDO AS FERRAMENTAS PARA A MCQ

7.1 Ferramentas

- 7.1.1 Ferramenta 1: *Brainstorming*, chuva ou tempestade de ideias
- 7.1.2 Ferramenta 2: Grupo nominal
- 7.1.3 Ferramenta 3: Matriz de prioridades
- 7.1.4 Ferramenta 4: Histograma
- 7.1.5 Ferramenta 5: Diagrama de afinidade (método KJ)
- 7.1.6 Ferramenta 6: Fluxograma
- 7.1.7 Ferramenta 7: Análise SWOT
- 7.1.8 Ferramenta 8: Diagrama de causa e efeito (diagrama de Ishikawa)
- 7.1.9 Ferramenta 9: Folha de verificação
- 7.1.10 Ferramenta 10: Diagrama de Pareto
- 7.1.11 Ferramenta 11: Diagrama em árvore
- 7.1.12 Ferramenta 12: 5W2H
- 7.1.13 Ferramenta 13: *Benchmarking*
- 7.1.14 Ferramenta 14: Análise de viabilidade
- 7.1.15 Ferramenta 15: Matriz de intervenção AMQ
- 7.1.16 Ferramenta 16: Cartas de controle
- 7.1.17 Ferramenta 17: Gráfico de tendências
- 7.1.18 Ferramenta 18: Gráficos ou diagramas de dispersão ou correlação
- 7.1.19 Ferramenta 19: Mural da qualidade

Parte III – Diretrizes

8 INCORPORANDO A PRÁTICA DA MCQ NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 8.1 Secretarias Municipais de Saúde
- 8.2 Secretarias Estaduais de Saúde
- 8.3 Ministério da Saúde

REFERÊNCIAS







APRESENTAÇÃO

Apresentação

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem alcançando grande espaço de discussão no cenário mundial como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, com serviços que têm em vista os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, proporcionando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

A estratégia Saúde da Família (SF), política de Estado e estratégia institucional priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária à Saúde no Brasil, vem se expandindo em grande velocidade desde 1994 e atualmente beneficia 94,8% dos municípios brasileiros, com mais de 31.400 equipes implantadas. Essa importante expansão, no entanto, trouxe consigo a necessidade de criação de metodologias que impulsionassem processos de Melhoria Contínua da Qualidade da atenção, garantindo que as ações em saúde estejam de acordo com os princípios e diretrizes da SF.

É com esse objetivo que foi desenvolvida, pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Baseada em uma metodologia de autoavaliação e autogestão, tem a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, possibilitando aos atores diretamente envolvidos com o fazer em saúde – seja no plano gerencial ou assistencial – a apropriação de métodos e ferramentas tanto para a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e práticas, quanto para a construção de projetos de intervenção sobre os desafios identificados.

Para potencializar a implantação da AMQ nos municípios brasileiros, esta Coordenação lançou, em 2009, o Curso de Educação a Distância sobre a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (EAD-AMQ). Esse curso, que está na segunda edição, já



capacitou cerca de 400 profissionais, que estão habilitados para trabalhar com a qualidade em suas equipes ou secretarias.

No entanto, percebeu-se a necessidade de ir mais além. Apesar de as evidências de que maiores coberturas de Saúde da Família apresentam melhores resultados em indicadores de saúde, atualmente, 52,3% da população brasileira é acompanhada por equipes de SF. É preciso, portanto, não apenas fortalecer e qualificar a gestão municipal para que esta organize sistemas de saúde orientados pela SF, mas também qualificar gerentes e equipes das unidades básicas de toda a rede SUS para que sejam capazes de programar as ações necessárias para que a população usufrua os atributos exclusivos da APS: o acesso e utilização de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) acredita que a garantia da qualidade da atenção, além de grande desafio, é um compromisso institucional que impulsiona a consolidação e fortalecimento da APS no Brasil. Nesse sentido, a publicação “Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes” é uma proposta de aprofundamento de ferramentas e possibilidades, complementando a proposta da AMQ, para todas as equipes de APS da rede SUS trabalhar a qualidade.

Departamento de Atenção Básica
Ministério da Saúde





INTRODUÇÃO

Introdução

Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados ao desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e melhoria da qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde é sem dúvida uma necessidade inadiável e um grande desafio.

Os conteúdos desta publicação foram elaborados para todas as equipes de Atenção Primária à Saúde do Brasil. Espera-se, de um lado, que esses conteúdos contribuam efetivamente para a continuidade das práticas avaliativas das equipes de SF que aderiram ao projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e, de outro, que inspirem as equipes de APS/SF no sentido de começarem a trabalhar com a Melhoria Contínua da Qualidade, conhecendo os conceitos, métodos e principais ferramentas desse campo de conhecimentos e práticas.

O Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade, com suas abordagens, métodos e ferramentas, é um conceito central neste trabalho. Trata-se de um ciclo que envolve o diagnóstico da situação, planejamento e intervenção para melhoria da qualidade do serviço de saúde e tem muita afinidade e sintonia com o projeto AMQ, na medida em que o AMQ contém um Ciclo de MCQ em si mesmo – avaliação, escolha de padrões prioritários para melhoria, planejamento da melhoria por meio da utilização da matriz de intervenção AMQ e intervenção propriamente dita. Além disso, ambos caracterizam-se como um processo: (a) dinâmico, participativo e contínuo; (b) que integra a rotina de trabalho das equipes; (c) orientado pelo modelo da Atenção Primária à Saúde (APS); (d) sintonizado com as necessidades de saúde da população; (e) de livre adesão pelas equipes de APS; e (f) que não envolve incentivos nem punições relacionadas à adesão e resultados.

A implantação da proposta contida nesta publicação – “Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes” – pelas equipes de saúde poderá ser feita de variadas formas, buscando-se sempre adequá-la à realidade de cada equipe.



Sobre o projeto AMQ

Um dos primeiros impulsos no sentido de sistematizar o trabalho com o tema qualidade em saúde no âmbito da APS em nosso país foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ – Brasil, 2008). Desenvolvido por uma equipe de consultores internos da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e de consultores externos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério de Saúde de Portugal (IQS), Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Esse projeto é fruto de um esforço vigoroso do Departamento de Atenção Básica do MS no sentido de pesquisar, selecionar e testar metodologias que introduzam e aprimorem a qualidade da APS em nosso país. Inspirado no *MoniQuOr* (instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal), o AMQ compõe-se de 300 padrões de qualidade subdivididos em cinco instrumentos de autoavaliação dirigidos à gestão e às equipes (secretário municipal de saúde, coordenador da SF, responsável pela unidade de Saúde da Família, equipes I e II) e de um aplicativo digital para montagem de um banco de dados com as respostas de cada momento avaliativo e acesso a relatórios comparativos que subsidiam a autogestão da melhoria da qualidade da ESF.

Sobre a proposta MCQ

À semelhança do projeto AMQ, a proposta Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) também foi cunhada a partir de significativas contribuições do Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal (IQS).

Na MCQ, pressupõe-se que nada é tão bom que não possa ser melhorado e que sempre é possível aprimorar a qualidade por meio de determinados processos de melhoria. No caso da Atenção Primária à Saúde, a qualidade deverá focalizar as funções essenciais, quais sejam: responsabilização e vínculo das equipes de saúde com os usuários, integralidade da atenção nos aspectos de coordenação e abrangência dos cuidados prestados, enfoque familiar e comunitário e acessibilidade (Campos, 2005).

Esta publicação está organizada em três partes.

A Parte I trata dos aspectos conceituais do campo da qualidade (capítulo 1), da avaliação (ca-

pítulo 2), da avaliação e qualidade em função dos atributos da Atenção Primária à Saúde (capítulo 3) e da Melhoria Contínua da Qualidade (capítulo 4).

A Parte II apresenta os métodos e ferramentas da MCQ (capítulos 5 e 6). São descritas 19 ferramentas de planejamento da melhoria da qualidade (por exemplo, *brainstorming* ou tempestade de ideias, grupo nominal, histograma, fluxograma, diagrama de causa e efeito, análise SWOT, mural da qualidade), que são também contextualizadas no Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade, isto é, qual é mais apropriada para cada etapa do referido ciclo.

A Parte III aborda como operacionalizar os conceitos, métodos e técnicas apresentados em duas situações básicas distintas: pelas equipes de APS/SF com e sem o projeto AMQ implantado.

A qualidade em saúde é um conceito construído com base em determinados parâmetros técnico-científicos, necessidades de saúde da população e valores culturais de determinada sociedade em dado momento histórico. Nesse sentido, trata-se de um conceito subjetivo que se modifica conforme se transformam os parâmetros que o constituem. Esta publicação, além de orientar-se por parâmetros atualizados nos diferentes campos do conhecimento e da cultura, leva em conta a carta de princípios que garante os direitos dos usuários do SUS, que é apresentada a seguir.

Prestar serviços de qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde é fundamental para garantir os direitos do cidadão usuário do nosso Sistema Único de Saúde.

Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

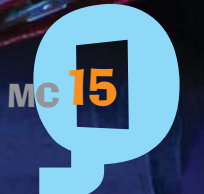
Quadro 1 – Carta dos direitos dos usuários do SUS. Fonte: (Adaptado: BRASIL, [2010]).

Espera-se, enfim, que esta publicação contribua para o aprendizado daqueles que de fato se interessam e se iniciam nos temas da avaliação, planejamento e melhoria contínua da qualidade, possibilitando-lhes melhor compreensão, aprofundamento e ampliação do domínio teórico conceitual e operacional desse campo de saberes e práticas.





na Atenção Primária
à Saúde





2.

Melhoria Contínua da Qualidade



Parte I Conceitos

QUALIDADE EM SAÚDE

Marina Mendes¹ e Gisele Cazarin²

¹ Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas/Imip).

² Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas/Imip).

na Atenção Primária
à Saúde



Parte I - Conceitos

2.1 Introdução

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais para as necessidades de saúde da população. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS/SF) apresenta uma série de características que a tornam um cenário particular de práticas, exigindo de todos os atores envolvidos mobilização e compromisso para, tendo a APS/SF como eixo norteador, promover a organização de redes de atenção à saúde que possibilitem a consolidação de um sistema de saúde pública universal, integral e de qualidade.

Nesse sentido, a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos, em consequência da ampliação na oferta dos serviços de saúde e do aumento dos custos, com a incorporação de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das enfermidades (FRIAS et al., 2010). Além disso, os serviços de saúde precisam estar preparados para responder às novas necessidades e problemas de saúde decorrentes do processo de transição demográfica e epidemiológica.

Entretanto é importante entender que o conceito de qualidade é relativo e complexo. O significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados.

Assim, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade, que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade esperada (UCHIMURA; BOSI, 2002).

As definições de qualidade que abordam pontos de vistas mais comuns, de modo geral, incluem aspectos de excelência, expectativas ou objetivos que devem ser alcançados, ausência de defeitos, adequação para uso, que, de certa forma, definem características das ações e/ou serviços de saúde.

Segundo Lohr (1990), qualidade em saúde é o “grau no qual os serviços incrementam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual”. O Ministério da Saúde da Nova Zelândia (2003), baseado na definição anterior, complementa que a qualidade em saúde pode também ser medida pelo “aumento no grau de participação e independência das pessoas”. Já para Donabedian (1985), a qualidade é definida como o “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes”.

Demo (2000) explica a qualidade a partir das dimensões objetiva e subjetiva e afirma que os termos quantidade e qualidade não são dicotômicos, mas complementares. Ambos os planos – objetivo e subjetivo – correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos como o campo da saúde. Portanto, não se trata de excluir uma das dimensões ou de priorizar uma sobre a outra, mas de contribuir para uma concepção ampliada de avaliação (BOSI; UCHIMURA, 2007).

2.2 Abordagens para avaliação da qualidade em saúde

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação. Grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian (1966; 1988; 1990), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

2.3 O modelo sistêmico

A abordagem baseada no modelo sistêmico é observada nos aspectos de estrutura, processo e resultado. Esses podem ser assim definidos:

- Estrutura: representa características relativamente estáveis no sistema (recursos humanos, físicos, materiais, financeiros, insumos e normatização do serviço);
- Processo: determina como o sistema realmente funciona (atividades realizadas pelos serviços de saúde);

- Resultado: mudanças observadas no estado de saúde, comportamentos da população-alvo etc.

Para Contandriopoulos et al. (1997), a abordagem estrutural trata de saber “em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados”. Em relação ao processo, trata-se de saber “em que medida os serviços de saúde são adequados para atingir os resultados esperados”. A apreciação dos resultados busca saber “se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir”.

Esse modelo de avaliação é amplamente difundido na área, apesar de críticas que consideram alguns argumentos, tais como: nem sempre uma boa estrutura conduz a um bom processo, que, por sua vez, não conduz a um bom resultado (VUORI, 1991). Além disso, considera como pertencentes a aspectos de estrutura fenômenos de natureza distinta, como recursos humanos, materiais e financeiros.

A atribuição de valor de uma intervenção poderá variar de acordo com o padrão de qualidade utilizado, portanto, é importante utilizar padrões validados, o que legitima o julgamento.

Para julgar o valor ou qualidade de uma intervenção, temos que comparar os aspectos encontrados com alguma “coisa”, para tanto utilizamos normas, critérios e padrões. No nosso caso, utilizamos padrões de qualidade, que são referências consensuadas com base em parâmetros técnico-científicos, necessidades de saúde da população e valores culturais. O padrão é a declaração da qualidade esperada ou da qualidade ideal.

Em que pesem as limitações do modelo sistêmico, este ainda é o referencial teórico mais utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, por causa de sua utilidade e simplicidade. Ademais, toda teoria apresenta limitações, não conseguindo apreender toda complexidade dos aspectos relacionados às ações, serviços e sistemas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real.

2.4 Os atributos da qualidade

A seleção dos atributos deverá ser especificada em cada contexto, a depender do objeto a ser avaliado, e deve apresentar coerência e interdependência entre si. Em síntese, os principais atributos da qualidade podem ser definidos da seguinte forma (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1991):

Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. Isto é, ele pode funcionar?



Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro” é a relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?

Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar dado os recursos empregados?

Equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.

Acesso: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.

Adequação/cobertura: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.

Aceitação: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais e sociais e as expectativas dos usuários e familiares.

Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo dos serviços ofertados.

Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.

Qualidade técnico-científica: aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

É importante ressaltar que a seleção de um único atributo não vai conseguir dar conta de toda a complexidade que são os programas e serviços de saúde. Para caracterizá-los como de boa ou má qualidade, é necessário escolha de uma gama desses atributos. Um serviço pode ser efetivo, mas não ser eficiente, tornando a implantação inviável. Da mesma forma, um serviço pode ser eficiente, mas ter baixa aceitabilidade da população.

Nesse sentido, as abordagens orientadas para a humanização da atenção e para valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes têm legitimado o ponto de vista do usuário e da importância da satisfação.

2.5 Considerações finais

De modo geral, a depender da posição em que se ocupa no setor saúde, diferentes aspectos na avaliação da qualidade são valorizados: os gestores e financiadores dos serviços focalizam a sua atenção no rendimento, custo e eficiência. Os profissionais de saúde preocupam-se mais com a satisfação pessoal e reconhecimento, a excelência e o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos de trabalho, um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto e segurança. Os usuários entendem como qualidade a obtenção dos benefícios diante das demandas e expectativas, de acordo com os seus problemas de saúde.

Starfield (2002) chama a atenção para a necessidade de atualização dos padrões de qualidade. Segundo a autora, a qualidade da atenção é uma redefinição sucessiva do inalcançável. Isto é, uma vez atingido determinado padrão, surgirá sempre a exigência de um patamar superior a ser alcançado, sendo impossível estabelecer padrões normativos absolutos para a qualidade que sejam invariáveis no decorrer do tempo.

A melhoria da qualidade requer o envolvimento de todos os interessados (gestores, usuários, profissionais). Para tanto, torna-se necessário dar mais ênfase ao processo de trabalho, dinâmica, vínculos e estímulo aos compromissos pactuados. Além disso, é fundamental proporcionar maiores investimentos em capacitação e processos de educação continuada. Em um mundo cada vez mais complexo, o caminho para promover as mudanças necessárias deve considerar, cada vez mais, o envolvimento dos sujeitos.

Assim, será sempre um desafio buscar aproximação do conceito de qualidade. No campo das práticas em saúde, podemos dizer que avaliação e qualidade estão estreitamente relacionadas. Para conhecer a qualidade ou para melhorá-la, é necessário avaliar.



na Atenção Primária
à Saúde



**Melhoria Contínua
da Qualidade**



AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

CONCEITOS, OBJETIVOS E ABORDAGENS

Gisele Cazarin³ e Marina Mendes⁴

3 Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas/Imip).

4 Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas/Imip).

na Atenção Primária
à Saúde

Avaliar não é prática nova, sendo realizada desde os primórdios da humanidade e presente nas atividades mais cotidianas. Isso se dá pelo fato de, a todo o momento, precisarmos tomar decisões que dependem das avaliações que fazemos sobre uma situação vivenciada. Até mesmo quando estamos no supermercado escolhendo um produto na prateleira nos fazemos questionamentos sobre custos e qualidade, referentes às diversas marcas.

Em nosso campo de atuação, seja como profissionais de saúde ou gestores, é muito comum nos questionarmos e/ou recebermos questionamentos desta natureza: Qual o resultado ou impacto dessas ações? Qual o custo efetividade de um modelo de saúde em relação a outro? Que ações estamos conseguindo desenvolver entre as que programamos? Os recursos que temos disponíveis estão adequados em qualidade e quantidade?

Muitas vezes podemos não vislumbrar claramente os caminhos para obter as respostas necessárias para pôr em prática, de modo concreto, os serviços de saúde. Ou, então, podemos realizar avaliações de maneira informal e não sistemática baseadas no cotidiano de trabalho, para embasar nosso processo de tomada de decisão. Dessa maneira, podemos correr o risco de não termos como justificar as decisões tomadas em virtude de não haver evidências para nos respaldar. Há, porém, outro tipo de avaliação, essa sim estruturada e teoricamente fundamentada, que pressupõe coleta prévia de informações e evidências que irão auxiliar no processo decisório. É a chamada avaliação formal.

Além dos tipos de avaliação apresentados (formal e informal), podemos também variar a forma de realização, de acordo com o papel do avaliador, em interna, externa ou ambas (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). A avaliação externa é aquela conduzida por uma equipe que não faz parte da organização onde está inserida a intervenção/programa⁵ a ser avaliada. Já as avaliações internas são realizadas por integrantes da organização especialmente designada para tal função. Muitas vezes, essa “divisão” pode não estar tão bem delimitada e ter indivíduos que estejam atuando nas duas perspectivas. O ideal é termos uma composição desses dois tipos de avaliadores, à medida que os primeiros podem estar tão envolvidos com o objeto a ser avaliado que podem correr o risco de não ser muito objetivos; já os avaliadores externos apresentam a desvantagem de não conhecer bem a intervenção/programa que se deseja avaliar.

Mas, afinal, o que é avaliar? As definições de avaliação são numerosas e parece não haver consenso entre os teóricos desse campo, chegando até mesmo ao ponto de cada avaliador definir um conceito diferente. Diante da diversidade de opiniões e enfoques, adotamos o

⁵*Conjunto de meios e ações direcionadas a atuar sobre uma situação-problema, podendo ser um plano, programa, política, ação, tratamento, entre outros (Contandriopoulos, 1997).

conceito que nos parece mais completo: avaliar consiste fundamentalmente em fazer um **juízo de valor** a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na **tomada de decisões** (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Dessa maneira, é importante destacar dois aspectos que caracterizam a avaliação: 1) o juízo de valor; e 2) o processo de tomada de decisão. O ato de avaliar sempre pressupõe julgar a qualidade de um objeto qualquer, que, no nosso caso, é uma intervenção e, para isso, é necessário que os critérios para esse juízo estejam explícitos e sejam pactuados com os envolvidos na avaliação. O segundo ponto pressupõe que ao avaliar estejamos intervindo sobre dada realidade a partir dos resultados da avaliação, ou seja, é necessário que o processo avaliativo esteja promovendo mudanças, pois, do contrário, poderemos dizer que estamos realizando apenas um diagnóstico.

A avaliação da qualidade não deve ser vista como um juízo a priori, mas uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio que norteia análises do tipo “autoavaliação”. A avaliação tampouco deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem pôr em prática as mudanças.

3.1 Objetivos e tipos de avaliação

Frequentemente a temática da avaliação esteve associada a aspectos negativos como punição ou classificação a respeito de resultados. Ou, em outra direção, muitas vezes encontramos o conceito, ou preconceito, de que avaliação é um conjunto muito complexo de saberes, utilizável apenas por especialistas dos serviços e da academia. Para evitar esse tipo de conotação, é importante que o(s) objetivo(s) da avaliação esteja(m) claro(s) e explícito(s). Mas quais seriam os possíveis objetivos de uma avaliação? Os mais comuns são de quatro tipos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1987):

- Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção/programa (objetivo estratégico);
- Fornecer informação para melhorar uma intervenção/programa no seu decorrer (objetivo formativo);
- Determinar os efeitos de uma intervenção/programa ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Sendo assim, podemos dizer que a avaliação pode começar ainda na fase de elaboração da intervenção/programa, com o propósito de melhorar o seu desenho e incluir um modelo de acompanhamento e avaliação desde o início.

Essencialmente, podemos falar em dois tipos de avaliação:

Avaliação normativa – consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes. Considera em seu desenvolvimento a abordagem sistêmica (estrutura processo e resultado) proposta por Donabedian (1966), conforme descrito no capítulo anterior.

Tem como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, sendo normalmente realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa (avaliadores internos). E apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção.

Pesquisa avaliativa – trata-se de fazer um julgamento de valor a partir de métodos científicos. Analisa “a pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos, rendimento e relações entre a intervenção e o contexto”. Estudos desse tipo exigem maior experiência do pesquisador tanto teórica quanto metodológica. Pode-se realizar estudo avaliativo com o propósito de aprofundar um tema ainda pouco estudado, ou uma nova abordagem teórica ou metodológica (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Avaliar pressupõe intervir na realidade no sentido de modificá-la e melhorar a qualidade. A partir da avaliação, vamos identificando problemas para atuação. No entanto, como não é possível intervir sobre tudo (considerando tempo, recursos, governabilidade, questões políticas etc.), é necessário estabelecer prioridades de investimento. A partir dessa priorização, é importante traçar planos de ação para superar os problemas. E colocar a “mão na massa” ao aplicar o plano desenhado. O acompanhamento desse processo indicará se estamos ou não no caminho certo. Avaliar novamente, então, irá demonstrar em que aspectos alcançamos êxito e em quais retrocedemos, reiniciando o ciclo.

3.2 Etapas da avaliação

Ao iniciarmos a avaliação, é necessário que algumas questões preliminares estejam bem claras, por exemplo:

- Para quem será realizada a avaliação?
- O que avaliar?
- Como avaliar?
- Para que avaliar?
- Por que avaliar?

O esclarecimento dessas perguntas nos oferece um eixo norteador de reflexão sobre as etapas necessárias à realização da avaliação. Essas etapas poderiam ser como se apresentam a seguir (CBPH, 2001).

1) Envolver os interessados na avaliação

Significa:

- ✓ Identificar os envolvidos na avaliação;
- ✓ Entender interesses e expectativas;
- ✓ Obter participação no processo;
- ✓ Discutir sobre pontos de vista, preocupações, apoio, interesses e necessidades;
- ✓ Negociar possíveis conflitos de interesses.

Realizar essa etapa é importante na medida em que visa:

- ✓ Estabelecer ambiente favorável para a avaliação;
- ✓ Esclarecer o objetivo da avaliação (por que avaliar?);
- ✓ Tornar o processo pedagógico e participativo;
- ✓ Promover a diversidade de pontos de vista sobre o programa;
- ✓ Aumentar a possibilidade do uso dos resultados da avaliação (utilidade);
- ✓ Aumentar a ética e a credibilidade da avaliação.

2) Coleta e análise dos dados

Significa:

- ✓ Construir o consenso sobre os indicadores, critérios e padrões para avaliação;
- ✓ Escolher métodos e técnicas de coleta e análise de dados para medir os critérios e indicadores selecionados;
- ✓ Apresentar resultados mais significativos.

3) Julgamento das conclusões

Significa:

- ✓ Distinguir os aspectos envolvidos no julgamento da intervenção;
- ✓ Justificar as conclusões da avaliação, ou seja, pactuar os padrões a serem utilizados no julgamento de valor;
- ✓ Apresentar as recomendações aos interessados/envolvidos;
- ✓ Tomar decisão sobre a intervenção.

4) Comunicação e uso das lições aprendidas

Significa:

- ✓ Identificar estratégias para compartilhar as lições aprendidas com a avaliação (no início, durante o desenvolvimento e finalização);
- ✓ Identificar os aspectos centrais para a elaboração de relatórios de avaliação com fins de divulgação das informações com os setores envolvidos;
- ✓ Garantir a utilização dos resultados da avaliação mediante a elaboração de plano de ação contendo as medidas a serem tomadas a partir dos resultados da avaliação.

3.3 Considerações finais

É importante termos em mente que a avaliação é um método muito útil no sentido de apontar caminhos para a melhoria da qualidade, mas que esta não pode por si só responder a todos os nossos questionamentos, pelo contrário, os resultados podem, inclusive, gerar novas questões avaliativas.

Nesse caso, nosso papel enquanto avaliadores, seja internos ou externos, deve ser o de fazer sucessivas aproximações com o objeto a ser avaliado no sentido de promover mudanças que contemplem a dinamicidade com que os processos acontecem em saúde, além de ativamente buscar compreender os fatores de contexto que influenciam dada realidade.





na Atenção Primária
à Saúde





UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

4.

MC 32

Melhoria Contínua da Qualidade



AVALIAÇÃO E QUALIDADE

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Iracema de Almeida Benevides⁵ e Marina Mendes⁶

⁵ Médica, especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família. Mestre na área de políticas e gestão da saúde pela Universidade Bocconi, de Milão.

⁶ Odontóloga-sanitarista, pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas/Imip).

na Atenção Primária
à Saúde



A adoção da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante de diversos sistemas de saúde nacionais e internacionais já é realidade. No entanto, a operacionalização nos remete à discussão sobre o desafio de pôr em prática modelos compatíveis com as complexas necessidades da população e a adoção de práticas que permitam ofertar atenção contínua e integral, com qualidade e humanizada.

Nesse sentido, a avaliação vem assumindo caráter importante uma vez que a prática permite apontar evidências que indicam que os sistemas de atenção à saúde com forte orientação para a APS são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; são mais efetivos na forma de enfrentar a situação epidemiológica e das condições crônicas; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres, reduzindo os gastos de pessoas e famílias; e de maior qualidade por colocar ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças e ofertarem tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; OMS, 2008).

Starfield (2002), baseada nas ideias de Donabedian, propôs um modelo para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde. Este considera a qualidade da atenção por meio de duas vertentes: a perspectiva clínica e a populacional. A partir da perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais sobre a saúde dos pacientes. Vista pela perspectiva populacional, a preocupação está centrada no impacto dos programas e sistemas de saúde na população e a redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais.

No cenário nacional, a Estratégia Saúde da Família é considerada o projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS). A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção primária no Brasil.

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita buscar maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, configurando-se a ideia de redes de atenção à saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela atenção primária (MENDES, 2009).

A avaliação é uma forma de consciência prática, ferramenta indispensável para os atores sociais. Nesse sentido, o primeiro usuário de qualquer programa são os profissionais envolvidos

com o desenvolvimento, daí a relevância da adesão para o êxito da intervenção (MENDES et al., 2010; FELICIANO; KOVAC; SARINHO, 2008). O trabalho em saúde é fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos. Merhy (2002) propõe que se tomem como eixo analítico vital dos modelos technoassistenciais as tecnologias leves e o modo de articulação com as outras tecnologias. Esse autor toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos, e classifica as tecnologias em três tipos: duras, leve/duras e leves.

As tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos.

As tecnologias leve/duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho. São as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros. Caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo.

As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

Assim a natureza dos problemas envolvidos na complexidade da Atenção Primária à Saúde amplia o escopo da avaliação da qualidade ao considerar a intersubjetividade como inerente à produção do cuidado.

Em 1994, a ESF foi implantada como um programa, o Programa Saúde da Família (PSF). Inicia-se, assim, processo dinâmico de proposição, implantação e avanço desse modelo de atenção primária para o contexto brasileiro. Nos primeiros documentos sobre o PSF, o Ministério da Saúde o define como “modelo de assistência à saúde que vai desenvolver

ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade por meio de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (BRASIL, 1994).

Uma característica observada na trajetória do SF é que, no momento do seu surgimento, em 1994, foi tomada por muitos sanitaristas e gestores como modelo alternativo, sendo, por um lado, até bastante criticado pela academia. Por outro lado, também cativou muitas lideranças intelectuais do campo da saúde, sendo defendido como proposta muito inovadora e criativa para a organização da atenção primária no País (GOULART, 2007). Atualmente agrega consensos e é considerada política de Estado, tendo apresentado crescimento contínuo e execução em todas as gestões federais desde a sua criação.

A partir de 1998, com a implementação dos incentivos financeiros previstos na NOB 1996, o novo modelo de APS ampliou-se de forma acelerada no País, tendo se consolidado como principal estratégia de prestação de um conjunto de serviços dirigidos às famílias e comunidades brasileiras. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como vem sendo denominada institucionalmente nos últimos anos, pode ser considerada uma das políticas de saúde de maior êxito já observadas na história brasileira. Em 2008, ano em que se comemorou 15 anos de existência, foram contabilizadas mais de 29.000 equipes de Saúde da Família distribuídas em mais de 90% dos municípios brasileiros, envolvendo um contingente de mais de meio milhão de trabalhadores. Em agosto de 2010, esse número superou 31.400 equipes, apontando um ritmo contínuo de crescimento*.

O modelo proposto tem demonstrado ser apropriado e eficaz nos mais diferentes contextos do País, tanto para os municípios pequenos como para os grandes centros urbanos. Alguns estudos apontam superioridade em relação ao modelo convencional, destacando as vantagens em relação ao vínculo e o seguimento longitudinal da clientela (MACINCKO et al., 2006; FACCHINI et al., 2006). Porém diversos nós

*www.saude.gov.br/dab

críticos também têm sido apontados, entre eles, a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde (CONILL, 2002; GIOVANELLA, 2009). Indubitavelmente, a SF representou enorme salto em direção à ampliação do acesso aos serviços de saúde para muitos brasileiros e vem buscando superar desafios relacionados à qualificação da atenção prestada e de seus profissionais, além de outros desafios mais específicos da gestão e do financiamento.

Considerando o papel da avaliação enquanto subsídio para a melhoria das ações, a partir de 2003, o Departamento de Atenção Básica investiu muitos esforços na institucionalização. Nesse contexto e em consonância com a necessidade de aprimoramento da Estratégia Saúde da Família em face do acelerado crescimento, em 2005, foi lançado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), objetivando impulsionar processos avaliativos e de melhoria da qualidade especificamente no âmbito municipal. Trata-se de uma metodologia de autogestão para Melhoria Contínua da Qualidade, à qual os gestores municipais aderem livremente. Não existem incentivos financeiros relacionados à adesão, assim também como não está previsto nenhum tipo de sanção vinculada aos resultados obtidos.

O AMQ utiliza a abordagem sistêmica de Donabedian, que contempla elementos de estrutura, processo e resultados. Os instrumentos de avaliação privilegiam e enfatizam os elementos de processo, pressupondo que a mudança no nível organizacional conduz a resultados melhores. Ainda que em menor número, aspectos ligados à estrutura e resultados também são tomados como parâmetros para a avaliação da qualidade.

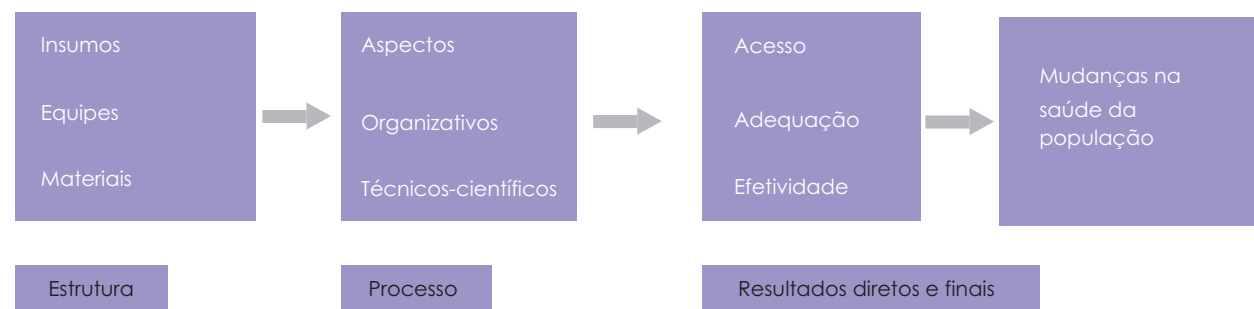


Figura 1 – Elementos para avaliação da Estratégia Saúde da Família. Fonte: (BRASIL, 2008)

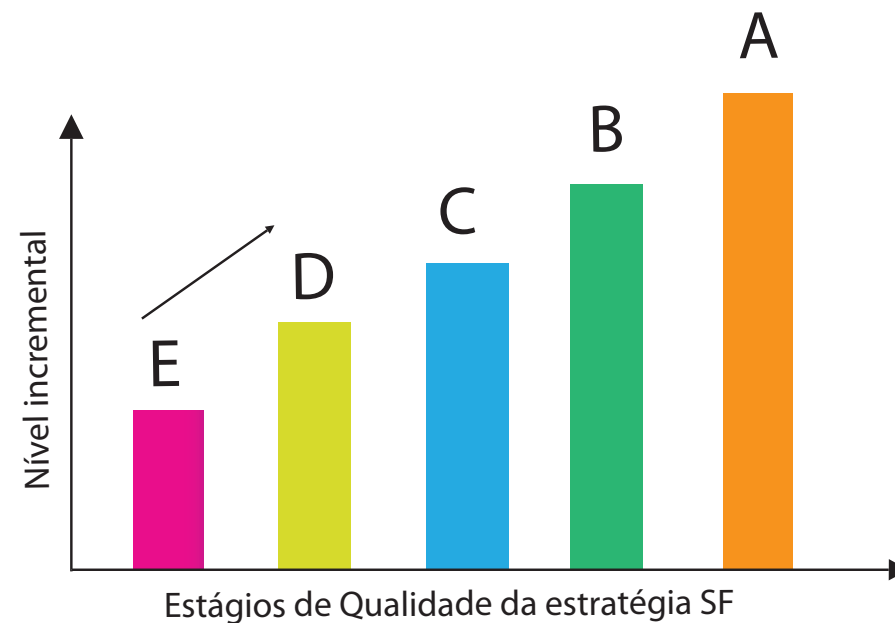
Com base nos princípios organizativos e operacionais da ESF, originalmente propostos na NOAS e posteriormente revistos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foram definidas as principais dimensões e subdimensões que deveriam compor os instrumentos de autoavaliação e análise da qualidade, conforme pode ser visto no quadro a seguir.

Dimensão	Subdimensão	Público-alvo
Desenvolvimento da ESF	Implantação/implementação	Gestor
	Integração da rede de serviços	
	Gestão do trabalho	
	Fortalecimento da gestão SF	
Coordenação técnica das equipes	Planejamento e integração	Coordenação da atenção primária/Saúde da Família
	Acompanhamento da ESF	
	Educação permanente	
	Gestão da avaliação	
	Normatização	
Unidade SF	Infraestrutura e equipamentos da USF	Coordenação da USF
	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	
Consolidação do modelo de atenção	Organização do trabalho	Equipe SF
	Acolhimento, humanização, responsabilização	
	Promoção da saúde	
	Participação comunitária	
	Vigilância à saúde I: ações gerais	
Atenção à saúde	Saúde de crianças	Profissionais de nível superior
	Saúde de adolescentes	
	Saúde de mulheres e homens adultos	
	Saúde de idosos	
	Vigilância à saúde II: doenças transmissíveis	
	Vigilância à saúde III: agravos regionalizados	

Quadro 2 – Dimensões, subdimensões e público-alvo do AMQ. Fonte: (Adaptado: BRASIL, 2008)

Para cada conjunto temático ou subdimensão, foram propostos padrões de qualidade do tipo categórico (sim ou não) adotados como referência consensual de parâmetros ideais de qualidade. Na versão definitiva, chegou-se a um total de 300 padrões, classificados em cinco estágios de qualidade: E/Elementar; D/Desenvolvimento, C/Consolidado, B/Bom, A/Avançado. Estes representam estágios incrementais que vão da estrutura ao resultado, passando pelo processo, conforme mostra a figura abaixo.

Figura 2 – Estágios incrementais da qualidade. Fonte: (Adaptado: BRASIL, 2008)



No decorrer da elaboração, as dimensões do AMQ foram lapidadas para se tornarem instrumentos de autoavaliação com o público-alvo específico. Assim, foram desenvolvidos cinco “tipos” de instrumentos avaliativos, cada um deles voltado a um ator ou grupo definido de atores: gestor municipal da saúde, coordenador da Estratégia Saúde da Família, responsável pela Unidade de Saúde da Família e equipes. Além dos instrumentos de autoavaliação, o projeto oferece um modelo de matriz de intervenção, baseado no PDCA, como suporte para o planejamento das ações de melhoria/mudança.

A utilização dos recursos do AMQ configura o trilhar de um verdadeiro ciclo de melhoria da qualidade, ainda que de maneira simplificada. A etapa de resposta aos instrumentos constitui a identificação dos problemas e a matriz de intervenção proposta engloba as etapas da intervenção e acompanhamento das mudanças. Ao utilizar todos os recursos oferecidos pelo AMQ, os participantes exercitam o ciclo de maneira dinâmica e integrada. O projeto está descrito em detalhes no documento técnico do projeto AMQ (BRASIL, 2008).

A adesão ao AMQ vem crescendo paulatinamente desde 2005. Em maio de 2010, o monitoramento do projeto pelo DAB identificou mais de 1.000 municípios cadastrados no aplicativo do projeto, significando a disseminação da proposta. Entretanto, efetivamente apenas em torno de 2.000 equipes haviam iniciado as autoavaliações até aquele momento. Dessas, número ainda menor conseguiu realizar a segunda

e a terceira autoavaliação. Embora sejam números ainda pequenos, se comparados à magnitude da ESF no País, representam grau muito positivo de esforço e determinação de implantação.

4.1 Considerações finais

Nos últimos anos, a avaliação de programas e serviços de saúde tem crescido no Brasil não apenas no campo acadêmico, mas nas diversas tentativas de trazê-la para o cotidiano dos serviços. A exigência cada vez maior de se promover um aperfeiçoamento contínuo dos programas e serviços ofertados coloca o modelo teórico da avaliação da qualidade como importante instrumento para a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

Esse impulso que a avaliação encontrou no campo da saúde é especialmente significativo na APS, campo fértil e ávido por suas contribuições. Os movimentos em torno da institucionalização da atenção básica geraram frutos muito valiosos, entre eles o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ).

No campo das tecnologias em saúde, o projeto AMQ é caracterizado como uma tecnologia leve/dura, pois seus componentes (documento técnico, cadernos) contemplam saberes estruturados e conhecimentos produzidos em diversas áreas da saúde, contribuindo para orientar o trabalho.

Na prática, a operacionalização do AMQ está relacionada à concepção de tecnologias leves, que revelam no trabalho vivo, em ato, a importância das relações de interação e subjetividade. Nesse sentido, não é possível mais planejar as atividades sem pensar no movimento dos atores que as executam. Portanto, colaboração e sinergia não podem ser algo ao acaso, contando apenas com a boa vontade de cada profissional. É necessário valorizar mais os laços, vínculos, respeito e responsabilização para promover o cuidado.

É esse potencial de mobilização que o projeto AMQ vem proporciona-



do quando promove a reflexão dos atores em relação ao papel de cada um, suas motivações, responsabilidades (individuais e coletivas), e o que é possível transformar a partir da análise da governabilidade e da valorização das relações interpessoais (tecnologias leves) como diretriz de cooperação para atingir a melhoria da qualidade.

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a atenção básica (FELISBERTO, 2004). A intenção maior é desencadear um processo de construção de teias de saberes e práticas, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde e abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

**na Atenção Primária
à Saúde**

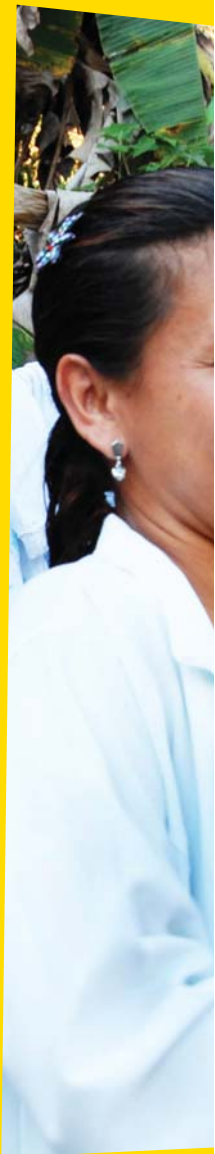




SUS
Sistema Único de Saúde



5.





MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE (MCQ)

Carlos Eduardo Aguilera Campos⁷ , Luis Pisco⁸ e Thiago Dias Sarti⁹

7 Professor-adjunto do Programa de Atenção Primária à Saúde – DMP – FM – UFRJ Brasil.

8 Médico de Família MS Portugal.

9 Médico de Família e Comunidade, professor assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Brasil.

na Atenção Primária
à Saúde



5.1 Os processos de implantação de programas de qualidade

Existem muitas definições e termos para designar o processo de implantação e implementação de programas de qualidade em organizações. Estas decorrem de processos criados por vários de seus idealizadores ao longo da história. As mais comuns são:

Garantia da qualidade

Atividades planejadas e sistemáticas que, de forma integrada, podem garantir a qualidade desejada até ser alcançada. O enfoque à qualidade dos processos é considerado fundamental para alcançar a qualidade dos produtos.

Gestão da qualidade

Enfatiza a gestão global da organização. Abrange os aspectos administrativos, técnicos e organizacionais.

Gestão pela qualidade total

Uma filosofia de gestão, um compromisso com a excelência, permitindo a satisfação de todas as partes interessadas na organização, a satisfação e foco nos usuários internos e externos, apoio e estímulo do nível superior da gestão, buscar a eficiência e a eficácia dos processos, utilização de indicadores-chave para se obter uma base comparativa dos níveis de qualidade.

Historicamente, a garantia da qualidade foi a principal estratégia para implantação e implementação de programas de qualidade nos serviços de saúde. Esses programas sempre tiveram como foco principal a prática médica e a mudança dos processos de trabalho cujo fim era sempre um procedimento médico. Geralmente iniciavam com a avaliação da performance da atenção médica a partir de indicadores previamente estabelecidos. Com esse diagnóstico, ações para a correção dos problemas identificados eram postas em prática com o intuito de melhorar a qualidade do serviço de saúde. Contudo, um problema comum nesses programas é que, uma vez alcançado um nível mínimo de qualidade previamente estabelecido, os esforços eram interrompidos sem novas avaliações ou investimentos, e questões mais complexas que envolviam toda a organização geralmente não eram abordadas.

Surgindo como posição crítica a essa forma de execução de programas de qualidade em saúde, desenvolve-se nova metodologia de melhoria da qualidade conhecida como Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), que propõe que a garantia da qualidade seja apenas o primeiro passo de um processo amplo e contínuo de melhoria da qualidade em saúde.

Melhoria Contínua da Qualidade/MCQ (*Continuous Quality Improvement/CQI*)

Imprimir mudanças permanentes nos processos e alcançar resultados em saúde por meio de ações conduzidas por seus integrantes, com o tempo, recursos e capacidades de que dispõem em sua rotina, de forma a atender às expectativas e assegurar a satisfação dos usuários.

Sistema estruturado de modo a criar a mais ampla participação de toda a organização no planejamento e execução de uma melhoria contínua dos procedimentos e atuação para ir não só ao encontro das necessidades dos usuários como também ultrapassá-las.

Deve haver atenção permanente a mudanças que se fazem necessárias de acordo com as mudanças das necessidades de saúde dos usuários.

As necessidades e as expectativas dos usuários são o ponto de partida para a melhoria da qualidade, não havendo sentido propor melhorias se não agregarem valor ao usuário do serviço. As organizações têm que criar um movimento contínuo de melhorias onde o objetivo não é somente alcançar padrões de atenção à saúde, ou vê-los como um limite a ser atingido, mas sim ultrapassar esses padrões. Essa foi a visão do autor para propor o ciclo de melhoria contínua, conforme a sequência: planejar – executar – verificar – implementar (no original, plan – do – check – action ou PDCA). O PDCA pode ser considerado o precursor dos processos posteriores de ciclos de melhoria disponíveis na literatura.



Figura 3 – O círculo PDCA da qualidade. Fonte: (Adaptado: MALIK; SCHIESARI, 1998).

Para realizar esse ciclo, é necessário eliminar o medo de cometer erros, instituir a formação em qualidade e envolver todos os integrantes da organização na missão de melhorar o que fazem em todos os níveis. São condições essenciais para o sucesso da iniciativa:

- Todas as pessoas devem estar motivadas e comprometidas, entendendo o significado dessa missão;
- A espiral da qualidade traduz-se em contínua ação centrada na satisfação das necessidades dos usuários e na melhoria contínua de produtos, processos de trabalho, tecnologias, condições de trabalho, relação com o público, motivação dos profissionais e satisfação dos profissionais e usuários.

Contudo, um dos maiores desafios na utilização desses círculos de qualidade seria qual a metodologia mais adequada para sua implantação e implementação no cotidiano dos serviços de saúde. A ideia dos círculos de qualidade caracteriza-se pela formação de grupos de participação voluntária que se reúnem regularmente para, por meio de instrumentos simples, identificar problemas analisando as causas da existência ou não de níveis satisfatórios de qualidade e propondo soluções sobre serviços, produtos, clima social da organização e diminuição de custos. Essa metodologia fomenta a gestão participativa, sendo os resultados a diminuição do medo de cometer erros, a instituição da formação contínua em qualidade e o envolvimento de todos os integrantes da organização para a sua melhoria.

Partindo dessa perspectiva, existem grupos de profissionais em toda a Europa que realizam avaliações internas nos serviços de saúde, incluindo os de atenção primária, de forma a identificar os problemas e propor soluções, conseqüentemente melhorando o nível de qualidade desses serviços. Esses grupos surgiram na Holanda, em 1979, e expandiram-se para outros países europeus nos anos 80 e 90, tornando-se métodos importantes para a melhoria da qualidade em cuidados primários. Esses métodos são bem aceitos entre os profissionais e sua principal característica é a de encorajar a participação voluntária, a avaliação e a Melhoria Contínua da Qualidade por meio de auditorias internas, adaptação e desenvolvimento de protocolos, discussão

crítica das práticas desenvolvidas e planejamento de mudanças.

A metodologia mais utilizada por esses grupos é a avaliação entre pares (*peer review groups*), em que pequenos grupos de médicos (no caso da Europa) ou profissionais de diversas áreas do campo da saúde se reúnem voluntariamente para avaliar a própria prática e pôr em prática mudanças que melhorem a qualidade do cuidado ao usuário de seu serviço. Há também os chamados grupos de melhoria da qualidade (*quality improvement groups*), que se dedicam a avaliar, propor e implantar melhorias da qualidade utilizando a metodologia dos círculos de qualidade.

Definição dos círculos da qualidade

Grupos de três a 12 integrantes que trabalham em um mesmo serviço que, de forma voluntária, reúnem-se regularmente durante uma hora por semana durante o horário de trabalho, habitualmente sob a liderança do superior hierárquico, para identificar, analisar e resolver alguns problemas do trabalho diário, apresentando soluções e implementando-as eles próprios, tendo sido obviamente treinados para isso.

5.2 Sobre as condições para a melhoria da qualidade

Alguns princípios da MCQ

Considerar obrigatoriamente o ponto de vista do usuário

Contar com a participação ativa dos integrantes

Ser uma atividade desenvolvida no âmbito interno do serviço e fazer parte da rotina de trabalho

Prevenir os erros por meio de correções com foco prioritário nos processos de trabalho

Crer que o que está bom pode ser indefinidamente melhorado

Não permitir limitações ou entraves externos à atuação da equipe

Ter o apoio e o compromisso das chefias ou dos níveis hierárquicos superiores da gerência

A garantia da qualidade, a MCQ e o monitoramento da qualidade constituem-se em métodos que buscam estruturar ações que se organizam em um programa interno de qualidade, cujos objetivos devem ser bem definidos. Esses métodos envolvem um processo dinâmico e participativo de identificação de problemas e definição de propostas para a sua solução, com a concretização de ações.

O ciclo de melhoria da qualidade é um processo contínuo em que a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros preestabelecidos, a definição de objetivos e metas, a implementação de ações e o retorno à avaliação após um prazo determinado.

Esse trabalho de equipe não deve ser encarado nem concebido como um exercício acadêmico ou projeto de pesquisa, mas deve estar adequado para ser desenvolvido como parte integrante da rotina de trabalho. Para isso devem-se buscar metodologias e instrumentos apropriados e factíveis.

Para que um programa de MCQ cumpra os objetivos, são necessárias as seguintes condições:

- ✓ Existência de uma decisão superior da gestão em proporcionar as condições que não estão ao alcance da equipe;
- ✓ Definir os responsáveis pelas ações;
- ✓ Provocar mudanças concretas no sentido de um serviço de melhor qualidade.

É importante frisar que vários trabalhos mostram ganho em efetividade e qualidade da atenção à saúde, trabalho em equipe e mudança da cultura organizacional com a implantação de ações de melhoria contínua da qualidade. Essa constatação é de particular importância para o Sistema Único de Saúde. Boa parte da história do SUS foi dedicada à consolidação de seu marco jurídico e legal, com a expansão de serviços de saúde e o fortalecimento democrático de suas instituições. No entanto, após mais de 20 anos de sua criação, cabe discutir como melhorar a qualidade de seus serviços, e as ações de MCQ podem contribuir nessa missão.

E, para que isso ocorra, cabe alertar para o fato de que frequentemente as atividades de Melhoria Contínua da Qualidade não atingem os objetivos. Os fatores responsáveis por esse panorama podem estar relacionados à dimensão macropolítica da organização, isto é, ao papel das chefias ou gestores, financiamento, organogramas e governabilidade sobre os problemas; ou à dimensão micropolítica, isto é, mais diretamente aos profissionais e práticas cotidianas.

Assim, com relação aos obstáculos para a MCQ, no âmbito macropolítico das organizações, podemos citar:

- ✓ Utilização de metodologias inadequadas tanto para o planejamento quanto para a implantação de estratégias de MCQ;
- ✓ Insuficiente envolvimento das chefias, bem como insuficiência técnica destas quanto aos aspectos teóricos e práticos da MCQ;
- ✓ Mudanças frequentes nos quadros que ocupam os cargos de chefia, impossibilitando o aprendizado longitudinal da organização como um todo, além de constantes mudanças na filosofia de trabalho;

✓ Gasto excessivo de tempo na discussão teórica e no planejamento das ações, com desgaste prévio à implantação do plano de melhoria da qualidade.

No âmbito micropolítico das instituições de saúde, podemos citar:

✓ Baixa adesão dos profissionais aos processos de MCQ, limitando o potencial dessa estratégia em efetivamente reorientar processos nos serviços;

✓ Percepção dos profissionais de que a MCQ apenas aumentará ainda mais a carga de trabalho em um contexto onde geralmente já estão sobrecarregados com a demanda por atendimento;

✓ Percepção dos profissionais de que os benefícios obtidos não justificam o esforço gasto com a MCQ, instaurando-se um sentimento de tempo perdido;

✓ Excesso de atividades não diretamente relacionadas ao processo de MCQ, dificultando a dedicação dos profissionais à execução das atividades;

✓ Dificuldades dos profissionais em transformar práticas e processos, cristalizados no tempo por uma cultura organizacional burocrática e enrijecida.

Essa exposição dos problemas que podem prejudicar os esforços para uma efetiva implantação da MCQ em um serviço serve para destacar que, para melhorar a qualidade de um serviço de saúde, é necessário que: (a) todos desejem essa transformação; (b) todos saibam como fazê-la acontecer; e (c) disponham-se dos recursos necessários para essa transformação, sejam financeiros, humanos, políticos, sejam culturais.

Nesse sentido, não basta a enfermeira querer resolver os problemas no acolhimento da equipe ou USF se ela não tem o aval da coordenadora, assim como não é suficiente que essa coordenadora queira melhorar o fluxo de marcação de consulta de especialidades na unidade se toda a Secretaria Municipal de Saúde não estiver preocupada e envolvida nisso.

Outro aspecto que merece ser comentado é a resistência de alguns profissionais em mudar as práticas. Ideias como “não tem jeito, sempre foi assim, isso não vai mudar nunca” ou “só querem saber de nos dar

mais trabalho” muitas vezes estão enraizadas no cotidiano dos serviços e impedem qualquer iniciativa de mudança. Em outros momentos, os profissionais se encontram esgotados física e emocionalmente com os problemas que os afligem em seu serviço e acabam por criar barreiras de proteção contra qualquer nova iniciativa, sem perceber que só conseguirão sair dessa situação com a modificação dos processos de trabalho inadequados.

Assim, a MCQ pode e deve ser encarada não apenas como mais trabalho, mas também como possibilidade de tornar o trabalho em saúde mais efetivo, mais eficiente, mais qualificado e por que não mais prazeroso e recompensador. Mas, para isso, é necessário que se saiba fazer e se tenha os recursos à mão.

5.3 O Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade

A MCQ costuma ser posta em prática por meio de Ciclos de Melhoria Contínua da Qualidade. Aplicados no enfrentamento de problemas e em pequenas mudanças organizacionais, é crescente a utilização e difusão desses círculos, bem como a tentativa de desenvolver novos enfoques na área. Em geral, esses ciclos sistematizarão o processo, definindo as diferentes e consecutivas fases do processo de MCQ de forma a racionalizar o processo de avaliação, diagnóstico, planejamento e tomada de decisões. Também se faz pertinente a utilização de ciclos de melhoria da qualidade na medida em que indicam as fases onde diferentes ferramentas poderão ser utilizadas com maior propriedade.

Apresentaremos agora, de maneira sucinta, as diversas etapas que compõem um Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade. As ferramentas mais adequadas para trabalhar cada uma das etapas serão também apresentadas.

O Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade da ESF/AB compõe-se dos seguintes momentos ou etapas:

Momento 1: Avaliar e monitorar.

Momento 2: Eleger a área para a melhoria.

Momento 3: Definir o problema.

Momento 4: Descrever o processo.



- Momento 5: Estabelecer os padrões desejados.
 Momento 6: Selecionar os nós críticos e os fatores relacionados.
 Momento 7: Planejar as mudanças.
 Momento 8: Implantar as soluções.
 Momento 9: Avaliar e monitorar.



Figura 4 – Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade. Fonte: (PISCO, 2005).

As etapas aqui descritas têm função didática. Dependendo do problema a ser abordado, será possível pular etapas ou ordená-las em sequências diferentes. O importante é conduzir o processo, do problema para a solução! E de forma participativa pela equipe! O método não tem um fim em si mesmo, mas deve ser encarado como facilitador das mudanças. Ciclos mais curtos podem e devem ser tentados em equipes mais amadurecidas, conforme elas vão se apropriando do processo. É importante que se busque inovar para além das ações tradicionalmente “programadas”. Alguns problemas vão necessitar de maior aprofundamento, outros de ações mais imediatas sem necessidade de cumprimento de todas as etapas do ciclo. Isso ficará evidente quando as equipes começarem o trabalho.

Momento 1: Avaliar e monitorar

Todo processo de MCQ se inicia com uma avaliação. Nessa etapa, o foco está na identificação dos problemas de um serviço, programa, projeto, setor ou de um processo qualquer, independentemente do tamanho ou complexidade. Apenas com a adequada realização dessa etapa as demais funcionarão na plenitude.

Nessa etapa, frisa-se também a importância de se estabelecer processos de monitoramento das ações de cada etapa do Ciclo de MCQ, de forma a identificar precocemente desvios nos objetivos ou nos processos planejados inicialmente, possibilitando correção de rumo em tempo oportuno sem que se inviabilize toda a estratégia.

O projeto AMQ favorece que as equipes avaliem o seu trabalho segundo estruturas, processo e resultados com vistas à MCQ.

Momento 2: Eleger a área para a melhoria

No decorrer do processo avaliativo, ou em decorrência de preferências de um ou mais integrantes da equipe, ou ainda devido às prioridades colocadas pelos usuários ou pela gestão, uma área poderá se destacar entre outras para a ação de mudanças. Por exemplo, saúde da mulher poderá ser uma área a ser priorizada devido a uma política de atenção básica ou uma reivindicação da comunidade. A vigilância poderá em outro momento ser escolhida devido ao quadro adverso encontrado, e assim por diante. A área a ser escolhida obedece a um desejo ou opção do grupo frente a uma percepção de que em determinado momento há mais problemas a ser enfrentados.

Momento 3: Definir o problema

Quase todos os processos avaliativos feitos na primeira etapa encontrarão uma série de problemas que demandarão ações dos atores envolvidos com o serviço ou programa. Contudo, quase nunca poderemos intervir em todos os problemas ao mesmo tempo, sendo importante a priorização de alguns de cada vez. Assim, nessa etapa serão utilizadas ferramentas que facilitarão o processo de priorização e seleção do(s) problema(s) a ser(em) solucionado(s) em um Ciclo de MCQ.

Infelizmente, grande parte dos insucessos vistos em programas de MCQ decorre de inadequado processo de seleção de problemas. Isso faz com que a probabilidade de se obter a sua solução seja pequena, gerando insatisfação e a percepção de que os esforços são infrutíferos, o que acarretará maior dificuldade de se implantar novos Ciclos de MCQ.

Problema de saúde

Algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social que está analisando determinada situação no que se refere aos riscos à saúde, as formas de adoecimento e morte, a organização e funcionamento do serviço.

Tabela 1 – Classificação de problemas por tipo e complexidade

	Processo e resultado	Estrutura
Específico	Problema tipo I Utilização de antibióticos na IRA Seguimento dos pacientes com dislipidemia Recepção às pacientes com atraso menstrual Diagnóstico e tratamento das infecções urinárias	Problema tipo II Organização da porta de entrada Implantação de programa de atenção ao adolescente Capacitação de enfermeiros no pré-natal Mudança do horário da unidade
Geral	Problema tipo III Controle de pacientes com doenças crônicas Cuidados integrais ao alcoolista crônico Atendimento pré-natal	Problema tipo IV Organização e funcionamento da equipe Revisão do sistema de referência e contrarreferência da unidade Realização de um plano de educação continuada para a equipe

Fonte: (Adaptado: PISCO, 2005).

É muito importante que as equipes se concentrem em problemas do tipo I, isto é, específicos e de processo ou resultado. Aqueles de tipo III também poderão ser enfrentados, se bem que irão demandar mais tempo e trabalho. Os do tipo II e IV têm menor influência da equipe e devem ser evitados.

Momento 4: Descrever o processo

Ao selecionar o problema, cabe aos envolvidos definirem suas características e magnitude, bem como o impacto desse problema na organização do serviço e na saúde da população. Poderão ser utilizadas informações quantitativas e qualitativas para que os profissionais tenham a exata noção do problema e assim possam identificá-lo como inaceitável no contexto do serviço e passível de resolução.

Aqui, o grupo já avaliou o serviço ou programa, identificou os problemas e priorizou a intervenção em um ou mais deles, bem como já entendeu suas principais características e magnitude,

criando a consciência coletiva da necessidade de se estabelecer ações para a solução. Será necessário agora passar para uma análise mais detalhada dos processos de trabalho nos quais o problema foi localizado. Um retrato da situação atual. Detalhar as rotinas e fluxos, bem como a sequência das ações que são realizadas, é importante. O levantamento de dados deve dar noção mais precisa do problema incluindo suas variáveis causais.

Momento 5: Estabelecer os padrões desejados

Depois de delineados os fluxos e as rotinas que compõem os processos onde foram identificados os problemas, torna-se importante passar para uma etapa onde serão estabelecidos os padrões desejados para cada fração do processo. Aqui, estaremos em busca da imagem-objetivo de todo o Ciclo de MCQ. A partir desses padrões desejados é que as mudanças serão planejadas, sendo importante lembrar que deverão ser alcançáveis e baseados em evidências científicas. Aqui, é aconselhável consultar diretrizes, referências de boas práticas etc.

Momento 6: Selecionar os nós críticos e os fatores relacionados

Agora que a equipe já compreendeu os fluxos e as rotinas dos processos problemáticos e está diante do ideal a ser alcançado, é o momento de identificar e selecionar os nós críticos a ser solucionados, ou seja, entre todas as causas identificadas, quais serão manejadas inicialmente.

Momento 7: Planejar as mudanças

Ao identificar o foco das intervenções, quer dizer, as causas dos problemas priorizados, é chegada a hora de planejar essas intervenções. Identificar os recursos necessários, avaliar a governabilidade da equipe na solução de cada uma dessas causas levantadas, apontar as ações necessárias para a mudança no processo, estabelecer as responsabilidades de cada participante e as metas a ser alcançadas com os respectivos prazos.

Momento 8: Implantar as soluções

Uma vez concluídas todas as etapas precedentes, esse é o momento da intervenção propriamente dita. Os atores, cientes de suas atribuições e conscientes da importância da mudança pretendida, estarão aptos a pôr em prática o que ficou estabelecido na etapa de planejamento.

Momento 9: Avaliar e monitorar

Um ponto fundamental é a indispensável avaliação no final de um Ciclo de MCQ, em que a efetividade das ações poderá ser vislumbrada e os problemas na condução do processo poderão ser mais bem compreendidos, possibilitando o aprendizado dos envolvidos e a melhoria dos processos de tomada de decisão nos Ciclos de MCQ subsequentes.



na Atenção Primária
a Saúde



6.

Melhoria Continua
da Qualidade



Parte II Métodos

PREPARANDO O TERRENO PARA TRABALHAR A MCQ

Carlos Eduardo Aguilera Campos¹⁰ , Luis Pisco¹¹ e Thiago Dias Sarti¹²

10 Professor-adjunto do Programa de Atenção Primária à Saúde – DMP – FM – UFRJ Brasil.

11 Médico de Família MS Portugal.

12 Médico de Família e Comunidade, professor assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Brasil.

na Atenção Primária
à Saúde



Melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária não é tarefa simples. Vários serão os obstáculos encontrados pelos profissionais das equipes de saúde que dificultarão os esforços na avaliação do serviço, na busca e análise das informações, no planejamento das ações e na execução da intervenção.

Diversas forças atuarão no sentido contrário do que se almeja; o desânimo e o comodismo poderão acabar por prevalecer ao final, cristalizando práticas e processos de trabalho que não estão alcançando aquilo que é desejável em termos de efetividade e satisfação do usuário.

Preparar o ambiente do serviço de saúde para a realização dos ciclos de melhoria da qualidade exigirá esforços prévios de mobilização de todos os atores envolvidos (gestores, profissionais, funcionários técnico-administrativos, lideranças e usuários). Os profissionais deverão estar empenhados em suas atribuições e devem-se garantir as condições necessárias para que se inicie e termine o ciclo de melhoria da qualidade. Do contrário, pouca coisa efetivamente irá mudar. E não conseguiremos somente modificar a situação de nossos serviços, como fortaleceremos a ideia de que esses empreendimentos não nos levam a nada e que todo o esforço não compensa diante dos escassos resultados alcançados.

Fatores-chave para a Melhoria Contínua da Qualidade

Missão

Ambiente

Planejamento

Predisposição à mudança

Liderança

Envolvimento profissional

Suporte

Integração e coordenação

6.1 Saber aonde se quer chegar: valores, missão e estratégias de uma equipe de saúde

Para que um grupo possa avaliar e buscar melhorias de forma contínua, seus objetivos finalísticos devem estar baseados em valores mais gerais compartilhados por todos. Valores são um conjunto de crenças e princípios que irão moldar a cultura organizacional. Estão muitas vezes no inconsciente coletivo das equipes e modificam-se lentamente, pois expressam uma forma de posicionar-se da organização diante da sociedade, referindo-se a uma determinada visão de mundo. Incluem aspectos filosóficos, políticos, éticos e gerenciais que irão moldar comportamentos e atitudes. A explicitação desses valores auxilia na formação e consolidação da equipe, que passa a se posicionar como um time quando entende sua representação na sociedade.

No contexto da Atenção Primária à Saúde e do SUS, todas as tarefas cotidianas estarão imersas nos princípios e referenciais fundamentais destes, tais como:

- ✓ A saúde como bem público;
- ✓ O SUS como direito dos cidadãos;
- ✓ A equidade e a defesa da vida;
- ✓ O compromisso com a qualidade de vida;
- ✓ A função social e o papel do servidor público na área da saúde;
- ✓ A ampla participação popular e a democratização da sociedade;
- ✓ O respeito à diversidade e à autodeterminação dos indivíduos;
- ✓ A valorização das expectativas dos usuários;
- ✓ A ética nas relações de trabalho;
- ✓ A consciência ecológica e o meio ambiente.

Ao construir consensos e princípios comuns, os indivíduos começam a se posicionar frente ao ambiente externo da organização. Ao descrever a missão, uma equipe não só assume determinados valores, como também compromissos diante dos usuários e da opinião pública. Estes passam a ser uma carta de princípios a unir os seus integrantes e um norte para lembrar sempre a própria identidade. Nenhuma equipe poderá melhorar o seu trabalho se não sabe, a médio e longo prazo, onde pretende chegar e o que pretende alcançar.

A missão de uma equipe ou serviço de saúde pode incluir os seguintes aspectos:

- ✓ Objetivos e propósitos;
- ✓ Área de atuação e os usuários a serem atendidos;

- ✓ Benefícios e serviços que devem receber os usuários;
- ✓ Ações, local e respectivo campo de atuação;
- ✓ Imagem pública, valores e compromissos.

É a partir dessa missão que saberemos se o serviço, a equipe ou o profissional está no caminho correto ou se precisa de uma correção de rumo.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), a missão da Atenção Primária à Saúde seria:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Dessa forma, os serviços de atenção primária deveriam, em acordo com a realidade local e com os recursos disponíveis para a organização, se adequar a essa missão geral da APS.

Exercício

Estabelecendo a missão da equipe e do serviço de saúde

O grupo deve elaborar um texto que exprima o entendimento de todos sobre qual é a missão da equipe ou do serviço em que atuam e divulgá-lo por meio de um cartaz afixado em lugar visível no serviço de saúde.



6.2 Mudar a lógica do trabalho em grupo pela lógica do trabalho em equipe

Além de se estabelecer a missão da organização, o modelo de atuação dos profissionais em seu cotidiano no serviço de saúde é um ponto fundamental para o sucesso dos processos de melhoria da qualidade. Para Peduzzi (2001), há basicamente dois tipos de equipes: aquela que atua como um agregado de profissionais com funções e atividades justapostas e aquela cujas ações são integradas e articuladas, estando a tônica do trabalho na interação dos profissionais que a compõem. Vamos chamar o primeiro modelo de trabalho em grupo e o segundo de trabalho em equipe.

O trabalho em equipe seria aquele onde os profissionais atuam no sentido de vencer a fragmentação do cuidado presente no trabalho em grupo. Há uma preocupação em articular as ações e tornar a comunicação entre os profissionais a mais dinâmica possível, tudo com o objetivo de se trabalhar na ótica da integralidade das ações e na elaboração de projetos assistenciais comuns.

No trabalho em grupo, ao contrário, as demarcações técnicas entre os profissionais, embora presentes em ambos os tipos, são fortemente realçadas e as ações são desarticuladas e executadas sem noção de continuidade ou integração. A comunicação é burocrática ou informal e a atenção à saúde do usuário é fragmentada. Uma analogia possível seria o trabalho de diversos profissionais dispostos como caixinhas justapostas independentes umas das outras.

Para a MCQ, o trabalho em equipe é fundamental. Dificilmente conseguiremos completar um ciclo de melhoria da qualidade em ambiente caracterizado pelo agrupamento dos profissionais sem efetiva interação das ações. Assim, o fortalecimento do trabalho em equipe deve ser uma meta conjunta à melhoria da qualidade do serviço.

EXERCÍCIO

Refleta individualmente e/ou discuta em grupo quais seriam as principais características de uma equipe de saúde

- Os membros sentem-se integrantes de um time?
- Os objetivos e resultados são definidos de forma coletiva?
- Há união e apoio entre os integrantes para enfrentar adversidades, buscar soluções e atingir metas?
- Existe consciência comum sobre interesses, valores e vocação?
- Os sucessos e insucessos da equipe são mais considerados e valorizados que erros e acertos individuais?
- Quais são os valores sociais, humanos e organizacionais que os membros do grupo compartilham?

6.3 Criar uma cultura organizacional que incentive e focalize a qualidade

Criar uma cultura organizacional que incentive a qualidade se inicia com o compromisso por uma gestão participativa. As necessidades e as opiniões dos membros das equipes têm grande importância e sempre são levadas em conta. A motivação por melhores resultados deve ser estimulada em todos os níveis.

Um ambiente positivo inclui ainda:

- ✓ Deveres e direitos claros e explicitados;
- ✓ Clara discussão, definição e detalhamento das atribuições e tarefas que as diversas categorias profissionais ou setores têm a desempenhar;
- ✓ Reconhecimento do valor de cada integrante na equipe;
- ✓ Igualdade e imparcialidade nas relações interpessoais e decisões gerenciais;
- ✓ Delegação de responsabilidades;
- ✓ Autonomia de atuação segundo compromissos assumidos;
- ✓ Canais de comunicação abertos em todos os níveis;
- ✓ Disseminação e acesso à informação do interesse dos profissionais;
- ✓ Filosofia de trabalho claramente definida, discutida e compartilhada;



- ✓ Encorajamento às novas ideias e iniciativas que visem melhorar processos e desempenhos no trabalho;
- ✓ Preocupação com ambientes saudáveis, confortáveis e agradáveis de trabalho, incluindo o aspecto visual;
- ✓ Valorização das atividades que visem o aperfeiçoamento profissional;
- ✓ Criação de espaços que permitam a interação entre os profissionais.

No processo de planejamento, a qualidade deve fazer parte dos objetivos estratégicos dos serviços e da organização. Isso significa atender a requisitos básicos para garantir um ambiente em que se possa melhorar a qualidade, tais como a adequação do volume de trabalho; a atenção com as competências técnicas; a escuta permanente às opiniões e sugestões de profissionais e usuários.

O planejamento participativo é essencial para estimular a busca da qualidade pelas equipes. Nesse sentido, a predisposição às mudanças deve ser compromisso da gestão e das equipes. A liderança tem peso importante para a MCQ, uma vez que aqueles indivíduos reconhecidos e respeitados por suas capacidades, atitudes e habilidades frente ao grupo podem influir decididamente para a adoção de ações de qualidade. Não é, portanto, questão de escolher “chefes”, mas sensibilizar os que têm grande influência sobre as opiniões e decisões das equipes para a importância do trabalho.

Todos os profissionais da equipe são importantes e considerados peças-chave para se alcançar qualidade. Assim, o processo de educação permanente deve contemplar a todos. As funções devem ser claras e definidas na equipe. O suporte à MCQ significa a permanente revisão dos equipamentos e recursos disponíveis na unidade. A decisão pela aquisição de novos equipamentos deve ser realizada de forma participativa pelos profissionais.

6.4 A consciência da qualidade

A qualidade começa com a tomada de consciência de sua importância. Ao longo da vida, muitas de nossas decisões foram baseadas na busca por qualidade: onde viver e trabalhar, o círculo de amizades, nosso estilo de vida, o que comprar e vestir. Essa busca também pode ser parte de nosso cotidiano como profissionais dos serviços de saúde, em particular na atenção primária.

EXERCÍCIO

Identificando e estimulando uma consciência de busca por qualidade

Responda “falso” ou “verdadeiro” para as assertivas descritas abaixo, de acordo com a sua consciência da qualidade, na vida particular ou no trabalho.

Este exercício pode ser feito de forma individual ou em grupo. Pode, por exemplo, ser utilizado como momento inicial de uma discussão sobre qualidade no serviço de saúde. Assim, poderão ser identificadas as diferentes concepções de qualidade presentes no grupo, propiciando oportunidades para a reflexão dos indivíduos.

_____ (1) A qualidade está mais ligada à prevenção do que à correção.

_____ (2) A qualidade pode ser sempre melhorada.

_____ (3) O processo “quanto mais simples melhor” é o mais adequado para assegurar a qualidade.

_____ (4) A razão mais importante para implementar a qualidade é a satisfação dos usuários.

_____ (5) É desnecessária uma atenção constante à qualidade.

_____ (6) As primeiras impressões não são importantes na criação de um ambiente de qualidade.

_____ (7) A qualidade está nas pequenas e grandes coisas.

_____ (8) Um programa de qualidade necessita do apoio dos órgãos de gestão para ser bem sucedido.

_____ (9) A melhor forma de transmitir os parâmetros de qualidade é a verbal.

_____ (10) A maioria das pessoas pretende fazer um trabalho de qualidade.

_____ (11) Os usuários não prestam muita atenção à qualidade.

_____ (12) Um programa de qualidade deve ser articulado com os objetivos da organização.

_____ (13) Qualidade significa conformidade das normas.

_____ (14) A qualidade deve estar presente em todos os aspectos da organização.

_____ (15) Os padrões de qualidade pessoal e organizacional pouco têm em comum.

_____ (16) A qualidade requer empenho.

_____ (17) A qualidade deve estar presente no objetivo e nos processos da organização.

_____ (18) As pessoas que falam da qualidade são idealistas.

Fonte: Adaptado de Bone e Griggs, 2000.

Observações:

Respostas verdadeiras: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 16 e 17.

Respostas falsas com comentários:

5. A qualidade não gera a si própria. Manter um programa de qualidade bem sucedido requer tempo, energia e criatividade.

6. A primeira impressão pode ser a única oportunidade de convencer sobre uma ideia, um serviço, o benefício de um produto ou ação.

11. Os usuários são atualmente sofisticados e exigentes e prestam muita atenção à qualidade.

15. Os padrões de qualidade pessoal e profissional são inseparáveis.

18. As pessoas que falam sobre qualidade são realistas. O sucesso depende da Melhoria Contínua da Qualidade.

Sem essa conscientização da necessidade de se prestar serviços de qualidade para os usuários, independentemente da classe social, pouco poderemos fazer para mudar nossa realidade. Nesse sentido, é importante entendermos que a qualidade dos serviços de saúde não é algo estático ou previamente dado, mas sim uma construção que se dá a partir de um objetivo mensurável. Assim, não se possui qualidade, pratica-se para que se possa alcançá-la.

6.5 Por que se deve melhorar a qualidade do serviço de saúde?

Essa é uma das perguntas mais importantes de serem feitas logo no início do processo de melhoria da qualidade de um serviço de saúde. É a partir da resposta que cada membro da equipe de saúde dá a essa questão que se saberá o real empenho da equipe para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e dos processos de trabalho.

EXERCÍCIO

Por que devo me preocupar em melhorar a qualidade do serviço de saúde no qual trabalho?

Abaixo está listada uma série de razões para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Dialogue, individualmente ou em grupo, com os pontos listados, buscando elencar as concordâncias e discordâncias. Tente também acrescentar novos pontos a essa lista. Com as respostas, pode-se trabalhar com aquilo que motiva cada membro da equipe, melhorando o empenho e aumentando a satisfação com o trabalho.

- ✓ Ser produtivo;
- ✓ Ter satisfação com resultados alcançados;
- ✓ Reforçar padrões de qualidade pessoal;
- ✓ Reforçar a confiança do usuário;
- ✓ Poder usar a criatividade;
- ✓ Gozar de boa reputação;
- ✓ Promover a dignidade humana;
- ✓ Contribuir para a sociedade;
- ✓ Criar uma visão clara da organização;
- ✓ Resolver problemas;
- ✓ Desenvolver a cooperação.

Acrescente suas razões

- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

Fonte: (Adaptado: BONE; GRIGGS, 2000)

6.6 Ninguém é perfeito: sempre é possível melhorar a qualidade

Por melhor que estejamos executando alguma tarefa ou ação, é possível sempre aprimorar a qualidade daquilo que fazemos. Essa é uma premissa básica a ser seguida no campo da avaliação e da melhoria da qualidade em qualquer área da atividade humana e, sem ela, dificilmente estaremos preparados e dispostos a trabalhar com a qualidade.



Muitos poderão citar diversos motivos que os levam a não trabalhar a qualidade:

- ✓ “Falta de tempo suficiente”;
- ✓ “Falta de estrutura”;
- ✓ “Falta de meios e recursos”;
- ✓ “Falta de apoio”;
- ✓ “Há quem faça pior”;
- ✓ “As coisas sempre foram assim”;
- ✓ “Isto é um sonho impossível”.

Esses sentimentos de impotência ou acomodação, atribuídos a si ou, mais frequentemente, aos outros, reforçam a falta de motivação para trabalhar com esse tema. Atribui-se geralmente aos superiores a responsabilidade pelas melhorias, esquecendo-se de que têm parcela significativa dessa responsabilidade, mas que o problema é de todos.

Um dos pontos que devem ser levados em conta é que tudo o que se faz em um serviço de saúde é uma construção humana e faz parte de uma micropolítica de relações sociais e de poder que fazem as coisas serem assim, e não de outro jeito. Os profissionais usarão de seus conhecimentos e experiências para construir uma série de processos de trabalho que darão identidade ao serviço de saúde. Contudo, como toda prática humana, essa identidade poderia ser outra.

O que se quer dizer é que não faz sentido afirmar, por exemplo, que “as coisas foram sempre assim” e que “não tem jeito de melhorar isso”. As coisas chegaram a determinado ponto a partir de nossa ação individual e coletiva e podem ser diferentes também por intermédio de nossa ação. E é com essa consciência de que podemos mudar algo que parece, em um primeiro momento, cristalizado e definido que devemos trabalhar em um processo de melhoria da qualidade.

Outra questão fundamental é termos em mente que nunca conseguiremos chegar a um estado de ausência de problemas ou de absoluta perfeição. Por mais bem organizado que seja determinado serviço de

saúde, sempre haverá algo com que se preocupar e melhorar. Não se está aqui criando obsessão por problemas, mas sim postura de inquietude que faz com que queiramos sempre melhorar em algum aspecto, ou seja, algo saudável que nos impulse e nos tire do comodismo.

6.7 Melhorar a qualidade não trata de buscar culpados

Diante de um problema, é muito comum adotarmos uma postura de buscar em algo ou alguém externo as causas deste. Posso identificar essa causa na conduta de um colega de trabalho ou mesmo culpar alguém ou uma instituição externa ao meu serviço. É interessante notar que, por um lado, frequentemente, aqueles que estão nos serviços culpam a coordenação e a gestão por uma série de problemas e, por outro lado, os dirigentes argumentam sobre a falta de compromisso ou dedicação das equipes. Instale-se, dessa forma, uma cadeia de lamentações que provavelmente nunca terá fim.

Isso não quer dizer que nunca devemos buscar os responsáveis por determinadas situações problemáticas encontradas no cotidiano dos serviços. Contudo, essa iniciativa de responsabilização não deve acontecer de forma superficial. Devemos estar sempre preocupados em entender profundamente os problemas com que nos deparamos e identificar as múltiplas redes causais responsáveis por eles, responsabilizando quem de fato é o culpado por isso.

Porém, essas dificuldades e contradições com que se deparam os trabalhadores da saúde são muito comuns e não devem ser atribuídas a pessoas ou grupos isoladamente. De uma forma geral, as causas dos problemas relacionam-se a falhas no processo e organização do trabalho que, em certa medida, independem de uma pessoa especificamente.

Por isso, é fundamental que diante de um problema façamos alguns questionamentos:

- ✓ Quais são as causas do problema?
- ✓ Quem são os responsáveis por cada uma dessas causas?
- ✓ Qual é a parcela de responsabilidade minha ou de minha equipe na gênese do problema?
- ✓ Como que, juntos, poderemos resolver o problema?



6.8 Qualidade é responsabilidade de todos

Nenhum serviço de atenção primária funciona com um único profissional. E, dentro da pluralidade de profissionais inseridos nas unidades de saúde, teremos pessoas de diferentes níveis de qualificação e formação. Dessa forma, nenhum processo de melhoria da qualidade poderá ser feito, no nível de um serviço de saúde, de forma isolada.

Se pararmos para observar novamente as etapas do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), poderemos ver que todas são necessariamente processos coletivos: avaliar, identificar e priorizar problemas, levantar dados, planejar, intervir e monitorar. E, por serem processos coletivos, não se darão sem negociações, conflitos e julgamentos.

Avaliar um trabalho em equipe é buscar consensos por meio de julgamentos diversos sobre o desempenho e a postura geral da equipe e de seus membros perante o trabalho. Portanto a avaliação é naturalmente conflituosa, dependente de julgamentos individuais, particulares e não facilmente replicáveis ou explicáveis. Devido à diversidade de interesses e julgamentos, deve-se, nos processos de análise, reforçar as premissas de interesses comuns. Sem a reconstrução da visão comum e o compartilhamento de valores e de práticas de trabalho, a desunião irá prevalecer.

Paulo Roberto Motta

Fonte: (Motta, 2001).

Trabalhar essas questões, conscientizando a todos sobre a necessidade de melhorar o serviço e sobre a responsabilidade de cada um nesse empreendimento, não é tarefa simples. Envolve conhecimento sobre metodologias de grupo e de melhoria da qualidade, mas também requer paciência e perseverança para vencer resistências e administrar insatisfações e conflitos. Em última instância, a MCQ não é apenas um processo técnico e científico, mas também um trabalho com a subjetividade do grupo.

Necessita-se, portanto, em todos os níveis, discutir e desenvolver ações visando a melhoria da qualidade porque temos problemas e porque esta é uma responsabilidade de todos. Geralmente cada integrante de uma equipe analisa subjetivamente seu desempenho. Para ser eficaz, porém, a análise precisa ser coletiva, sistemática e persistente. Ao partilhar com todos a opinião que se tem, muitos problemas que não eram sequer percebidos e identificados tornam-se visíveis e passam a ser preocupação da equipe. As mudanças não poderão ocorrer por meio de medidas isoladas de um indivíduo ou grupo sem a mobilização de todos.

EXERCÍCIO

Discuta em grupo

- ✓ A equipe, como um todo, está convencida que tem problemas de qualidade e que pode melhorar o desempenho?
- ✓ Como a equipe pode estabelecer uma atmosfera positiva e de confiança mútua para debater os problemas de qualidade?
- ✓ Quais seriam as condições necessárias, internamente e externamente (usuários e dirigentes), para estabelecer um diálogo aberto e amplo sobre os problemas de qualidade?
- ✓ Que motivações existem entre os integrantes da equipe para iniciar mudanças?

Cada indivíduo escreve em cartelas as principais dificuldades para o serviço atingir a qualidade, apresentando a seguir o seu ponto de vista. Colocam-se todas as cartelas em um quadro, buscando construir uma lista comum de equipe.

6.9 Melhorar os canais de comunicação em todos os níveis

As condições para a qualidade exigem um ambiente que estimule a participação, tomada de decisões, autoavaliação, comunicação aberta e resolução de conflitos entre os distintos níveis da organização. Portanto diálogo franco e predisposição às mudanças são importantes nessas situações em que existem visões distintas sobre a realidade a enfrentar.

A abertura para ouvir as diversas visões e pontos de vista sobre os problemas e as soluções que podem ser adotadas é fundamental. Um ambiente propício à Melhoria Contínua da Qualidade é aquele em que o profissional participa das decisões e realiza autoavaliações, em vez de ser, periodicamente, supervisionado ou auditado.

A existência de canais de comunicação permite a integração e a troca de ampla gama de visões sobre a realidade, buscando enriquecer o debate sobre as soluções dos problemas, com uma integração entre os diversos setores e uma coordenação efetiva para permitir resolução de conflitos. A ideia principal é a de que todos os que trabalham têm contribuições importantes a dar a partir da função que desempenham e do lugar que atuam.



6.10 Motivação e abertura de todos para a avaliação e melhoria da qualidade

O estímulo à participação, apontando a importância da contribuição de cada integrante nas avaliações e soluções, pode trazer bons resultados para a continuidade do trabalho. Muitas das reuniões consideradas administrativas tratam de temas muito importantes para a qualidade e esses assuntos devem ser incorporados à dinâmica da melhoria contínua, evitando que sejam tratados de forma burocrática e encaminhados sem uma discussão mais aprofundada e comprometida pelos integrantes da equipe.

Não se pode esperar, porém, que tudo se dará em total harmonia. Os conflitos fazem parte das relações de trabalho e devem ser encarados como oportunidades de diálogo e mudanças. A gestão deve ter sensibilidade para lidar com as críticas de maneira justa, estimulando que estas gerem soluções em vez de impasses. Nesse sentido, a comunicação franca e aberta pode estimular a abertura de todos para conviver com as diferenças, buscando objetivos comuns no trabalho.

Muitos desses fatores-chave são de responsabilidade de coordenações e gestores. Os profissionais dificilmente terão condições necessárias para implementar esse ambiente favorável sem uma decisão do sistema como um todo.

6.11 A relação entre profissionais e gestores: compatibilizando ideias e missão

As iniciativas visando a melhoria da qualidade podem ser tomadas por indivíduos ou grupos isoladamente. Por ser, porém, trabalho que exige persistência, continuidade, participação, tempo e, principalmente, im-

plantação de mudanças. Espera-se que haja compromisso institucional nesse sentido. Quando existe essa decisão por parte do corpo dirigente, a melhoria da qualidade se inicia pela formalização, então definida como uma das prioridades e propostas da organização como um todo. Assim deve haver documentos escritos que reflitam seus objetivos, alcance, proposta, mecanismos para detectar, avaliar e melhorar a qualidade da atenção.

A garantia de acesso à atenção, a adequação do número de pacientes à capacidade de atendimento, os programas de educação permanente e de garantia de qualidade abertos aos profissionais, a atualização tecnológica dos serviços, o reforço à autoestima e medidas que visem aumentar satisfação dos profissionais com o seu trabalho e, por fim, a ação contínua voltada para identificar as expectativas e as necessidades dos usuários são aspectos relevantes para a criação de ambiente institucional adequado à qualidade.

Apesar de ser condição importante, caso não haja também vontade compartilhada pelos profissionais de saúde, a decisão política não garante o sucesso de uma proposta de melhoria da qualidade. Quando a qualidade é apenas do interesse dos gestores, as questões a ser trabalhadas tendem a ser vistas como imposição. Pois, quando o tema é apresentado, isoladamente, pelo nível hierárquico superior, existe sempre o receio dos profissionais de que esta é mais uma iniciativa cujo objetivo é o “desejo de controlar as equipes”. A convergência e a concomitância de iniciativas entre os gestores, os profissionais e, ainda melhor, o interesse dos usuários irão assegurar propostas mais permanentes e promissoras.

A qualidade pressupõe uma organização comprometida formalmente com o tema, mas também com profissionais motivados, sensibilizados e capacitados para tal. Os dirigentes, gestores e profissionais devem dar prioridade para melhorar a qualidade da atenção que prestam à população. As preocupações e as prioridades variam de acordo com a pessoa, função e o cargo que ocupa.

Os gestores estão muitas vezes mais preocupados com os custos ou a “rentabilidade” dos serviços, em indicadores que atestem a saúde e a redução da morbidade e mortalidade, na satisfação dos pacientes com os serviços que são prestados e, por último, com as questões gerenciais em um sentido mais amplo. Os profissionais se preocupam com a avaliação de seu desempenho por parte dos gestores, com a adequação dos pacientes a um perfil ideal para o qual foram formados ou treinados, as condições materiais de trabalho e a garantia de acesso às condições técnicas e científicas de que necessitam para a prática clínica. Os pacientes estão preocupados com o atendimento às suas expectativas e necessidades ligadas ao acesso às consultas, marcação de exames e procedimentos, o tempo de espera, a atenção dispensada

pelos profissionais, conforto das instalações e também com o custo dos tratamentos e a presteza com que seus problemas são resolvidos.

Pode-se supor que os interesses dos gestores, profissionais e pacientes poderão, muitas vezes, ser divergentes. Há interesses que podem ser considerados comuns, mas outros serão fontes de atrito, como custos, marcação de consultas ou planos terapêuticos.

Dia da Qualidade – forma de colocar em prática tudo o que foi discutido até o momento

A equipe ou a coordenação de SF propõe a criação do Dia da Qualidade. Nessa data, uma ou mais equipes de Saúde da Família ou APS, conforme seleção prévia acordada entre coordenação e equipes, se dedicarão a realizar as tarefas de rotina dentro dos padrões que consideram ser ótimos para a prática de qualidade em saúde. Assim, cada profissional de saúde envolvido desempenhará as atividades no tempo considerado necessário, buscará trabalhar utilizando todos os insumos e equipamentos imprescindíveis para a efetividade do atendimento, buscará as interações necessárias com os demais profissionais da equipe, com as demais unidades de saúde, a coordenação de SF e a comunidade local para o atendimento às demandas e identificará possibilidades e limites na relação profissional/paciente, com o objetivo último de, ao final do dia, apresentar para o conjunto da equipe os estrangulamentos identificados, carências que devem ser superadas, novas formas de interação profissional para o aperfeiçoamento da equipe e do atendimento, tanto quanto as rotinas e condutas estabelecidas bem-sucedidas para encaminhamento aos gestores, visando comprometê-los nas propostas de solução para as dificuldades encontradas.

Como exemplo dessa ideia que parece tão simples, vale a pena citar a experiência de uma médica que atuava em um serviço de urgência utilizado por muitos pacientes que tinham vínculo com a ESF da região. Ela percebeu que não havia retorno (contrarreferência) do atendimento desses pacientes às equipes, que se ressentiam da falta dessas informações. Por iniciativa própria, essa médica criou em seu plantão, em parceria com o atendente, uma rotina em que as folhas de pronto-atendimento eram enviadas para as equipes. A partir da inserção, nessa folha, do nome do agente comunitário de saúde (ACS) responsável por aquele paciente e sua família, cada ACS recebeu o código de identificação para o arquivamento das folhas de atendimento por unidade de saúde e área correspondente. Nessa ocasião, o atendente percebeu a importância do seu trabalho para o efetivo fluxo dessas informações.

Essa rotina foi então incorporada pelos demais plantonistas e a coordenação da SF foi procurada para tomar ciência dessa ação. Desde então, um dos ACS passou a recolher junto ao atendente da urgência os formulários dos atendimentos de suas unidades para arquivá-los nos prontuários familiares.

O que melhorou depois disso?

- ✓ A satisfação dos pacientes, por terem segurança de que a equipe seria informada do atendimento de urgência;
- ✓ A qualidade do trabalho de todos, já que a ação dos plantonistas e atendentes passou a se centrar no “cliente externo” – o paciente;
- ✓ A motivação e a integração de todos os profissionais, quer seja da urgência, quer da SF.

O exemplo citado demonstra que muitas vezes ficamos tão absortos em nossas tarefas que não nos damos conta do “sistema” (trabalho em equipe) no qual estamos inseridos. Além disso, observamos que a instituição de uma mudança não necessitou de recursos adicionais ou ações complexas. Esta é a ideia central do processo de conscientização da qualidade: ações simples trazendo resultados brilhantes.



EXERCÍCIO DE REFLEXÃO

Considere as principais características da qualidade em equipes que prestam serviços de saúde:

- Processo de trabalho centrado no usuário;
- Relação produção/consumo integrado;
- Cooperação e interação como fator essencial;
- Produto e resultado final heterogêneo e de difícil verificação;
- Usuários em constante envolvimento e interação, determinando demandas e interferindo no processo de trabalho.

Agora reflita individualmente ou discuta em grupo as seguintes questões com base na experiência com o Dia da Qualidade:

1. Que estratégias podem ser as mais adequadas nesse tipo de trabalho que desenvolvemos?
2. Quais são as condições para o desenvolvimento de boas práticas de saúde em equipe considerando as características do nosso trabalho?
3. Qual é a diferença entre um trabalho de grupo e um trabalho em equipe?
4. Que interesses podem ser identificados entre os gestores, equipes e usuários? Quais deles são interesses comuns e quais estão em conflito ou contradição? Como lidar com essas diferenças?



7.





INTRODUZINDO AS FERRAMENTAS PARA A MCQ

Carlos Eduardo Aguilera Campos¹³, Luis Pisco¹⁴ e Thiago Dias Sarti¹⁵

13 Professor-adjunto do Programa de Atenção Primária à Saúde – DMP – FM – UFRJ Brasil.

14 Médico de Família MS Portugal.

15 Médico de Família e Comunidade, professor assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Brasil.

na Atenção Primária
à Saúde



As ferramentas da qualidade são técnicas que utilizamos com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. O uso não é difícil, porém devemos escolher a ferramenta mais adequada para cada etapa do ciclo. Os conhecimentos necessários são os básicos. Também podemos utilizar programas de computador, como editores de planilha, para processar os dados (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Aqui estão descritas 19 ferramentas da qualidade. Também está indicado qual o momento oportuno para utilizá-las, conforme a etapa ou momento em que a equipe se encontra no ciclo de melhoria da qualidade.

7.1 Ferramentas

Ferramenta 1: Brainstorming, chuva ou tempestade de ideias

Ferramenta 2: Grupo nominal

Ferramenta 3: Matriz de prioridades

Ferramenta 4: Histograma

Ferramenta 5: Diagrama de afinidade

Ferramenta 6: Fluxograma

Ferramenta 7: Análise SWOT

Ferramenta 8: Diagrama de causa e efeito

Ferramenta 9: Folha de verificação

Ferramenta 10: Diagrama de Pareto

Ferramenta 11: Diagrama em árvore

Ferramenta 12: 5W2H

Ferramenta 13: Benchmarking

Ferramenta 14: Análise de viabilidade

Ferramenta 15: Matriz de intervenção AMQ

Ferramenta 16: Carta de controle

Ferramenta 17: Gráfico de tendências

Ferramenta 18: Diagrama de dispersão

Ferramenta 19: Mural da qualidade

Etapas do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade e ferramentas da qualidade correspondentes.

Avaliar e monitorar	<i>Brainstorming</i> Gráfico de tendências Carta de controle
Eleger a área para melhoria	<i>Brainstorming</i> Grupo nominal Matriz de prioridades
Definir o problema	Folha de verificação Histograma Diagrama de Pareto
Descrever o processo	Diagrama de afinidades Fluxograma Diagrama de causa e efeito Diagrama em árvore
Estabelecer os padrões desejados	<i>Benchmarking</i>
Selecionar os nós críticos e fatores relacionados	Diagrama de causa e efeito Diagrama de Pareto Diagrama de dispersão Gráfico de tendências <i>Brainstorming</i>
Planejar as mudanças	Análise SWOT 5W2H Matriz de intervenção AMQ Análise de viabilidade
Aplicar as soluções	Matriz de intervenção AMQ
Todas	Mural da qualidade <i>Brainstorming</i>

Quadro 3 – As ferramentas da qualidade nas etapas do ciclo de melhoria contínua.

Fonte: Autoria própria.

7.1.1 Ferramenta 1: Brainstorming, chuva ou tempestade de ideias

Definição

Essa técnica consiste basicamente em permitir que um grupo de pessoas possa livremente expressar ideias sobre determinada área ou tópico previamente apresentado. A criatividade e a liberdade de pensamento e expressão são elementos-chave para o sucesso da aplicação. O ponto central dessa técnica é que a interação e a apresentação das ideias, por mais simples que sejam, estimulam a criatividade dos demais participantes.

Objetivo

A técnica do brainstorming pode ser utilizada para a identificação de problemas e para a coleta de dados sobre determinado programa ou serviço, bem como para a tomada de decisões durante todo o desenvolvimento do ciclo de melhoria da qualidade. Essa técnica pode ser usada para a geração de informações que serão utilizadas em todas as etapas do ciclo de melhoria.

Preparação para a aplicação da técnica

Deve-se escolher um tema para ser discutido na reunião. De preferência, deve ser de fácil entendimento por todos os presentes. Ex.: longas filas para pegar ficha para o atendimento médico se formam a partir das 4h.

Criar um ambiente descontraído e propício para a manifestação das opiniões de todos.

Uma pessoa deve ficar responsável por anotar as contribuições do grupo em um quadro ou flip-chart facilmente visualizado por todos.

Aplicação da técnica

O tema é apresentado aos presentes pelo facilitador da reunião. Nesse momento, não são necessárias explicações aprofundadas sobre o tema.

É importante recordar a necessidade de não criticar nenhuma ideia apresentada. Também não se devem promover grandes discussões sobre as questões levantadas nesse momento. Deve-se lembrar de que o objetivo dessa técnica é fazer um levantamento rápido das ideias do grupo. Assim, a sessão deve durar no máximo 15 minutos e o tempo de fala de cada participante por intervenção deve ser bastante curto.

Abre-se para a fala livre dos participantes. O facilitador pode optar por um entre dois métodos: deixar a fala completamente livre desde o início da sessão ou iniciar esse momento garantindo um tempo de fala para cada participante (no máximo 15 segundos), após o qual a fala passa a



ser livre. Os participantes podem expor uma ideia de cada vez, mas não se deve limitar o número de participações de cada um.

A exposição de ideias deve continuar até que o grupo esgote as possibilidades. Essas ideias devem ser anotadas utilizando-se as próprias expressões dos participantes.

Após o término dessa fase, inicia-se nova etapa onde os participantes analisam a lista completa de ideias apresentadas. Aqui, dúvidas podem ser sanadas e pontos confusos mais bem esclarecidos pelos próprios participantes. Essa etapa deve durar o tempo necessário para que todos os participantes tenham alcançado um entendimento comum sobre todos os pontos levantados na primeira etapa.

Em um terceiro momento, os tópicos que expressem a mesma ideia devem ser agrupados e a lista pode ser dividida em temas específicos, de forma a facilitar o uso do consolidado. Depois que a lista de ideias estiver fechada, as informações poderão ser utilizadas nas outras etapas do ciclo de melhoria da qualidade.

Exemplo

Os profissionais de uma unidade de Saúde da Família se reuniram após concluírem o preenchimento dos cadernos do AMQ e realizaram uma sessão de brainstorming com o seguinte tema: “Que áreas considero prioritárias e passíveis de melhoria a partir da autoavaliação AMQ?”.

A equipe apresentou as seguintes áreas como passíveis de melhoria:

- Organização do trabalho – referência e contrarreferência;
- Organização do trabalho – organização dos prontuários;
- Saúde da mulher – pré-natal;
- Saúde do adulto – hipertensão e diabetes;
- Saúde da criança – protocolos clínicos;
- Saúde do adolescente – gravidez na adolescência;
- Promoção da saúde – violência doméstica;
- Vigilância da saúde – dengue;
- Saúde do idoso – atenção domiciliar.

7.1.2 Ferramenta 2: Grupo nominal

Definição

Pode-se afirmar que a técnica do grupo nominal é continuação da técnica de brainstorming. A partir do momento em que o grupo levantou uma série de ideias, o grupo nominal servirá para priorizar ou ranquear esses pontos. É importante contar com a participação das mesmas pessoas presentes na tempestade de ideias.

Objetivo

O principal objetivo dessa técnica é ajudar o grupo a reduzir o número de ideias a uma quantidade passível de um adequado estudo e intervenção por parte do grupo e selecionar entre todas quais seriam as “melhores”.

Descrição

Os materiais necessários para essa técnica são os mesmos utilizados para o brainstorming. O facilitador deve enumerar as ideias levantadas durante a tempestade de ideias em uma matriz disposta em um quadro ou flip-chart de fácil visualização por todos os participantes. As pessoas presentes deverão então votar naquelas ideias que julguem prioritárias para manejo pelas equipes de saúde. Existem vários métodos para se fazer essa votação, não havendo um que pudéssemos dizer ser o melhor. Essa escolha vai depender da experiência dos participantes e do facilitador. Abaixo, apresentamos alguns desses métodos de votação:

1. Todos os participantes dão nota de zero a dez (esse limite pode mudar) para cada ideia levantada na tempestade de ideias, de acordo com a importância conferida pelo votante;
2. O facilitador ou coordenador da reunião indica um número máximo de ideias a ser priorizado em face dos recursos disponíveis (por exemplo, cinco ideias) e cada participante escolhe aqueles pontos dentro desse limite que julga mais pertinentes;
3. Os participantes poderão indicar a ordem simples de prioridade para cada ideia apresentada. Colocará “1” para o mais importante, “2” para o segundo mais importante, e assim sucessivamente.

Após essa votação, somam-se as importâncias dadas às ideias. Deve-se então construir uma segunda matriz, dispondo-as em uma sequência decrescente, conforme a prioridade dada pelos participantes a cada um dos pontos. No primeiro método de votação, a prioridade vai ser dada àqueles pontos que alcançarem maior pontuação; no segundo, àqueles que obtiverem maior número de indicações; e no terceiro, àqueles que obtiverem menor pontuação.

Exemplo



A partir do último exemplo, construiu-se a matriz de grupo nominal abaixo. Utilizou-se o primeiro método de votação com um limite máximo de prioridade de 20 pontos.

Área	1	2	3	4	5	6	7	Total
Saúde da mulher	17	20	13	18	9	14	18	109
Pré-natal								
Saúde do adolescente	15	20	10	9	14	13	12	93
Gravidez na adolescência								
Organização do trabalho	13	18	17	12	12	5	10	87
Acolhimento e recepção								
Vigilância à saúde	12	10	11	10	7	10	8	68
Controle da tuberculose								
Organização do trabalho	12	13	9	8	8	11	7	68
Registros clínicos								
Modelo de atenção	10	10	8	11	6	6	9	60
Cadastramento								
Saúde da criança	10	11	10	14	8	5	4	62
Infecção respiratória aguda								
Promoção da saúde	10	13	5	6	10	7	6	57
Rotina de visita domiciliar								

Figura 5 – Exemplo de Matriz de Grupo Nominal.

Fonte: Autoria própria

Como se pode observar, o pré-natal foi o que obteve a maior nota e, segundo o grupo de participantes, constitui a área de maior relevância no contexto daquele serviço.

7.1.3 Ferramenta 3: Matriz de prioridades

Definição

Técnica semelhante ao grupo nominal para priorização de problemas, utilizando para tal uma série de critérios que incluem a relevância da ideia ou problema para a organização, a percepção de gravidade ou pertinência da ideia ou problema por parte dos atores da organização, a governabilidade da equipe no enfrentamento do problema e a disponibilidade de recursos para o manejo do problema. Ou seja, a matriz de prioridades direciona o julgamento dos participantes, estabelecendo critérios de análise das ideias ou problemas levantados inicialmente, o que não acontece no grupo nominal, onde os profissionais estabelecem as notas livremente.

Objetivo

O principal objetivo da matriz de prioridades é priorizar um ou mais problemas entre uma lista de questões levantadas no momento inicial de identificação de problemas. Isso permite direcionar as ações a um número limitado de problemas, aumentando a efetividade das ações da equipe.

Descrição

Essa técnica é realizada após o momento inicial de levantamento de ideias ou problemas (por exemplo, tempestade de ideias).

Deve-se desenhar uma matriz com nove colunas e um número suficiente de linhas que comporte a quantidade de ideias levantadas no primeiro momento. Na primeira coluna, devem-se enumerar as ideias dos participantes do grupo. As demais devem ser numeradas de um a oito.

Os participantes deverão chegar a um consenso sobre qual importância vai conferir a cada um dos oito critérios de eleição da ideia ou problema, conferindo a eles valor que varia de + a ++++.

Os critérios de eleição de uma ideia ou problema são:

1. A equipe tem controle sobre as mudanças?
2. Os dados são obtidos regularmente?
3. O processo afeta muitos usuários?
4. Os membros concordam sobre sua importância?
5. Implica grave risco para a saúde?
6. Os recursos disponíveis são suficientes?
7. As pessoas envolvidas vão cooperar?
8. O processo envolvido é curto e limitado?

De acordo com o consenso alcançado pela equipe para cada critério de eleição em cada uma

das ideias elencadas, o facilitador vai preenchendo as colunas até completar a matriz. Após completar o preenchimento, prioriza-se um ou mais problemas de acordo com a somatória de cruzeiros de cada ponto da lista.

Exemplo

Seguindo o exemplo anterior, os profissionais construíram a seguinte matriz de prioridades:

Área	1	2	3	4	5	6	7	8
Saúde da mulher Pré-natal	+++	++	+++	++++	+	+++	+++	++++
Saúde do adolescente Gravidez na adolescência	+	++	+	++	++	+++	+	+++
Organização do trabalho Acolhimento e recepção	+	+	+++	++++	+	+	+	+
Vigilância à saúde Controle da tuberculose	+	+++	++	+	+	++	+	+
Organização do trabalho Registros clínicos	+	++	++	+	+	+++	+	+
Modelo de atenção Cadastramento	++	+	+	++	+	+	+	+
Saúde da criança Infecção respiratória aguda	+	+	+	++	+	++	+	+
Promoção da saúde Rotina de visita domiciliar	+	+	+	++	+	++	+	+

Figura 6 – Exemplo de Matriz de Prioridades.

Fonte: Autoria própria.

Como se pode ver, a área saúde da mulher “pré-natal” foi escolhida pela equipe como prioritária.

7.1.4 Ferramenta 4: Histograma

Definição

Histogramas são gráficos de barras justapostas, onde o eixo x corresponde aos valores da variável de interesse divididos geralmente em classes de mesmo tamanho. O eixo y corresponde à frequência absoluta ou relativa de cada classe da variável considerada. Assim, a altura de cada barra no histograma corresponderá ao valor absoluto ou relativo das respectivas classes.

Objetivo

Utiliza-se o histograma para observar a distribuição de determinada característica em um grupo ou população. A relativa facilidade de construção e análise, bem como a possibilidade de compreender objetivamente determinada população, torna essa ferramenta muito útil dentro do processo de melhoria da qualidade.

Descrição

Para construir um histograma, é necessária a ordenação dos dados e a definição da escala que será utilizada no eixo x para a descrição da variável. Em distribuições simples e com poucos casos, como os apresentados no exemplo abaixo, a construção do histograma pode ser feita sem grandes problemas.

Contudo, quando se dispõe de variáveis quantitativas contínuas ou variáveis discretas com muitos valores, algumas etapas devem ser seguidas para evitar erros comuns na confecção do gráfico.

O primeiro passo é obter a distribuição dos dados coletados. Por exemplo, vamos apresentar os dados de tempo para devolução do resultado dos exames de pré-natal no serviço de saúde considerado. Teremos:

8	7	5	1	10
10	4	14	5	12
7	3	10	2	2
6	15	7	3	6
6	9	2	11	3
5	12	5	2	8
9	1	6	9	1
2	15	11	9	7

N = 40

Fonte: (Adaptado: MALIK; SCHIESARI, 1998)

Pode-se observar que houve variação no número de dias necessários para o retorno do exame, sendo que o mínimo foi de um dia e o máximo de 15 dias. Assim, a amplitude R da tabulação é de:

$$R = V \text{ máx.} - V \text{ min.} = 15 - 1 = 14$$

Para determinar o número de classes (K) do eixo x, podemos nos basear na tabela abaixo:

Número de valores	Número de classes
Abaixo de 50	5 a 7
50 – 100	6 a 10
100 – 250	7 a 12
Acima de 500	10 a 20

Fonte: (Adaptado: MALIK; SCHIESARI, 1998)

Como nosso n é igual a 40, podemos ter cinco classes ($k = 5$), por exemplo.

Falta então calcular os limites inferior e superior de cada uma das seis classes que formarão o eixo x de nosso histograma. Para isso, antes temos que calcular o intervalo de cada classe com a fórmula $H = R/K$. No nosso exemplo, teremos:

$$H = R/K = 14/5 = 2,8 \approx 2$$

Calculado o intervalo de cada classe, podemos passar para a definição dos limites de cada classe. Faz-se isso iniciando pelo menor valor, entre os dados coletados, somando a este o valor do intervalo. No nosso exemplo, teremos então $1 + 2 = 3$. Assim, nossa primeira classe será de $[1 - 3]$. Para o cálculo da segunda classe, pegar um número imediatamente acima do limite superior da classe anterior e somar o intervalo, ou seja, $4 + 2 = 6$, sendo que a segunda classe será de $[4 - 6]$. Prosseguindo na regra, teremos os seguintes intervalos: $[1 - 3]$; $[4 - 6]$; $[7 - 9]$; $[10 - 12]$; $[13 - 15]$.

Tendo os limites de todas as classes, basta colocar as frequências (absoluta ou relativa) de observações em cada uma das classes e construir o gráfico com o auxílio de um editor de planilhas.

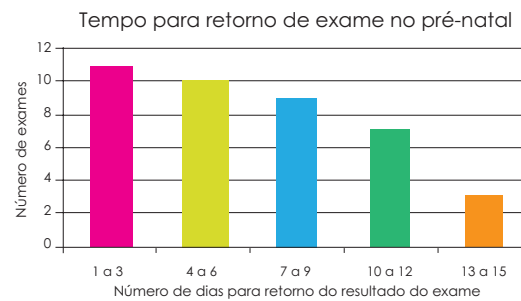


Figura 7 – Exemplo de Histograma. Fonte: Autoria própria.

Exemplo

Para entender melhor algumas características da população gestante da área adscrita na unidade de saúde tomada como exemplo até esse momento, alguns dados foram coletados, assim apresentados por meio de histogramas:

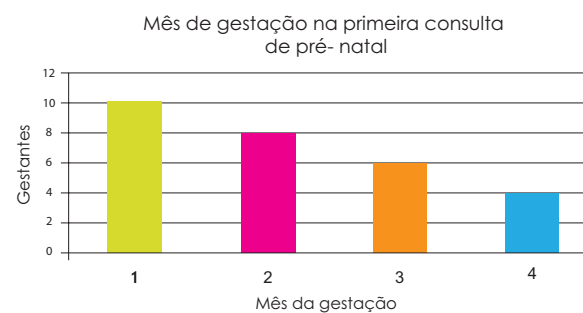


Figura 8 – Exemplo de Histograma. Fonte: Autoria própria.

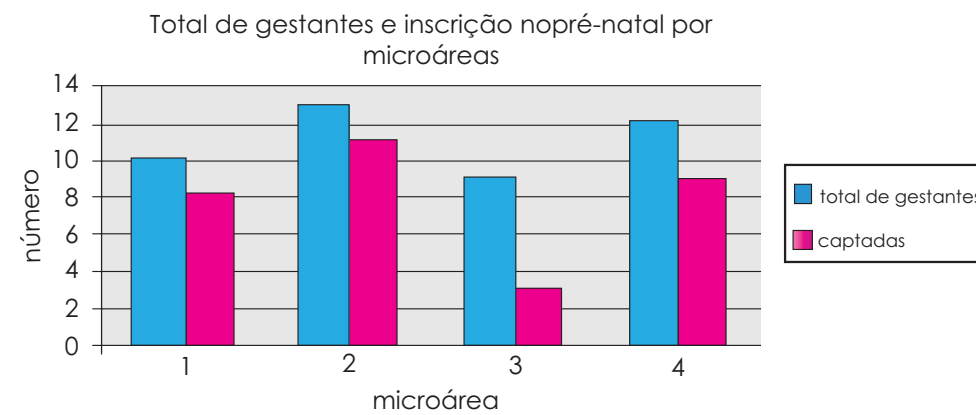


Figura 9 – Exemplo de Histograma. Fonte: Autoria própria.

7.1.5 Ferramenta 5: Diagrama de afinidade (método KJ)

Definição

Com a utilização de técnicas de levantamento livre de ideias, teremos em mãos, por um lado, grande quantidade de informações verbais qualitativas que deverão passar por um processo de categorização e organização. Por outro lado, com frequência, teremos dificuldades de obter dados quantitativos e estatísticos de qualidade para entender e resolver um problema.

O diagrama de afinidades é uma técnica de qualidade que busca agregar essas informações qualitativas em grupos similares, permitindo que os participantes de determinado grupo consigam visualizar mais facilmente os grupos de ideias presentes na listagem inicial levantada, por exemplo, na tempestade de ideias.

É uma ferramenta muito útil em situações de incerteza onde as ideias iniciais estão confusas e o grupo está com dificuldades de encontrar as causas do problema, possibilitando o alcance de consensos sobre as determinações do problema. É uma técnica que dispensa certa quantidade de tempo, não sendo recomendada para a solução de problemas simples de solução direta.

Objetivo

Entre os objetivos do diagrama de afinidades, podemos elencar:

- Organizar as ideias oriundas de um processo inicial de avaliação (por exemplo, brainstorming);
- Organizar as causas de determinado problema identificado pela equipe de saúde;
- Auxiliar a equipe na identificação de soluções para os problemas identificados;
- Identificar pontos de um problema que necessite de melhor explicação.

Descrição

A primeira etapa da confecção de um diagrama de afinidades é a realização de um brainstorming. Após a exposição de todos os participantes, as ideias que surgiram deverão ser transcritas para fichas de forma clara, sintética e de fácil visualização.

Todas as fichas devem estar visíveis para os participantes. Deve ter início um processo de agregar aquelas que são similares, ou seja, que estão relacionadas a um mesmo tema ou que são muito parecidas. Nesse momento, os participantes devem ser estimulados a usar a criatividade e intuição. Discordâncias podem surgir no decorrer dessa etapa, as quais devem ser manejadas com naturalidade. O importante é que se alcance um estado de consenso dos participantes quanto à

alocação das fichas nos diferentes grupos. É importante lembrar que nenhuma pode ficar isolada. Terminado o processo de alocação das fichas, um rótulo deverá ser formulado para cada um dos grupos formados. Esse rótulo deve expressar com objetividade o motivo pelo qual as fichas foram agrupadas nesse grupo.

Após os grupos estarem formados e rotulados, deve-se desenhar o diagrama final contendo os grupos e suas ideias. Feito o desenho, apresenta-se em formato oral e escrito para todos os presentes. Caso seja de interesse da equipe, podem-se determinar as relações entre as diversas fichas e rótulos por meio de setas.

Abaixo está um esquema de um diagrama hipotético mostrando o tema, os grupos e as ideias agrupadas em cada um deles, bem como algumas linhas de relação:

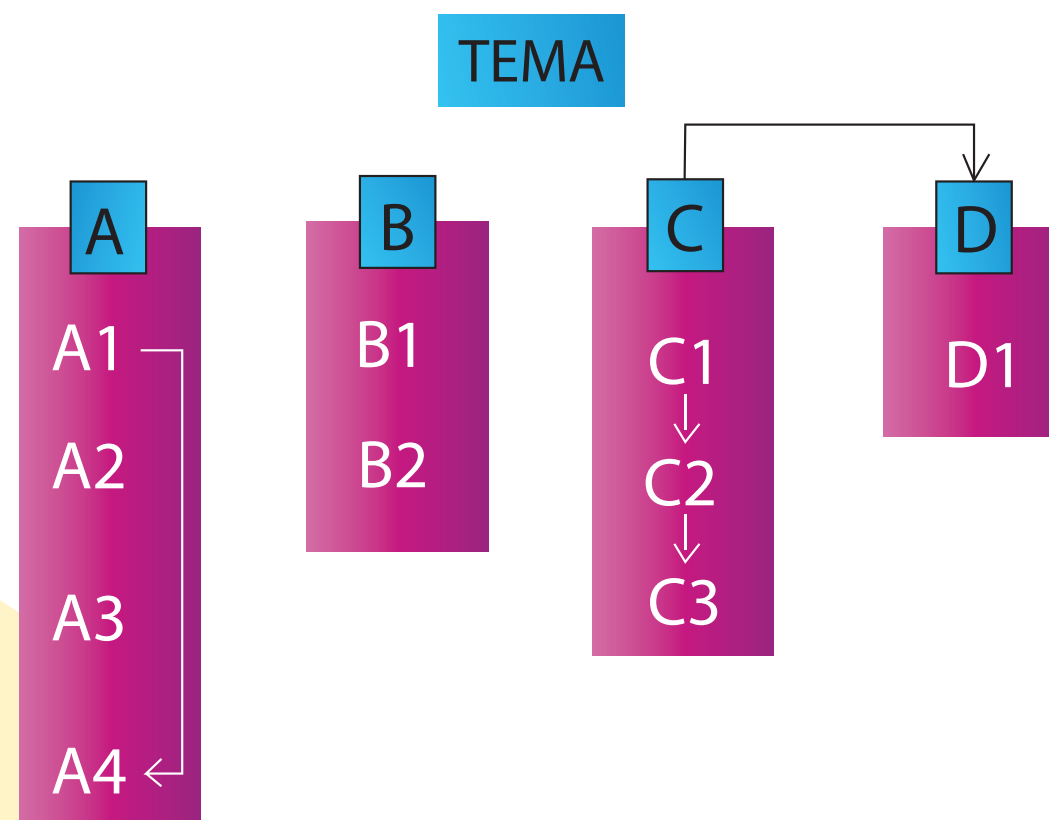


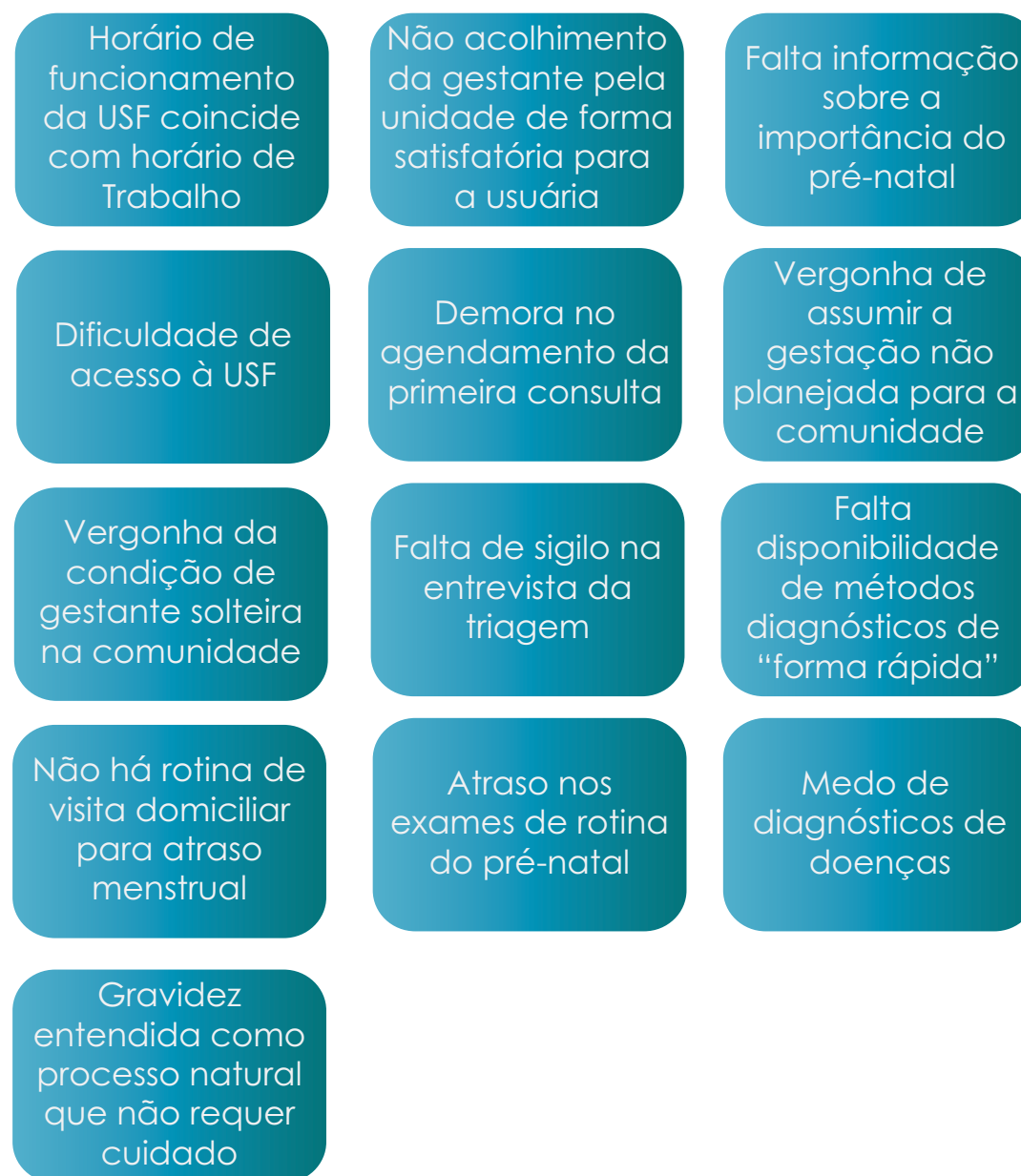
Figura 10 – Modelo de Diagrama de Afinidade. Fonte: (Adaptado: OAKLAND, 1994).

Exemplo

Uma equipe de saúde selecionou o pré-natal como área de intervenção e optou por realizar um *brainstorming* para levantar os problemas que estão sendo observados no cuidado das gestantes do território adscrito. Após a exposição das ideias de todos os membros da equipe, elas foram transcritas para fichas. O resultado foi:

Área: Pré-natal

Etapa 1: Cartões preenchidos pelos membros da equipe



Após terem agrupado as fichas em grupos afins, desenharam um diagrama como o exposto abaixo:

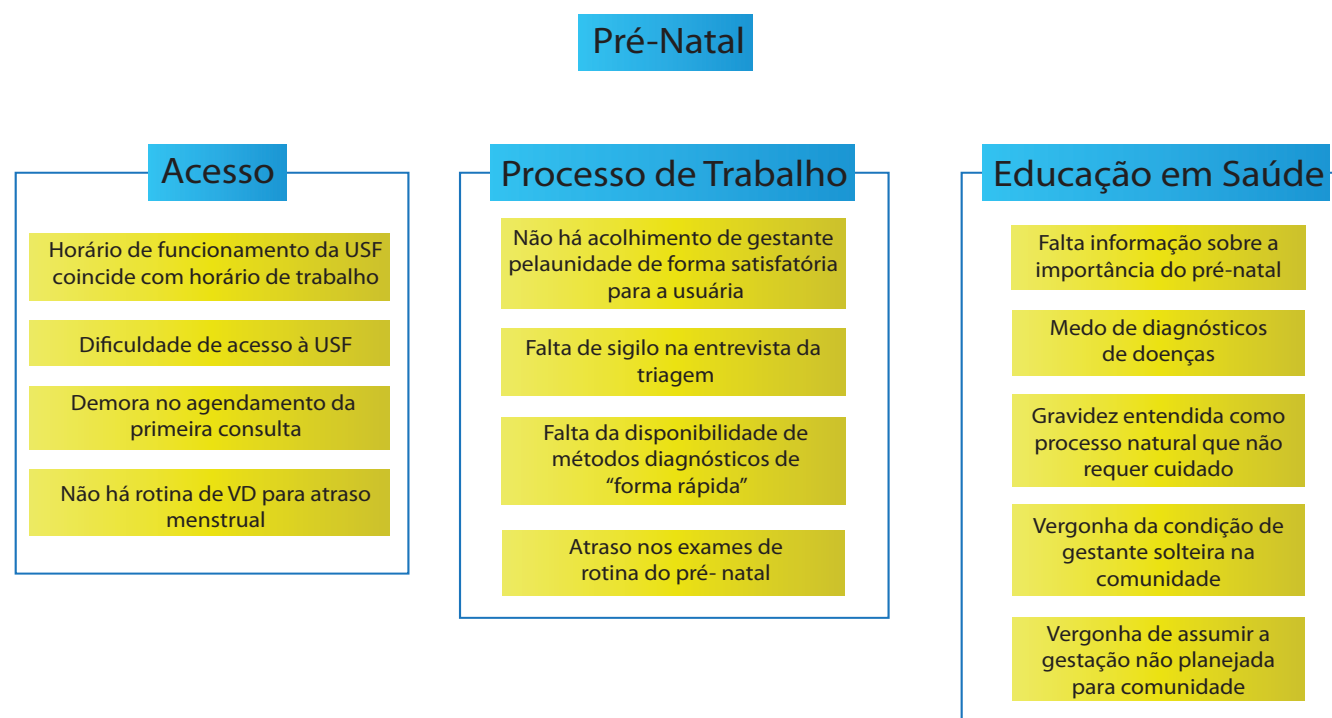


Figura 11 – Exemplo de Diagrama de Afinidade. Fonte: Autoria própria.

O resultado final é a baixa qualidade do pré-natal e a equipe passa a ter três focos de intervenção que demandarão de seus membros esforços para completar o ciclo de melhoria da qualidade.

7.1.6 Ferramenta 6: Fluxograma

Definição






São diagramas que representam processos, incluindo a sequência de seus passos, eventuais tomadas de decisões, alternativas e repetições. Documenta visualmente os processos.

Objetivo

Ter uma visão geral e compartilhada com toda a equipe sobre as diversas etapas do processo de trabalho envolvidas em determinada atividade, meio ou fim. Permite detalhamento e desdobramento de todas as ações, incluindo as decisões a se tomar. A partir da elaboração do fluxograma real, vivido por um ou mais pacientes, podem ser considerados os nós críticos e falhas cometidos no processo de trabalho comparados a um modelo ideal (protocolo ou rotina). Assim, podem ser propostas mudanças a fim de melhorar o desempenho de determinada atividade (pré-natal, controle da tuberculose etc.)

Descrição

Para a confecção do fluxograma, são utilizadas as seguintes convenções (MALIK; SCHIESARI, 1998):

	Fechamento, conclusões parciais ou final, saída de uma unidade produtiva
	Atividades, ações - realização de consultas, exames, procedimentos e tratamentos.
	Informações relevantes, por exemplo, as conclusões da equipe sobre diagnósticos com base em resultados de exames.
	Inflexão para decisões segundo informações novas sobre a história da doença (HD).
	Sintomas, queixas, possibilidades de resultados que podem mudar condutas terapêuticas, suspeita diagnóstica. Registros de resultados de exames, pareceres e solicitações entre serviços.

Etapas

1. Coletar dados;
2. Ordenar os fatos cronologicamente;
3. Identificar as ações e os procedimentos e as unidades assistenciais previamente utilizadas;
4. Entrevistar paciente e/ou profissionais para complementar o fluxograma (condutas; aspectos relacionais; integração de determinados serviços; tempos; falta de recursos – exames, medicamentos etc.);
5. Discriminar as diversas etapas segundo as convenções;
6. Montar o fluxograma no papel ou no computador;
7. Discutir o resultado em equipe;
8. Propor as mudanças para cada uma das falhas identificadas.

Exemplo de fluxograma

Momento 1

Fluxograma do Processo

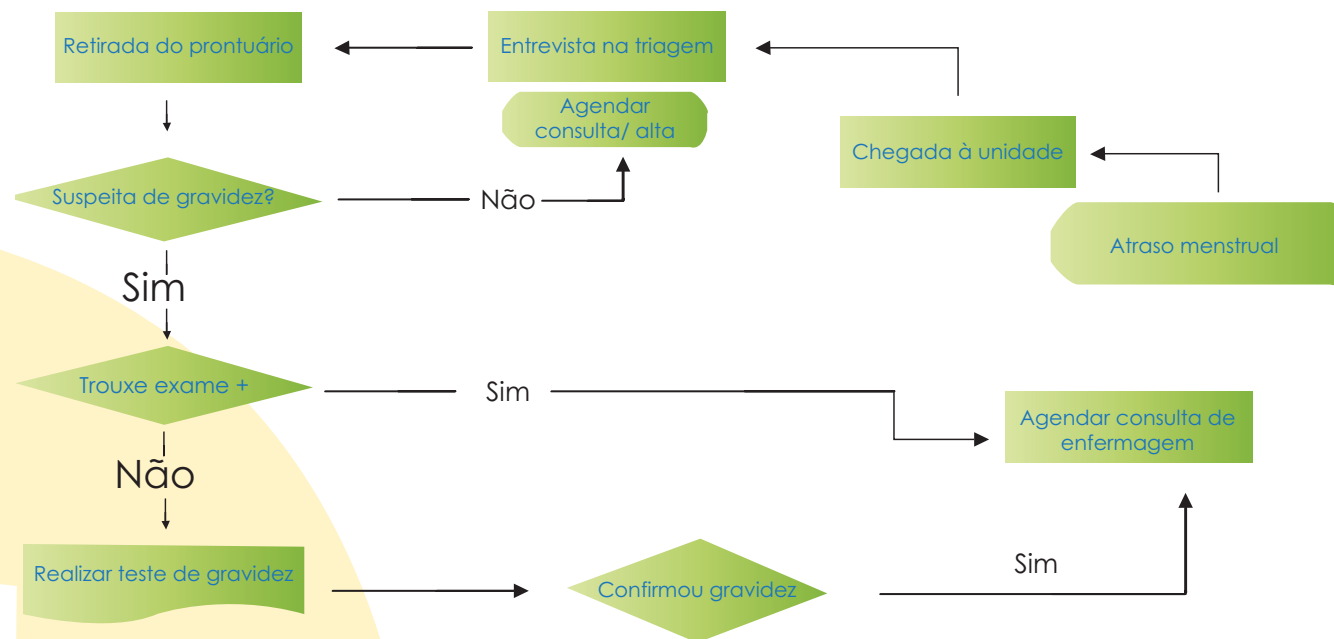


Figura 12 – Exemplo de fluxograma de processo. Fonte: Autoria própria.

Momento 2

Fluxograma do Processo

*Padrões esperados

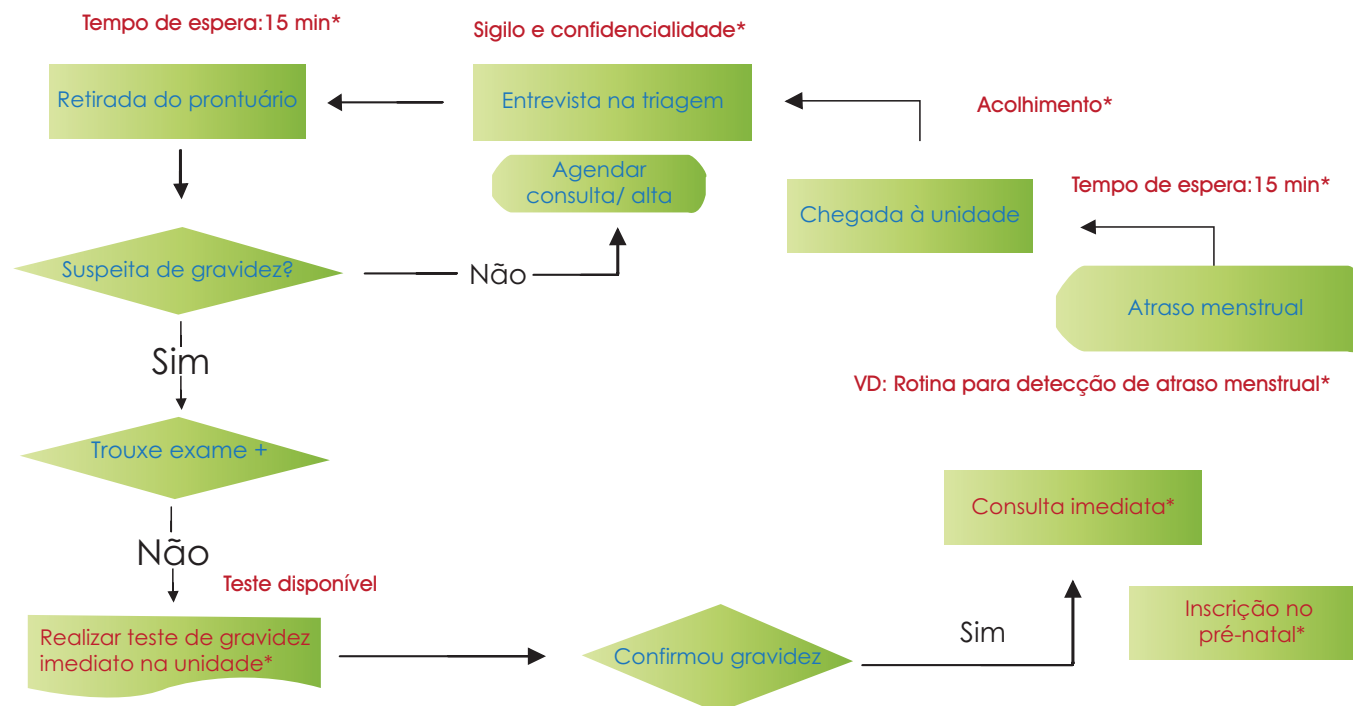


Figura 13 – Exemplo de fluxograma de processo. Fonte: Autoria própria.

7.1.7 Ferramenta 7: Análise SWOT

Definição

SWOT é um acrônimo das palavras inglesas strengths (fortalezas), weaknesses (fraquezas), opportunities (oportunidades) e threats (ameaças). É uma ferramenta muito simples e útil para a realização de análise de cenário ou ambiente interno e externo na qual uma equipe ou serviço de saúde está inserido. A análise SWOT seria então uma maneira da organização identificar de forma integrada sua posição estratégica em determinado tempo e espaço, tanto no cenário interno quanto externo. Essa ferramenta será muito útil no contexto da Saúde da Família. A proximidade das equipes de saúde com a comunidade torna essencial análise do contexto de inserção do serviço.

Uma parte da análise SWOT diagnostica o ambiente interno da equipe ou serviço, identificando os pontos fortes e fracos, que serão responsáveis por facilitar ou dificultar o alcance das metas propostas para o corpo de profissionais ou organização. Os pontos fortes deverão ser fortemente realçados no conjunto da equipe e os pontos fracos deverão ser corrigidos ou terem, minimamente, os efeitos reduzidos. É importante destacar que essas forças internas positivas e negativas estão sob maior controle dos profissionais, já que correspondem a características do serviço ou dos processos de trabalho que se formaram pela própria ação dos profissionais ou gestores. Dessa forma, devem ser considerados como potencialmente modificáveis pela própria intervenção dos atores relacionados ao serviço.

A análise SWOT também avalia o ambiente externo da equipe ou serviço, onde se busca identificar as oportunidades e as ameaças que se colocam para a organização em determinado tempo e espaço. Geralmente, esses fatores estarão fora do controle dos profissionais, mas deverão ser trazidos à tona para que estratégias possam ser estudadas, levando-se em consideração o potencial para se aproveitar caminhos oportunos de ação junto à comunidade, famílias, usuários ou, mesmo, gestores.

Objetivo

Podemos citar como principais objetivos da análise SWOT:

- Obter uma fotografia do cenário interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças) do serviço de saúde;
- Identificar pontos-chave para a gestão do serviço de saúde;
- Identificar as melhores estratégias para a inserção do serviço de saúde na comunidade.

Descrição

A análise SWOT deve sempre ser feita em grupo, agregando as contribuições dos diversos profissionais do serviço, incluindo a gestão.

O tempo deve ser minimamente controlado e estima-se que uma hora é o tempo adequado para que a equipe alcance resultados significativos com a aplicação da técnica. Deve-se disponibilizar uma superfície grande (quadro, cenário etc.) e canetas.

A matriz SWOT deve ser desenhada e a participação de todos estimulada. Os presentes devem indicar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças no cenário da equipe e/ou serviço.

Matriz SWOT

Forças	Fraquezas
Oportunidades	Ameaças

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Após a realização da matriz SWOT, a equipe deve fazer uma análise dos pontos levantados em cada célula, buscando compreender o cenário interno e externo em que está inserida, bem como tentando estabelecer estratégias de intervenção nesse cenário. Essas estratégias devem conduzir à maximização das oportunidades e à minimização das ameaças do ambiente e ser construídas com base nos pontos fortes da equipe e serviço, buscando a redução dos efeitos das fraquezas.

Assim, a análise dos pontos levantados na matriz SWOT deve levar em consideração o cruzamento dos fatores relacionados ao ambiente externo e interno da organização, como demonstrado no quadro abaixo.

		Análise Interna	
		Pontos fortes	Pontos fracos
Análise externa	Oportunidades	Estratégias que tirem o máximo de proveito dos pontos fortes da equipe e serviço de saúde, simultaneamente explorando as oportunidades detectadas.	Estratégias que minimizam os efeitos negativos dos pontos fracos da equipe e serviço de saúde, simultaneamente explorando as oportunidades detectadas.
	Ameaças	Estratégias que tirem o máximo de proveito dos pontos fortes da equipe e serviço de saúde, simultaneamente minimizando os efeitos das ameaças detectadas.	Estratégias que minimizam os efeitos negativos dos pontos fracos da equipe e serviço de saúde, simultaneamente minimizando os efeitos das ameaças detectadas.

Quadro 4 – Matriz de análise estratégica do SWOT. Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Exemplo

Com relação à análise da qualidade do pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família, a seguinte matriz SWOT foi formulada:

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Rotinas de pré-natal implantadas;• Cobertura elevada em algumas microáreas;• Capacitação da equipe de nível superior;• Oferta suficiente e adequada de material para os exames ginecológicos;• Empenho da maioria dos profissionais em melhorar a qualidade do pré-natal.	<ul style="list-style-type: none">• Rotatividade constante de profissionais na equipe;• Profissionais sem treinamento e capacitação em pré-natal;• Demora no atendimento da triagem, o que favorece baixa captação;• Falta de tempo da equipe para discutir as dificuldades do pré-natal.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• SEMUS adotou a melhoria do pré-natal como prioridade de sua gestão.• Empenho de lideranças religiosas e comunitárias para a melhoria do pré-natal.• A comunidade indicou o pré-natal como prioridade.	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade de acesso a algumas gestantes por causa de trabalho e violência;• Uso de drogas aumentando na população;• Ausência de transporte para a equipe realizar busca ativa em áreas distantes.

Quadro 5 – Exemplo de Matriz SWOT.

Fonte: Autoria própria.

Com base nesses pontos levantados, a equipe formulou, entre outras, a seguinte estratégia:

Melhorar a capacitação dos ACS e de outros profissionais para busca ativa de gestantes, contando com o apoio dos líderes da comunidade para divulgação das rotinas e das ações propostas (ex.: realização de grupos de gestantes nas igrejas e associação de moradores e divulgação das ações da equipe nos cultos e reuniões comunitárias).

Essa estratégia reforça o empenho dos profissionais em abordar o problema do pré-natal e busca resolver ou minimizar a questão da baixa qualificação de alguns membros da equipe, aproveitando o apoio das lideranças da comunidade de forma a contornar as dificuldades de acesso postas pela ausência de transporte e pelo contexto da população.

7.1.8 Ferramenta 8: Diagrama de causa e efeito (diagrama de Ishikawa)

Definição

O diagrama de causa e efeito, também conhecido como diagrama em espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa (seu inventor), é uma ferramenta utilizada na identificação das causas de um problema, permitindo a visualização das relações entre causas e efeitos em determinado processo.

As causas do problema são representadas por meio de setas que se direcionam para o problema estudado. As causas mais complexas podem ser decompostas em causas secundárias, de forma a refletir concretamente a realidade do problema.

O modelo básico de um diagrama de causa e efeito é:

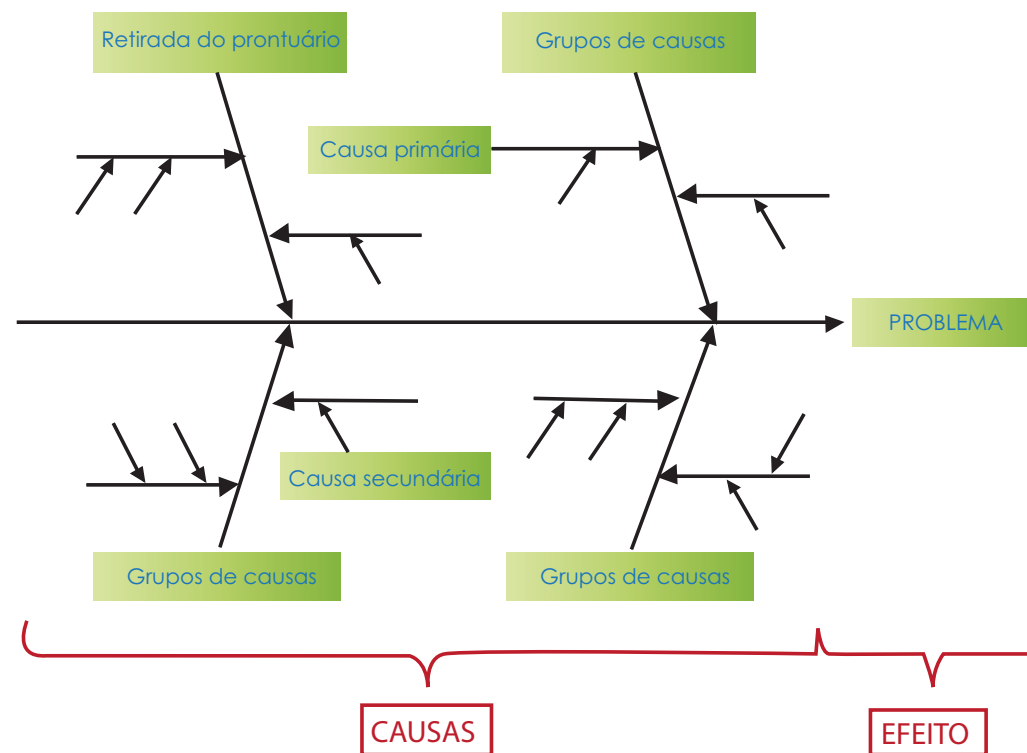


Figura 14 – Modelo de Diagrama de Causa e Efeito.

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007 ; AL-ASSAF; SHEIKH, 2004).

Objetivo

O principal objetivo desse diagrama é fornecer visão sistematizada das causas de determinado problema, agrupando-o em grupos de causas com alguma relação entre si. Passa, também, noção dos distintos componentes de um processo, sequência lógica e inter-relações.

Descrição

Para a confecção de um diagrama de causa e efeito, o grupo deve primeiramente selecionar um problema a ser estudado e resolvido, que geralmente está presente na lista levantada no estágio inicial do ciclo de melhoria da qualidade.

Uma vez selecionado o problema, as causas devem ser levantadas por todos os integrantes do grupo (ex.: por intermédio de uma tempestade de ideias). A partir de uma lista inicial de possíveis causas do problema, as ideias podem ser refinadas e outras opiniões podem ser adicionadas.

Essa lista de causas deve então ser agrupada em categorias e subcategorias, formando assim os grupos de causas, as causas primárias e as secundárias, que, por sua vez, formarão a espinha de peixe (o diagrama de afinidades pode ser utilizado nesse momento).

Para o sucesso na realização do diagrama de causa e efeito, alguns pontos devem ser levados em consideração: os interessados devem ser envolvidos em todas as etapas do processo; as ideias e sugestões não devem ser criticadas; cada problema identificado nas fases iniciais do ciclo de melhoria da qualidade deve ter o próprio diagrama; o diagrama não deve ser sobrecarregado de informações; deve-se tentar esgotar as possíveis causas do problema; e a equipe deve estar aberta para a autocrítica e empenhada na solução do problema.

Exemplo

Ao estudar o problema “captação tardia e baixa cobertura de pré-natal”, a equipe de saúde formulou o seguinte diagrama de causa e efeito.



Figura 15 – Exemplo de Diagrama de Causa e Efeito. Fonte: Autoria própria.

7.1.9 Ferramenta 9: Folha de verificação

Definição

Em alguns momentos, vamos querer saber com que frequência um evento ocorre em nosso serviço. A folha de verificação poderá, então, ser utilizada com o intuito de responder a essa questão. Trata-se de folhas ou planilhas construídas com o objetivo de facilitar a coleta e análise de dados.

É uma ferramenta utilizada a partir de uma pesquisa de determinado processo, por meio de questionários ou entrevistas, para padronizar e verificar resultados de trabalhos ou para facilitar e organizar o processo de coleta e registro de dados.

A ideia básica da folha de verificação é agrupar os fatos em classes ou grupos.

Objetivo

A folha de verificação possibilita observação sistemática de um fenômeno, permitindo a visualização dos distintos fatores envolvidos e o padrão de comportamento.

Descrição

A folha de verificação é composta minimamente pelos seguintes elementos:

1. Título – expressa o conteúdo do instrumento;
2. Período de observação correspondente aos dados coletados;
3. Eventos observados na folha de verificação.

Exemplo

A equipe de saúde realizou o controle de alguns problemas relacionados ao pré-natal durante um mês. A folha de verificação utilizada e o resultado das observações de uma semana foram os seguintes:

Frequência dos problemas encontrados no pré-natal da USF São João						
Período de observação: 13 a 17 de setembro de 2010						
Problemas no pré-natal	Dias da semana					Total
	Seg	Ter	Seg	Qui	Sex	
Ocorrência de demora excessiva no atendimento do acolhimento	10	4	4	3	5	26
Gestante sem VD anterior	5	4	2	3	4	18
Falta de exames	4	2	1	1	2	10
Não houve consulta por problema de horário inadequado	5	1	0	0	2	8
Não havia horário disponível na agenda para a consulta de primeira vez	3	0	0	0	2	5

Figura 16 – Exemplo de Folha de Verificação. Fonte: Autoria própria.

Com o acumulado do mês, a equipe realizou um consolidado dos dados e a distribuição de frequência dos problemas do pré-natal.

Frequência dos problemas encontrados no pré-natal da USF São João				
Período de observação: 1ª a 30 de setembro de 2010				
Problemas	Frequência	Frequência acumulada	% simples	% acumulada
Demora no atendimento	26	26	39%	39%
Grávida sem VD anterior	18	44	27%	66%
Falta de exames	10	54	12%	81%
Horário inadequado	8	62	17%	93%
Não conseguiu marcar consulta de primeira vez	5	67	7%	100%

Figura 17 – Exemplo de Folha de Verificação.
Fonte: Autoria própria.

É importante construir um quadro não só com o número absoluto de cada problema, mas também com a frequência acumulada. Esta poderá, inclusive, ser utilizada para construir a ferramenta “diagrama de Pareto” (apresentada a seguir).

7.1.10 Ferramenta 10: Diagrama de Pareto

Definição

O diagrama de Pareto é o correspondente gráfico do princípio de Pareto, ou princípio 80/20, que diz que 80% dos efeitos ou consequências surgem de 20% das causas ou, do contrário, que 20% das ocorrências causam 80% do problema. Aplicando essa ideia à saúde, podemos afirmar que 80% dos problemas de documentação são causados por 20% dos profissionais ou que 20% dos médicos e enfermeiros são responsáveis por 80% dos erros de diagnóstico em um serviço qualquer.

Para entendermos melhor a aplicação do princípio, suponha que você tenha identificado 10 causas de determinado problema. Em vez de tentar eliminar todas as causas ao mesmo tempo ou buscar solucionar algumas de forma aleatória, é possível identificar aquelas duas ou três que são as principais responsáveis pelo problema. Dessa forma, posso ter um foco nas ações e maior efetividade com menor gasto de tempo e energia.

Em outras palavras, você pode utilizar a lei do menor esforço sem que isso signifique preguiça ou comodismo, pois, pelo princípio de Pareto, 20% das prioridades gerarão 80% dos resultados. Concentrar-se nessas prioridades, portanto, torna-se característica fundamental de qualquer profissional ou gestor.

Nesse sentido, na análise de problemas, o diagrama de Pareto fornecerá a informação sobre quais causas correspondem a uma maior proporção do efeito estudado.

Objetivo

O diagrama de Pareto mostra a ordem de importância dos problemas pesquisados, isto é, a prioridade. A correta utilização desse gráfico oferece mais consistência às análises realizadas pelo grupo de melhoria de processos, sinalizando por onde se deve começar a ação, otimizando o processo estudado.

Descrição

A primeira etapa da construção do diagrama de Pareto consiste em listar os problemas e coletar dados de forma a se obter frequência absoluta e relativa da ocorrência desses eventos (pode-se utilizar a folha de verificação para esse fim). Os problemas, então, são dispostos em ordem decrescente de importância, calculando-se a frequência acumulada dos eventos. Com

esses dados em mãos, constrói-se o diagrama com a ajuda do Excel.

Etapa 1: Listam-se os problemas

Problema
Problema 1
Problema 2
Problema 3
Problema 4
Problema 5

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Etapa 2: Coletam-se os dados e dispõem-se as frequências simples

Problema	Frequência
	Simples
Problema 1	40
Problema 2	80
Problema 3	20
Problema 4	100
Problema 5	60

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Etapa 3: Dispõe-se os problemas em ordem decrescente de importância

Problema	Frequência
	Simples
Problema 4	100
Problema 2	80
Problema 5	60
Problema 1	40
Problema 3	20

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Etapa 4: Calcula-se a frequência acumulada dos problemas em ordem decrescente

Problema	Frequência	
	Simples	Acumulada
Problema 4	100	100
Problema 2	80	180
Problema 5	60	240
Problema 1	40	280
Problema 3	20	300

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Etapa 5: Calculam-se as porcentagens simples e acumuladas dos problemas dispostos em ordem decrescente de importância

Problema	Frequência		Porcentagem	
	Simple	Acumulada	% simples	% acumulada
Problema 4	100	100	33,4%	33,4%
Problema 2	80	180	26,6%	60%
Problema 5	40	240	20%	80%
Problema 1	60	280	13,3%	93,3%
Problema 3	20	300	6,7%	100%

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Etapa 6: Construir o diagrama de Pareto com auxílio de um editor de planilhas (ex.: Excel)

Diagrama de Pareto

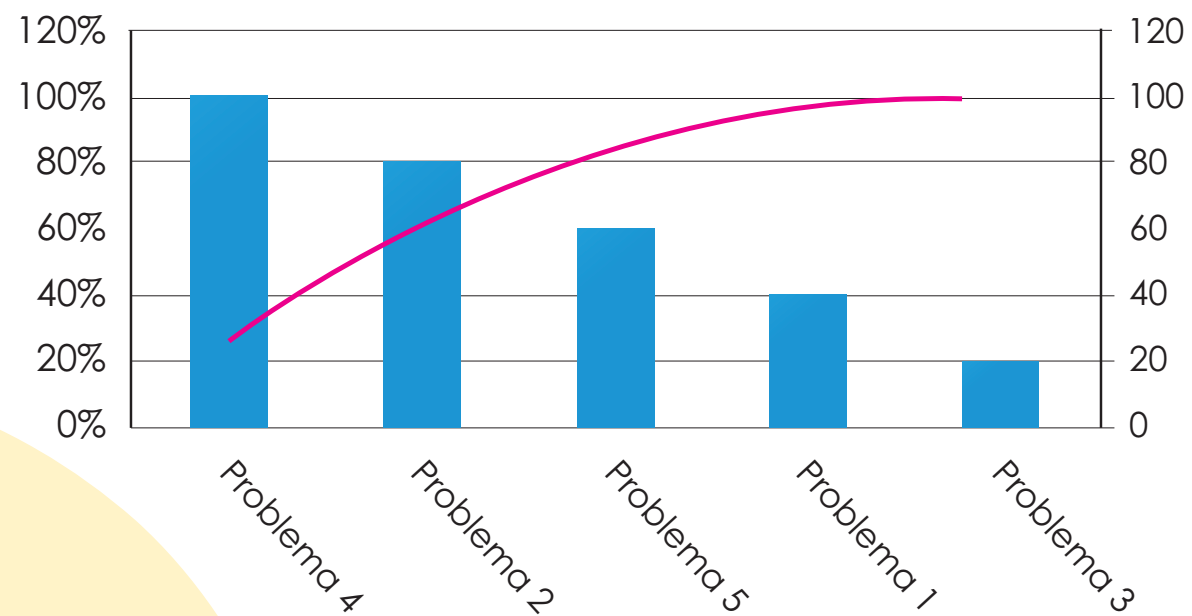


Figura 18 – Modelo de Diagrama de Pareto. Fonte: Autoria própria.

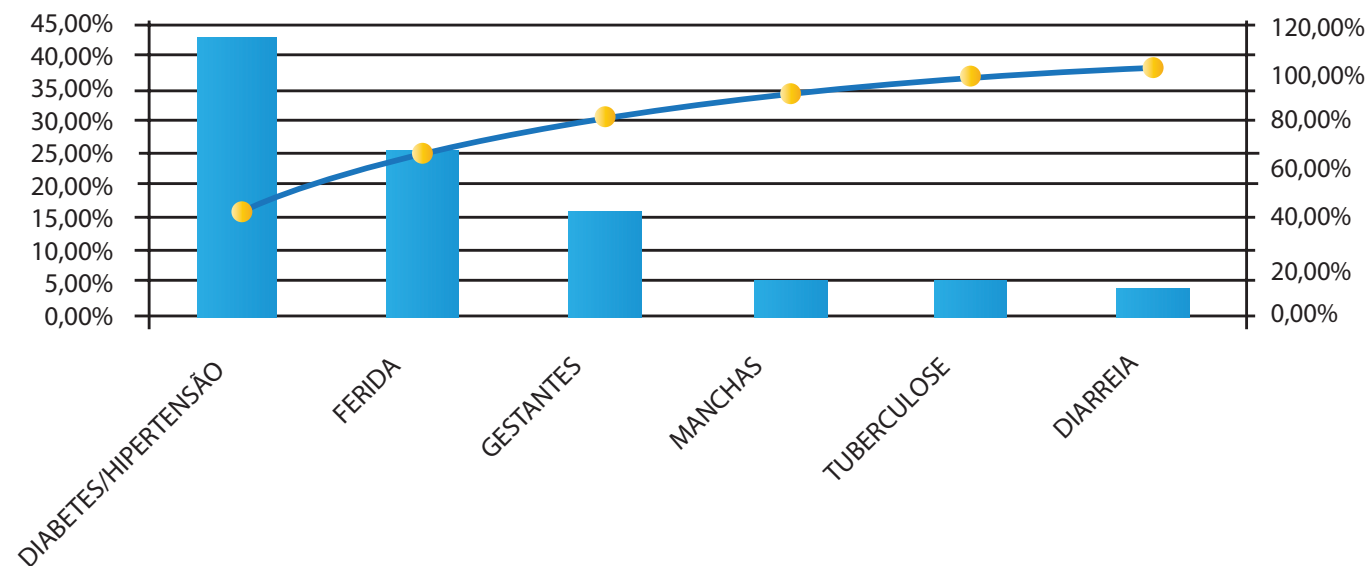
Exemplo

Uma equipe de Saúde da Família decide calcular a frequência dos principais problemas de saúde da população adscrita. A tabela final ficou assim:

Condições de Saúde	Frequência		Porcentagem	
	Simple	Acumulada	% simples	% acumulada
Diabetes/hipertensão	150	150	42,6	42,6
Feridas e contusões	92	242	26,1	68,8
Problemas ligados à gestação	56	298	15,9	84,7
Manchas na pele	21	319	6,0	90,6
Tuberculose	18	337	5,1	95,7
Diarreias	15	352	4,3	100,0
Total	352		100,00%	

Fonte: (MACEDO et al., 2007)

O diagrama de Pareto ficou da seguinte forma



Fonte: (MACEDO et al., 2007)

Como se pode ver, mais de 80% das condições de saúde identificadas pela equipe correspondem aos três primeiros diagnósticos (DM2/HAS; feridas; gravidez).

7.1.11 Ferramenta 11: Diagrama em árvore

Definição

Em um processo de melhoria da qualidade que esteja lidando com problemas complexos, podemos lançar mão de ferramentas que desdobrem as ideias em seus componentes mais básicos, possibilitando conhecimento aprofundado das causas do problema e as possíveis soluções.

O diagrama em árvore é uma dessas ferramentas e pode ser utilizado como complemento de outras ferramentas da qualidade (ex. diagrama de causa e efeito). Deve ser utilizado apenas quando a equipe está diante de problemas com múltiplas redes causais que demandarão plano de ação mais complexo.

Objetivo

O método gráfico do diagrama em árvore, de fácil compreensão e visualização, permite à equipe entendimento aprofundado do problema, sistematizando ideias e facilitando a indicação de soluções para ele. Auxilia também no processo de planejamento das atividades que comporão o plano de ação da equipe.

Descrição

A produção de um diagrama em árvore deve ser feita com todo o grupo de profissionais envolvidos com o problema analisado. As opiniões devem ser livres e não devem sofrer nenhum tipo de reprimenda.

Com o problema em mãos, a equipe deve formular a pergunta: “Quais metas devemos alcançar para que o problema seja resolvido?”. As respostas a essa pergunta devem ser postas à direita do problema, em sentido vertical.

Após esse momento, nova pergunta é colocada para o grupo: “Quais atividades devemos implementar para que as metas levantadas possam ser atingidas?”. As respostas, como na etapa anterior, são colocadas à direita das metas previamente elencadas conforme o grau de afinidade. Esse processo pode ser repetido quantas vezes forem necessárias até que se alcance entendimento satisfatório do que deverá ser feito pelo grupo para a melhoria do processo analisado.

Exemplo

Uma equipe de Saúde da Família está desenvolvendo um ciclo de melhoria da qualidade com relação ao pré-natal de sua unidade de saúde. Vários problemas foram levantados e para um deles foi feito o seguinte diagrama em árvore:

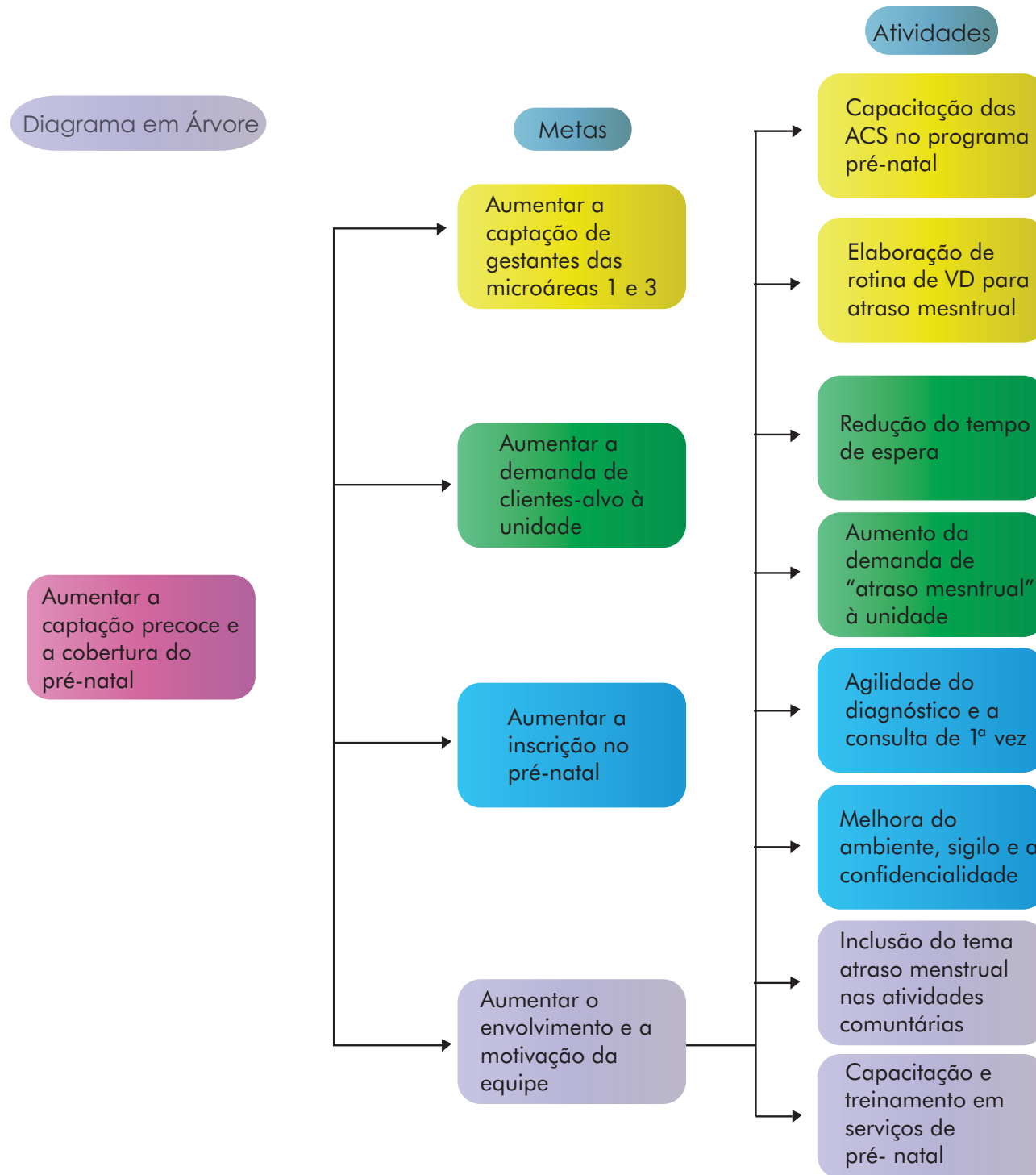


Figura 21 – Exemplo de Diagrama em Árvore. Fonte: Autoria própria.

7.1.12 Ferramenta 12: 5W2H

Definição

A técnica 5W2H é útil para o planejamento das ações em um processo de Melhoria Contínua da Qualidade. Seu nome é um acrônimo de:

5W	What?	O quê?
	Why?	Por quê?
	Who?	Quem?
	When?	Quando?
	Where?	Onde?
2H	How?	Como?
	How much?	Quanto?

Fonte: (Adaptado: DAYCHOW, 2007).

Trata-se de uma técnica onde o grupo fará perguntas para cada ponto do 5W2H com relação aos problemas elencados nas etapas anteriores do ciclo de melhoria da qualidade.

Objetivo

Entre os principais objetivos da técnica 5W2H, podemos citar:

- Planejar e padronizar as ações a serem executadas na solução de determinados problemas;
- Definir e distribuir as tarefas por todos os integrantes do grupo de melhoria da qualidade;
- Iniciar o processo de análise de viabilidade de uma intervenção;
- Monitorar o processo de planejamento e implantação das intervenções.

Descrição

Em grupo, as seguintes perguntas serão feitas para cada problema ou atividade a ser planejada:

1) What (o quê)?

i) Quais ações devem ser realizadas para alcançar cada meta?

2) Who (quem)?

i) Quem será o responsável por cada atividade?

3) Where (onde)?

i) Quais serão os locais de execução das ações?



4) When (quando)?

i) Qual será o cronograma de execução das atividades?

5) Why (por quê)?

i) Qual a razão pela qual cada ação será desenvolvida?

ii) Qual a contribuição de cada ação para o alcance das metas?

6) How (como)?

i) Quais estratégias serão utilizadas para a execução do plano?

ii) Quais serão as metodologias utilizadas para a execução de cada ação?

7) How much (quanto)?

i) Quais são os recursos financeiros, materiais, humanos e técnicos que serão necessários para a execução do plano?

As respostas a essas perguntas deverão alimentar uma planilha como a que segue:

	<i>What?</i> O quê?	<i>Why?</i> Por quê?	<i>Who?</i> Quem?	<i>When?</i> Quando?	<i>Where?</i> Onde?	<i>How?</i> Como?	<i>How Much?</i> Quanto?
Atividade I							
Atividade II							
Atividade III							
Atividade IV							
Atividade V							

Essa planilha deverá ser distribuída a todos os componentes da equipe e, se todos concordarem, ficará exposta em uma sala de uso comum.

Exemplo

Daremos um exemplo de utilização da ferramenta 5W2H para a elaboração de um plano de ação para o problema da baixa qualificação do pré-natal de uma USF.

Atividades propostas:

- Melhorar os registros clínicos das consultas de pré-natal;
- Capacitar os profissionais;
- Aumentar a realização de exames laboratoriais.

Tempo máximo para a execução das atividades propostas:

- Três meses.

Padrões de qualidade esperados:

- Primeira consulta de pré-natal feita no primeiro trimestre;
- Realização de um mínimo de sete consultas de pré-natal para cada gestante;
- Disponibilidade e utilização de protocolos do MS na Unidade de Saúde da Família;
- Realização de todos os exames laboratoriais previstos no protocolo (coleta e resultado em prazo adequado);
- Esquema vacinal completo para as gestantes do pré-natal;
- Treinamento teórico-prático em pré-natal para os profissionais das equipes de saúde;
- Classificação de risco desde a primeira consulta de pré-natal.

Metas esperadas para o pré-natal (indicadores de desempenho):

- 80% de gestantes com consultas no primeiro trimestre;
- 80% de gestantes de baixo risco com sete ou mais consultas de pré-natal;
- 100% de profissionais com capacitação para pré-natal de baixo risco;
- 100% das equipes com protocolos disponíveis;
- 100% das gestantes com exames preconizados pelo protocolo realizados;
- 100% das gestantes com esquema vacinal completo;
- 100% das gestantes com prontuários corretamente preenchidos.

What (o quê): ações a serem realizadas para alcançar cada meta

- Capacitar todos os integrantes da equipe de saúde para a realização do pré-natal;
- Aprimorar os registros do pré-natal;
- Priorizar a realização dos exames para a gestante.



Why (por quê): razão pela qual cada ação será desenvolvida e a sua contribuição para o alcance das metas

- A capacitação dos integrantes da equipe no pré-natal permite aumentar o desempenho das ações como um todo e concorre para o alcance de todas as metas;
- Melhorar os registros é uma pré-condição para a melhoria da qualidade, uma vez que permite a avaliação da situação, a elaboração de estratégias de ação e o monitoramento;
- A agilidade na realização dos exames laboratoriais das gestantes permite maior efetividade das ações preconizadas.

Who (quem): responsável por cada atividade

- Capacitar o pré-natal: coordenação do PSF municipal;
- Melhorar os registros clínicos: médico da USF;
- Priorizar a realização de exames das gestantes: auxiliar de enfermagem.

When (quando): cronograma da execução

- Capacitar o pré-natal: primeiro mês;
- Melhorar os registros: segundo e terceiro meses;
- Priorizar a realização de exames das gestantes: primeiro a terceiro mês.

Where (onde): locais onde serão executadas as ações

- Capacitar o pré-natal: Secretaria Municipal de Saúde;
- Melhorar os registros: USF;
- Priorizar a realização de exames das gestantes: USF.

How (como): estratégia e metodologia utilizada para cada ação

- Capacitar o pré-natal:
 - Encontros semanais de quatro horas de duração com a equipe técnica da saúde da mulher e do PSF do município.
- Melhorar os registros:
 - Visita à USF escola (benchmarking) para avaliar e discutir com outras equipes o preenchimento dos prontuários de pré-natal;
 - Revisão dos prontuários já realizados e rotina de agendamento pelas ACS para atualizar os registros;

- Mudança dos agendamentos das consultas de pré-natal com maior tempo de consulta para permitir o preenchimento adequado do prontuário.

- Priorizar a realização de exames das gestantes:
 - Identificar as solicitações de exames por meio de tarjas coloridas e carimbo;
 - Ter rotina de busca de resultados de exames por ACS;
 - Monitor o tempo de realização dos exames;
 - Levantar as causas dos atrasos verificados.

How much (quanto): recursos financeiros, materiais e de conhecimento necessários para executar a ação

- Capacitar o pré-natal: custos de curso de 20h para atualização do pré-natal;
- Melhorar os registros: custos de reformulação de folha de registro e acompanhamento;
- Priorizar a realização de exames das gestantes: custos de aumento de vinte por cento na cota de exames do pré-natal para a unidade.

7.1.13 Ferramenta 13: Benchmarking

Definição

Uma questão relevante para nossas vidas é a constatação de que não podemos e não somos o melhor em tudo que fazemos. Sempre haverá alguém que conseguiu encontrar um caminho mais efetivo para determinado processo. Também é importante entendermos que podemos aprender muito com essas experiências, sejam de pessoas, de serviços, sejam de empresas similares que inovaram em algum procedimento. Ao aprender com quem faz melhor que a gente, podemos economizar tempo e dinheiro.

O *benchmarking* seria o processo sistemático de avaliação das experiências (pode ser um produto, processo de trabalho ou serviço prestado) de uma equipe de saúde, de uma unidade de Saúde da Família, de um centro de especialidade ou mesmo de um hospital reconhecido pela excelência naquilo que deseja estudar e implantar no próprio serviço com o objetivo de melhorar a qualidade dele.

O *benchmarking* é um processo positivo e proativo onde se objetiva comparar desempenhos, identificar as melhores performances e entender os fatores que estão relacionados com a otimização dos processos de trabalho. Consiste em identificar, analisar e adaptar as práticas de um



serviço com um nível mais elevado de qualidade, com vistas a melhorar a qualidade do trabalho da equipe na área em questão.

Principais características do *benchmarking*:

- Processo contínuo e sistemático de coleta e análise de informações sobre desempenho;
- Depende de um olhar para dentro para identificar os problemas e de um olhar para fora para buscar novas experiências;
- Oportunidade de aprendizado com os melhores em determinada área;
- Não se trata de uma simples cópia ou imitação, dependendo de bom senso e competência para avaliar a experiência do outro e adaptá-la à sua realidade;
- Exige ética, humildade, solidariedade e disciplina.

Objetivo

Entre os principais objetivos do *benchmarking*, podemos citar:

- Acelera as mudanças, pois permite conhecer de forma mais rápida os pontos fracos e erros cometidos;
- Cria um valor de referência a ser alcançado;
- Contribui para o estabelecimento de um espírito de colaboração entre equipes, serviços e organizações, de forma a trocar impressões sobre inovações, padrões de qualidade alcançados, que soluções foram dadas para problemas comuns, que avaliações foram realizadas, como os usuários se comportaram e o impacto alcançado frente ao esperado.

Descrição

Não se trata de sair a campo buscando experiências inovadoras de forma aleatória. A adequada aplicação do *benchmarking* exige série de conhecimentos que ajudarão a equipe a encontrar aquilo que é necessário para transformar e melhorar as próprias práticas. Por isso é fundamental que o *benchmarking* esteja inserido no Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade.

Dessa forma, a equipe deve avaliar processos de trabalho, identificar os problemas, defini-los com exatidão e priorizá-los para que possa ir ao encontro de outras equipes ou serviços que já se depararam com problemas semelhantes e encontraram respostas que produziram efeito desejável. No contexto da Atenção Primária à Saúde, isso vai exigir diálogo e contato com as unidades de saúde do município e até de municípios vizinhos. Muitos profissionais já publicaram experiências como relatos em revistas científicas. Há diversos congressos em APS onde equipes de saúde

de todo o País apresentam as práticas por intermédio de pôsteres e relatos orais. Os gestores também podem exercer papel fundamental nesse processo ao identificar práticas inovadoras, podendo disseminá-las pelas equipes do município por meio de reuniões, seminários, informativos, cursos etc.

Mas não é suficiente apenas identificar soluções para os problemas em outros grupos ou serviços. Após essa etapa, cabe à equipe adaptá-la a seu contexto, planejar as etapas de implementação das mudanças, colocar em prática as atividades planejadas e monitorar a evolução do processo de melhoria.

7.1.14 Ferramenta 14: Análise de viabilidade

Definição

Diante de problemas complexos e de situações onde não se controlam os recursos necessários para a implantação do plano de ações, é importante, no processo de melhoria da qualidade, reconhecer que na maior parte das vezes atores que estão fora de nossa zona de controle terão recursos relevantes para o sucesso de nossas ações. Assim, torna-se fundamental que a equipe realize análise de viabilidade de seus planos antes de implementá-los. Isso, com certeza, aumentará muito as chances de sucesso.

Objetivo

Entre os principais objetivos da análise de viabilidade, podemos citar:

- Identificar os recursos necessários para a implantação do plano que estão sob o controle da equipe e de outros atores;
- Avaliar a motivação dos atores que controlam esses recursos para a implantação do plano;
- Identificar as melhores estratégias a ser utilizadas em virtude da correlação de forças dos atores relacionados ao plano.



Descrição

A equipe, após identificar as atividades que compõem o plano de ação, pode discutir a viabilidade utilizando a tabela abaixo:

Atividade	Recurso crítico	Ator que o controla	Motivação do ator	Operações estratégicas

Exemplo

Em virtude dos problemas identificados com a saúde bucal na APS do município, criou-se um plano de ação e fez-se uma análise de viabilidade. Parte dela é mostrada a seguir.

Atividade	Recurso crítico	Ator que o controla	Motivação do ator	Operações estratégicas
Contratar dentistas	Poder de criação de cargo e contratação de pessoal	Câmara Municipal Secretaria Municipal de Saúde	Contrária Favorável	Mobilização de apoio e forças na Secretaria Municipal de Saúde; Debate no Conselho Municipal de Saúde; Tribuna Livre e/ou Sessão Temática na Câmara Municipal; Utilização da imprensa.

7.1.15 Ferramenta 15: Matriz de intervenção AMQ

Definição

A matriz de intervenção AMQ agrega as informações básicas do processo de planejamento iniciado com o ciclo de melhoria da qualidade e é uma ferramenta de planejamento de fácil aplicação. Ela articula a descrição da situação-problema, a recomendação da intervenção necessária e o detalhamento da execução que se desdobra em determinada quantidade de atividades ou ações. Para cada uma dessas atividades, são definidos responsáveis e prazos. Também há nela um campo no qual é possível registrar o andamento da execução. Ela pode ser trabalhada por padrão de qualidade AMQ ou agrupar padrões da mesma área temática que estejam estreitamente relacionados. Essa ferramenta também pode ser utilizada em separado do projeto AMQ,

pois oferece muitas possibilidades de apoio ao processo de planejamento.

Objetivo

Entre os principais objetivos da matriz de intervenção, podemos citar:

- Agrupar as informações essenciais de todo o processo de planejamento das ações;
- Sistematizar as etapas e tarefas do processo de implantação das atividades planejadas;
- Facilitar a visualização e compreensão das ações planejadas pelo corpo de atores envolvidos nas atividades.

Descrição

Para elaborar uma matriz de intervenção AMQ, é necessário preencher cuidadosamente as colunas, conforme as orientações que se seguem.

Coluna 1 (identificação do padrão) – identificar o padrão de qualidade AMQ que será trabalhado;

Coluna 2 (descrição do padrão) – enunciar o padrão de modo a identificá-lo sem haver necessidade de consultar o caderno AMQ;

Coluna 3 (descrição da situação) – fazer breve descrição da situação encontrada, isto é, da situação em não conformidade com o referido padrão;

Coluna 4 (recomendação/intervenção da proposta) – descrever a intervenção necessária para transformar a situação encontrada;

Coluna 5 (detalhamento da execução) – detalhar as atividades que viabilizam a execução da intervenção;

Coluna 6 (responsável) – identificar o responsável para cada atividade prevista;

Coluna 7 (prazo limite) – definir prazo de execução para cada atividade prevista;

Coluna 8 (observações) – criar espaço para registro de outras observações, por exemplo, indicação de recursos financeiros e materiais necessários.

É muito importante monitorar o andamento da execução das atividades planejadas, verificando



regularmente os prazos de cada uma, cobrando os responsáveis e registrando seu andamento – NI (não iniciado), AND (em andamento) ou CONC (concluído).

Exemplo 1: Matriz de intervenção AMQ

IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO		DESCRIÇÃO DO PADRÃO	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO/INTERVENÇÃO PROPOSTA	DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO DE EXECUÇÃO/DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
4.15	C	A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe	A ESF não se reúne semanalmente (apenas mensalmente)	Garantir reuniões semanais de equipe, com duração de quatro horas (por ex. todas as sextas-feiras, pela manhã)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir a proposta com o coordenador, gerente de unidade ou gestor municipal; 2. Discutir a proposta com o Conselho Gestor de Saúde; 3. Informar sobre as razões e os horários dessas reuniões a todos os profissionais da unidade de saúde e moradores de todas as microáreas, nos grupos de gestantes, puericultura etc.; nas consultas médicas e de enfermagem; nas visitas domiciliares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Neusa, enfermeira da equipe - Carlos, médico da equipe - João, ACS 	<ul style="list-style-type: none"> - Última semana do mês de setembro - Próxima reunião do conselho prevista para a segunda semana do mês de outubro - Em todas as atividades previstas, durante a segunda quinzena do mês de outubro 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se for o caso, incluir recursos necessários nesta coluna; ✓ Atividade 1 concluída; atividade 2 em preparação.

SITUAÇÃO			DESCRIÇÃO DO RESULTADO ALCAÇADO APÓS PRAZO PREVISTO PARA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO
NI	AND	CONC	
	X		

Figura 22 – Exemplo de Matriz de Intervenção AMQ. Fonte: Autoria própria.

Para as equipes que desejarem utilizar essa matriz independentemente do AMQ, sugerimos um modelo simplificado, de seis colunas, iniciando-se com a descrição da situação encontrada. A orientação para preenchimento das demais colunas é a mesma explicada acima.

Um importante recurso oferecido por essa ferramenta é a possibilidade de indicar claramente os responsáveis de cada intervenção e o prazo de execução, facilitando o acompanhamento do processo de mudança.

Exemplo matriz de intervenção 2:

Uma equipe de Saúde da Família planejou uma intervenção para o problema da falta de rotina de VD para atraso menstrual. A descrição das etapas desse processo foi sistematizada na matriz de intervenção, conforme segue.

Descrição da situação	Recomendação/intervenção proposta	Detalhamento da execução	Responsável	Prazo de execução	Observações
Não há rotina de VD para atraso menstrual	Elaborar rotina de VD para atraso menstrual	<ul style="list-style-type: none"> - Rever rotina de VD incluindo o atraso menstrual - Estabelecer momento de discussão com as ACS - Realizar duas atividades de supervisão para essa rotina nos domicílios 	Enfermeira	Um mês	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar o manual do MS - Discutir a rotina com a supervisão da área

Figura 23 – Exemplo de Matriz de Intervenção Simplificada. Fonte: Autoria própria.

7.1.16 Ferramenta 16: Cartas de controle

Definição

Verificação de controle estatístico do processo.

Objetivo

Monitorar indicadores negativos, determinar a estabilidade de um processo e mantê-lo estável. Quantificar e identificar dificuldades no processo de trabalho.

Descrição

Definir parâmetro a ser avaliado. Registrar os erros ou falhas do evento em determinado período. Avaliar limite permitido do evento não desejado. Acompanhar esses eventos por meio de gráfico, com uma linha superior e uma inferior, em cada lado da linha média do processo. Realizar a análise de dados. Caso haja aumento na frequência do evento não desejável, aplicar mudanças para manter o fenômeno estável. Propor novas medidas de correções para melhoria do processo caso o resultado seja ainda insatisfatório.

Gráfico de controle

São gráficos que acompanham um processo ao longo do tempo, representado no eixo horizontal. Os dados sobre o processo são colocados no eixo vertical, e assim é possível perceber variações, padrões e tendências com mais facilidade. Um gráfico de controle tem três linhas horizontais: uma central, para a média ou a mediana; uma superior, para o limite máximo de controle; e uma inferior, para o limite mínimo de controle.

Exemplo

O tempo de espera para a consulta é um dos eventos importantes a monitorar, considerando que impacta o grau de satisfação e a qualidade do atendimento por uma equipe de Saúde da Família. Supõe-se como exemplo que a equipe tenha considerado como evento não desejável a espera com tempo de permanência igual ou superior a 1h da marcação inicial. Cada um desses eventos seria registrado para depois ser transportado para um gráfico. Como esse evento pode ocorrer por diversas razões dentro de uma faixa de tolerância, elaboram-se as faixas de frequência máxima (oito casos), média (quatro casos), mínima (dois casos).

O mesmo pode ser feito para o número de domicílios não visitados por microárea/mês, tendo como limite máximo 22 domicílios; médio, 14; mínimo, sete. Note-se que os erros não são possíveis de ser eliminados nesses casos, mas sim minimizados a partir do constante monitoramento.

Número de pacientes aguardando consulta por mais de 1h na sala de espera/dias do mês

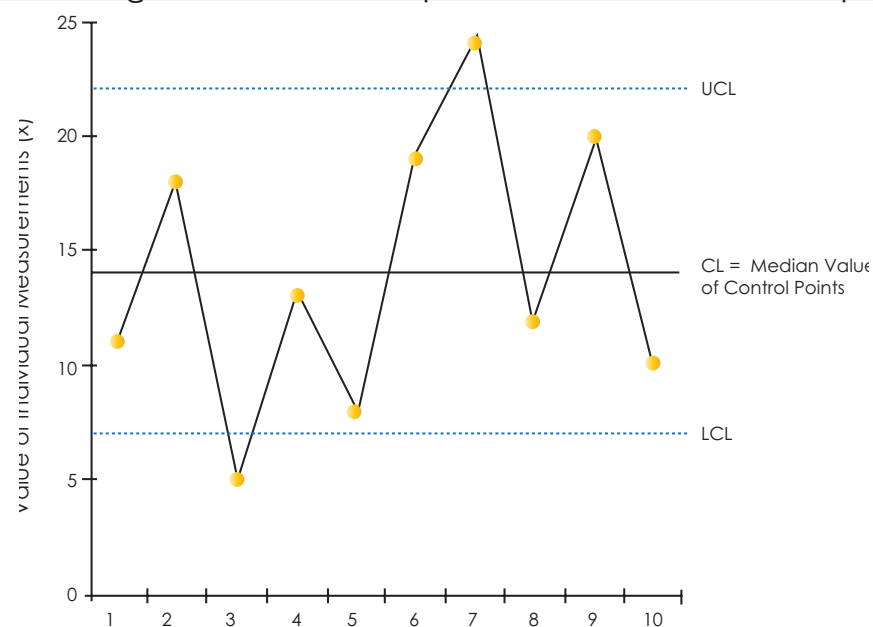


Figura 24 – Exemplo de gráfico de controle. Fonte: (MALIK; SCHIESARI, 1998).

7.1.17 Ferramenta 17: Gráfico de tendências

Definição

Os gráficos de tendências são instrumentos estatísticos simples que mostram o comportamento de uma variável ou processo ao longo do tempo, permitindo à equipe correção de rumo quando for identificado desvio indesejável. É um método indicado para avaliar o resultado do trabalho em determinado período. Recomenda-se realizar a análise com os profissionais da equipe envolvidos no processo de forma a visualizar as tendências dos resultados. A partir do momento em que se observa uma tendência distinta daquela almejada pela equipe, as causas do desvio de comportamento da variável deverão ser identificadas e solucionadas. Essa ferramenta é importante para monitorar a velocidade das melhorias, permitindo a alteração de rumos no período previsto pelas ações propostas e possibilitando incremento dos resultados.

O exemplo abaixo mostra a dinâmica de um gráfico de tendências. Observa-se que o número de encaminhamentos indevidos para a saúde mental era, conforme critérios estabelecidos pela gestão do município, excessivamente alto. Após um plano de educação permanente das equipes de Saúde da Família, esse número começou a cair, ou seja, observou-se tendência de baixa para a variável estudada conforme o desejado.

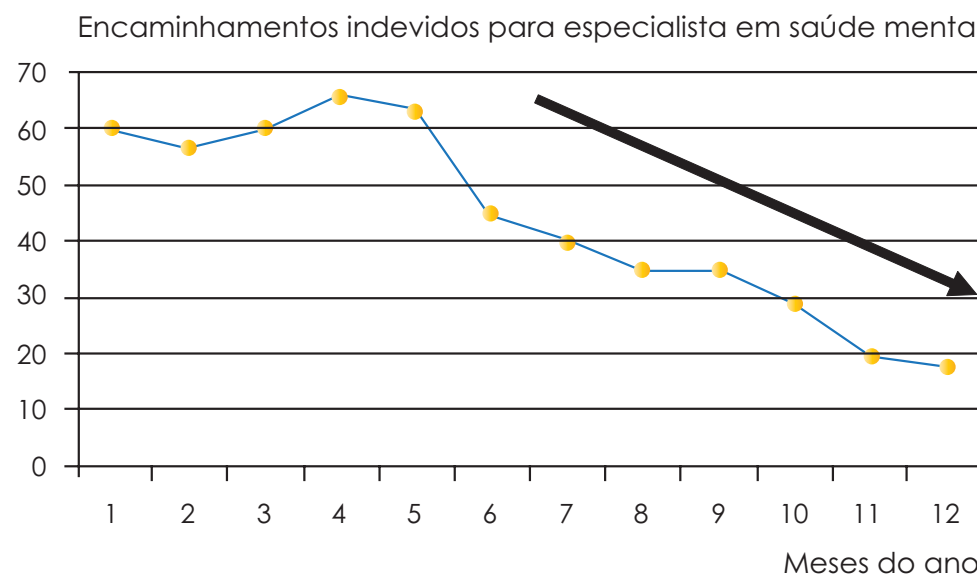


Figura 25 – Exemplo de Gráfico de Tendência. Fonte: Autoria própria.

Descrição

Para construir um gráfico de tendências, a equipe deve seguir os seguintes passos:

1. Selecionar o que pretende avaliar;
2. Selecionar qual período pretende realizar o levantamento;
3. Realizar o levantamento dos dados no período selecionado;
4. Construir um gráfico com o período e respectivos resultados;
5. Destacar, se necessário, os resultados esperados conforme padrões estabelecidos para o estudo em questão.

Exemplo

Selecionar o que pretende avaliar:

Número elevado de gestantes com início do pré-natal após o primeiro trimestre de gravidez.

Selecionar o período que pretende realizar o levantamento:

Janeiro a julho de 2006.

Realizar levantamento dos resultados no período selecionado:

Monitoramento do número total de inscrições no pré-natal e inscrições feitas no primeiro trimestre de gestação – USF X (janeiro a julho de 2006)		
Meses	Total de inscrições no pré-natal	Gestantes que iniciaram no primeiro trimestre
Jan	6	1
Fev	7	2
Mar	6	3
Abr	8	5
Mai	8	6
Jun	9	7
Jul	12	11

Construir um gráfico com o período e respectivos resultados:

Gestantes inscritas o pré-natal e captadas no primeiro trimestre
Jan/06 e Jul/06

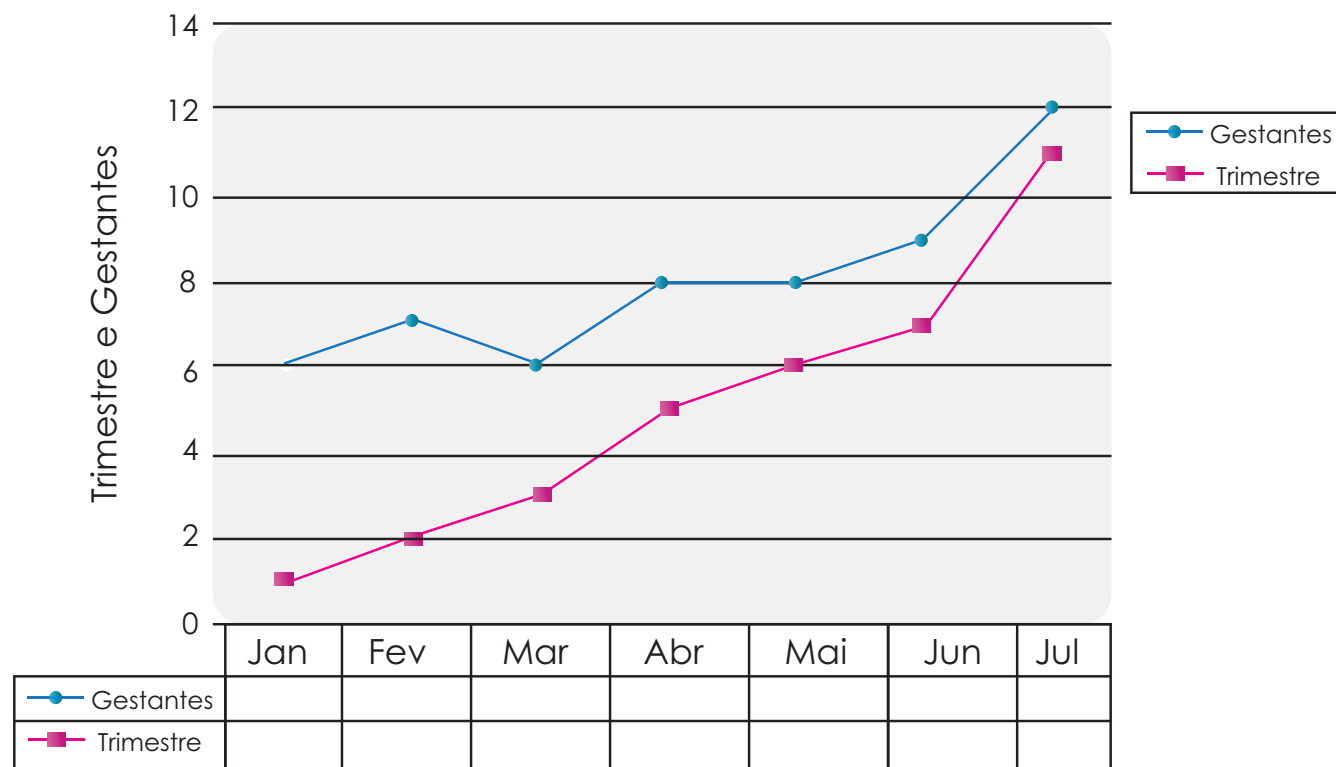


Figura 26 – Exemplo de Gráfico de Tendência. Fonte: Autoria própria.

Destacar, se necessário, os resultados esperados conforme padrões estabelecidos para o estudo em questão:

A equipe está conseguindo aumentar a proporção de gestantes que se inscrevem no pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação, o que está de acordo com o que foi planejado.

7.1.18 Ferramenta 18: Gráficos ou diagramas de dispersão ou correlação

Definição

Pontos de dois conjuntos de dados que compartilham de alguma dependência são colocados em um gráfico. Ele permite visualizar a relação entre duas variáveis. Em outras palavras, analisa-se o comportamento de eventos que tenham relação de causa e efeito.

Objetivo

Procurar relação entre duas variáveis. É a maneira mais simples de se estudar essa relação.

Descrição

Para fazer o diagrama de dispersão, siga os seguintes passos:

1. Coletar pares de dados das variáveis x e y que se pretende estudar;
2. Traçar sistema de eixos cartesianos que represente uma variável em cada eixo;
3. Estabelecer as escalas de maneira a dar ao diagrama o aspecto de um quadrado;
4. Escrever os nomes das variáveis nos respectivos eixos e depois fazer as graduações;
5. Fazer um ponto para representar cada par de valores x e y ;
6. Escrever o título e complementar com uma legenda.

Feito o diagrama, observe a direção e a dispersão dos pontos. Se x e y crescem no mesmo sentido, existe correlação positiva entre as

variáveis, que será tanto maior quanto menor for a dispersão dos pontos. Esses são os padrões e seu significado.

Diagramas de dispersão que mostram correlação positiva entre as variáveis

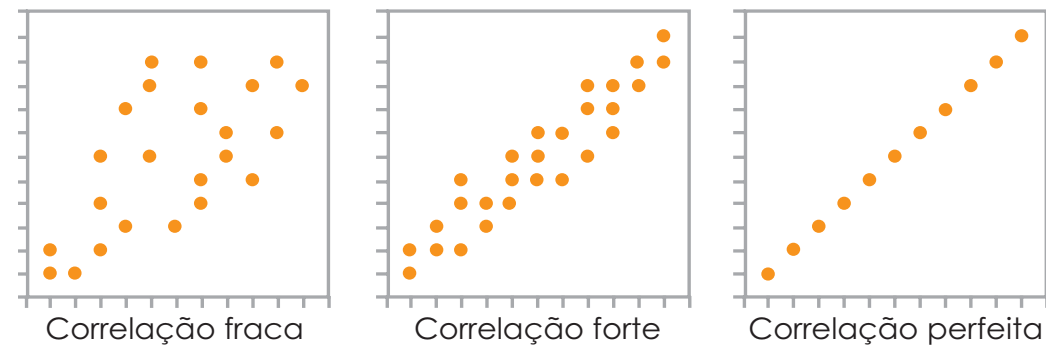


Figura 27 – Diagramas de dispersão que mostram correlação positiva entre as variáveis.
Fonte: (LULI.ORG, 2008)

Diagramas de dispersão que mostram correlação negativa entre as variáveis

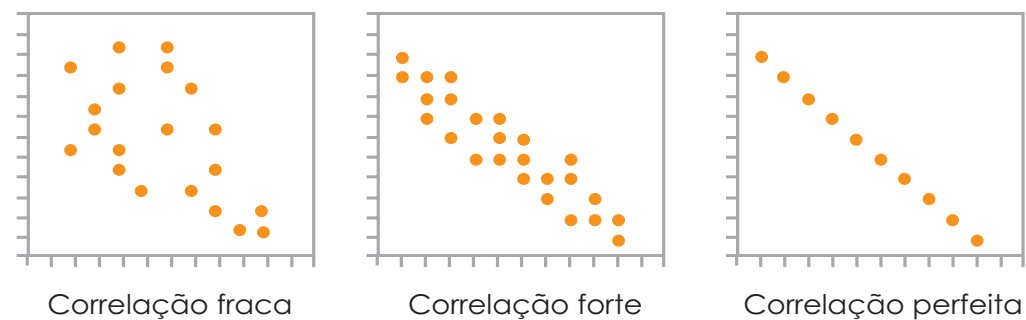


Figura 28 – Diagramas de dispersão que mostram correlação negativa entre as variáveis.
Fonte: (LULI.ORG, 2008)

Exemplo

Avaliar a relação entre o número de pacientes que tiveram a pressão sistólica (PS) reduzida após a inscrição nas ações de controle da hipertensão arterial. A coleta das informações é simples: basta coletar a medida da P.S. na primeira consulta e a medida na última consulta pós-inscrição nas ações de controle da hipertensão arterial. Monta-se um gráfico que irá indicar se há relação entre a inscrição nas ações e a redução dos níveis pressóricos.

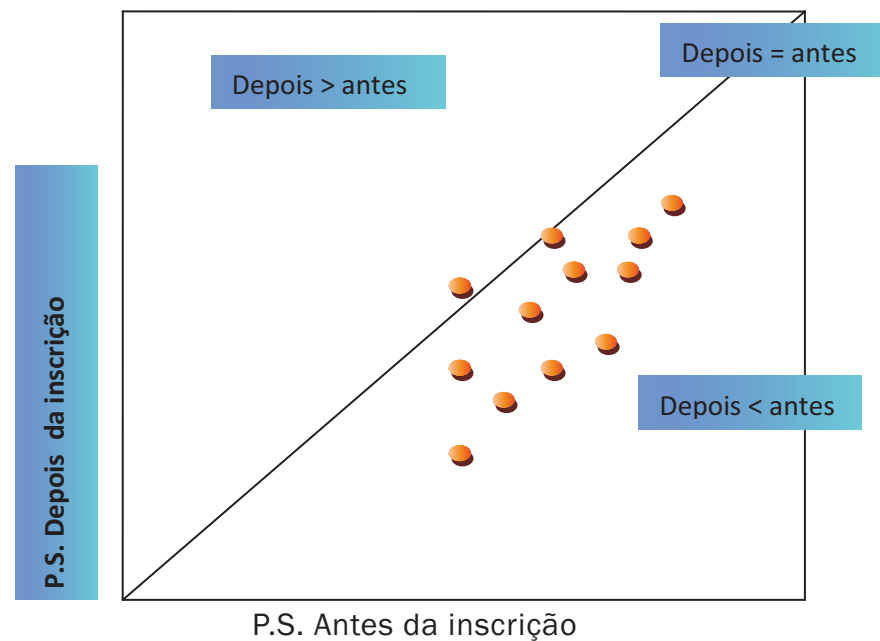


Figura 29 – Exemplo de diagrama de dispersão.
Fonte: (Adaptado: SHIKAMURA, 2010)

7.1.19 Ferramenta 19: Mural da qualidade

Definição

Criação de um canal permanente para a comunicação e divulgação das vantagens, progressos e conhecimento do trabalho desenvolvido pelos membros da equipe com relação à melhoria da qualidade. Pode ainda ser utilizado para dar continuidade às tarefas da qualidade, propondo a execução de tarefas a ser construídas no próprio mural.

Objetivo

Construir um mural da qualidade com informações sobre as atividades em andamento, lembretes importantes, mensagens de estímulo e, principalmente, sobre os resultados alcançados pela equipe. Definir a melhor localização e a periodicidade em que o mural será atualizado. Evitar o excesso de informações, devendo constar as que sejam mais relevantes para manter em pauta o tema da qualidade. Manter o mural acessível aos usuários também.

Descrição

Afixar um quadro de cortiça, madeira ou alumínio de 1,5 m x 1,0 m, destinado exclusivamente ao tema da qualidade. Após cada reunião, definir quais informações serão inseridas nele e, eventualmente, combinar tarefas que incluam o preenchimento de informações ou dados.

Exemplo 1

Painel de soluções

Num determinado momento, percebeu-se a necessidade de saber o que os membros da equipe estavam pensando sobre que sugestões poderiam dar para as causas levantadas de determinado problema. Assim, a “espinha de peixe” foi afixada ocupando quase toda a área do quadro. Foi solicitado aos integrantes da equipe que afixassem pequenas etiquetas com a descrição de uma possível solução. O uso do painel teve aceitabilidade muito grande por parte de todos. Vários problemas operacionais foram resolvidos dessa forma!

Diagrama de causa e efeito

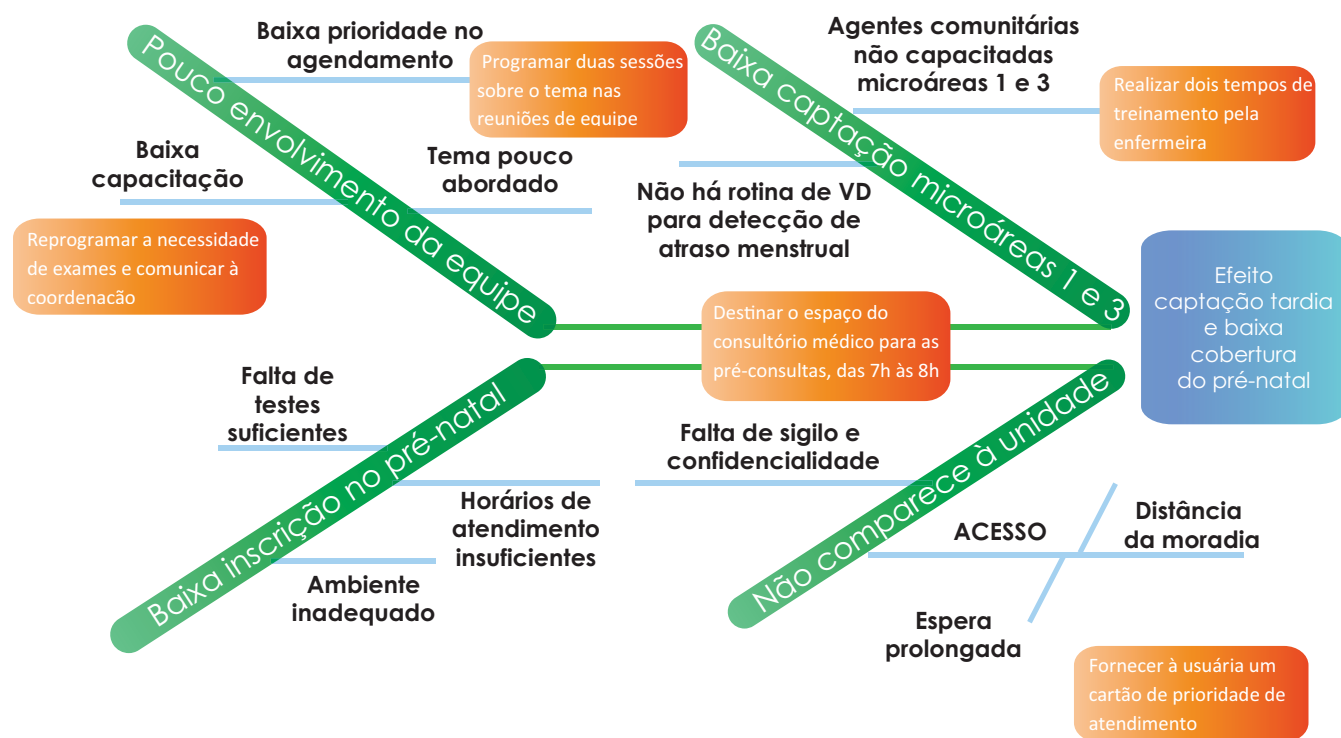


Figura 30 – Exemplo de Painel de Soluções.

Fonte: Autoria própria.

Exemplo 2

Semáforo da qualidade

Criar o semáforo da qualidade, que tem a finalidade de ajudar os integrantes da equipe a visualizarem as não conformidades encontradas. Como são muitos os aspectos relacionados a problemas de não conformidade, depois de transcorrido certo lapso de tempo, muitos deles ficam esquecidos. Por isso o semáforo da qualidade funciona como um Kambam (método de visualização por cores para controle de estoques) para a visualização das não conformidades, ou seja, sempre que um desvio é encontrado, fixa-se uma etiqueta no quadro do semáforo da qualidade. Essa etiqueta pode ser de duas cores:

Amarela: sinal de alerta, ou seja, trata-se de desvio que ainda não está provocando uma não conformidade, porém, se nenhuma medida preventiva for realizada, fatalmente ocorrerá um problema de qualidade.

Vermelha: indica a ocorrência de uma não conformidade em processo.

Mês/ atividades programadas/realizadas	Visitas domiciliares	Grupos de idosos	Grupos de cessação do tabagismo	Consultas de pré-natal
Jan				
Fev				
Mar				

➔ Não recebemos presentes ou amostras para a equipe de

POSSO AJUDAR ?

8.



Centro
do Envelhecimento
Disciplina de Medicina Preventiva Clínica
Departamento de Medicina Preventiva
Rua Dr. Bacelar, nº 384

Parte III Diretrizes

INCORPORANDO

A PRÁTICA DA MCQ NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Kátia Crestine Poças¹⁶ e Silvia Reis¹⁷

¹⁶ Farmacêutica bioquímica, especialista em Planejamento em Saúde e Saúde do Trabalhador. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Consultora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

¹⁷ Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. Consultora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

na Atenção Primária
à Saúde



Os conteúdos conceituais e metodológicos desenvolvidos até aqui são consonantes com o impulso para a institucionalização da avaliação e o desenvolvimento de uma cultura da qualidade para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em nosso país.

Esta publicação foi elaborada com o intuito de oferecer inspiração, estímulo, recursos e ferramentas para o trabalho com a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) e, como mencionado anteriormente, destina-se às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS/SF), a fim de melhorar a qualidade da atenção que prestam à população.

As diretrizes para a utilização deste material são muito flexíveis e compõem, na verdade, um conjunto de orientações gerais visando otimizar o aproveitamento dos recursos técnicos aqui apresentados. O foco central é o conhecimento do ciclo de melhoria da qualidade, com as ferramentas e abordagens que podem fazê-lo acontecer de maneira mais completa e efetiva.

As equipes de APS podem conhecer a proposta “Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde – conceitos, métodos e diretrizes” e incorporá-la na rotina de trabalho de diferentes formas. Sabemos, por exemplo, que algumas equipes utilizam o modelo lógico como ferramenta de planejamento e avaliação, sendo assim, é importante esclarecer que o modelo lógico é coerente com os princípios expressos neste documento. O modelo lógico se encaixa perfeitamente no ciclo de melhoria da qualidade, uma vez que nos seus componentes temos o enunciado do problema; a meta a ser alcançada; o prazo de execução do plano de ação; as estratégias a ser adotadas para o alcance das metas; as atividades a ser desenvolvidas para cada estratégia; os responsáveis e os prazos de execução das atividades; os recursos necessários; os resultados almejados; os indicadores a ser utilizados para monitorar e avaliar o alcance de metas.

O uso das ferramentas de MCQ pode ser considerado atividade de educação permanente vinculada ao processo de trabalho da equipe, o que fortalece as ações desenvolvidas na APS. Nesse sentido, a primeira perspectiva de utilização deste material é tomá-lo como referência para um mergulho nos temas da avaliação, qualidade e Melhoria Contínua



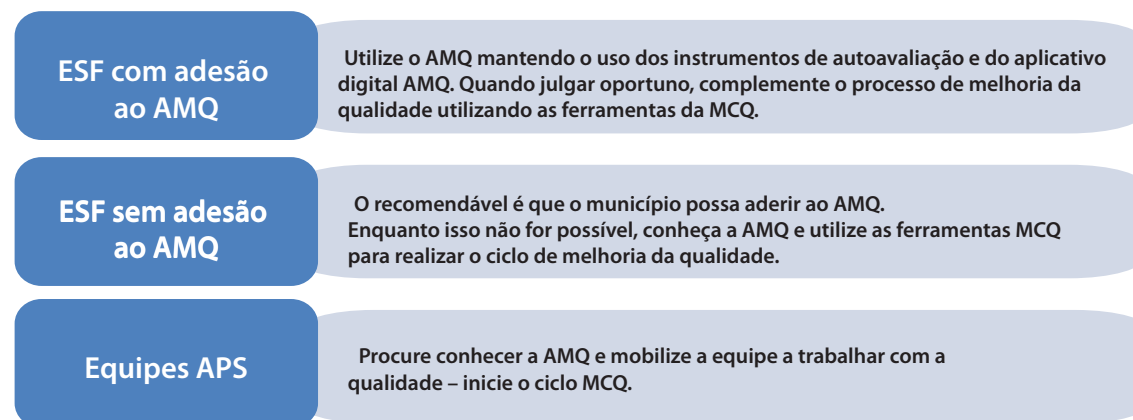
da Qualidade, com vistas a uma apropriação teórico-conceitual sobre o assunto.

Caso as equipes queiram avançar na utilização dos métodos ora apresentados, será importante considerar a adequação deles ao modelo de trabalho.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde recomenda que as equipes de Saúde da Família interessadas em trabalhar com a MCQ comecem implantando o Projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família), tendo em vista o caráter pedagógico, orientador dos processos de trabalho, facilitador da identificação dos problemas e indutor da melhoria da qualidade. Além disso, os instrumentos de autoavaliação e de planejamento da intervenção oferecidos pelo AMQ constituem-se em um verdadeiro Ciclo de MCQ. Outro aspecto muito vantajoso do AMQ é a disponibilização de um aplicativo digital que possibilita o registro e comparação de resultados a partir de banco de dados acessado via web. É possível que, no entanto, ao trabalharem com o AMQ de maneira sistemática e compromissada, algumas equipes constatem que o conjunto de padrões apresentados não contempla todas as situações e problemas da sua realidade. Nesse caso, é possível escolher uma ou algumas ferramentas da qualidade que a MCQ oferece, de acordo com a afinidade e facilidade que a equipe tenha com a(s) ferramenta(s), sua adequação ao problema abordado e seu momento no ciclo de melhoria da qualidade. Recomenda-se ainda que a equipe continue a monitorar a situação global da qualidade por meio dos instrumentos de autoavaliação e do aplicativo digital AMQ, preenchendo-os a cada seis ou 12 meses.

Para as equipes de APS/SF, para as quais o AMQ não oferece alternativas de utilização, considerando que seus padrões foram construídos e direcionados de acordo com as especificidades da SF, as ferramentas da MCQ mostram-se como possibilidade de construção de soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

Em função dessas características específicas de cada processo de trabalho na APS, sugerimos as seguintes possibilidades de utilização do AMQ e da MCQ:



Nesse sentido, é importante destacar o potencial de complementaridade e as principais particularidades de cada proposta, conforme o quadro abaixo.

AMQ	MCQ
Dirigido às equipes SF	Pode ser utilizado por qualquer equipe de APS
Exige adesão formal junto ao DAB/MS para utilização do aplicativo digital	Não exige adesão formal
Dispõe de aplicativo digital que disponibiliza relatórios que permitem às equipes e gestores monitorarem os processos avaliativos	Não dispõe de tecnologias para o monitoramento do processo de melhoria da qualidade
Apresenta padrões de qualidade predefinidos	A equipe define quais são os padrões de qualidade desejados
Metodologia de avaliação normativa	Metodologia de melhoria da qualidade
Caráter permanente, com periodicidade definida (a cada seis meses/12 meses realiza-se um momento avaliativo)	Caráter permanente, sem periodicidade definida
Propõe que a melhoria da qualidade seja realizada a partir da utilização de uma ferramenta de avaliação (o questionário avaliativo) e uma ferramenta de planejamento de intervenção (a matriz de intervenção)	Propõe diversas ferramentas para serem utilizadas em cada um dos momentos do ciclo de melhoria da qualidade

Entende-se que os objetivos da presente proposta de Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde estão consonantes com as competências de cada esfera de gestão preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica, a destacar:

8.1 Secretarias Municipais de Saúde

- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção básica na esfera municipal;
- Definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica;
- Acompanhar e avaliar o trabalho da atenção básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados.

8.2 Secretarias Estaduais de Saúde

- Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção básica na esfera estadual;
- Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes.

8.3 Ministério da Saúde

- Prestar assessoria técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família;
- Estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da atenção básica;
- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção básica de âmbito nacional.

Acreditamos que os esforços das esferas de gestão realizados de forma compartilhada e responsável serão essenciais para promover a utilização dos métodos e ferramentas aqui apresentados. Eles se constituem em passos importantes no sentido da garantia de uma Atenção Primária à Saúde de qualidade, resolutiva e ordenadora da rede de atenção do Sistema Único de Saúde.



REFERÊNCIAS

ALLES, V.; MÄKELÄ, M.; PERSSON, L.; SEUNTJENS, L. Tools and methods for quality improvement in general practice. Jyväskylä: EquiP. Grummerus Printing Finland, 1998. 99 p.

ASSAF, F. Al-assaf. MUBASHAR, Sheikh. (Ed.). Quality improvement in primary health care: a practical guide. Cairo, 2004. 338 p. (World Health Organization Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, 26).

ATUALIDADES GERENCIAIS. O uso da MCQ para reforçar os serviços de saúde reprodutiva. [S.l.]: USAID, 1993. 25 p.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa dos cuidados à saúde. Rev. Saúde Pública, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa Saúde da Família Saúde dentro de Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da

família. Caderno 1. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000, 44 p.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Metodologia de melhoria da qualidade em atenção primária à saúde. Fortaleza: SESA, 2002. 120 p.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (documento técnico).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. 3. ed. Documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d].

CAMP, R. C. Benchmarking: o caminho da qualidade. São Paulo: Pioneira, 1993.

CAMPOS, C. E. A. A. Perspectivas da utilização do fluxograma analisador no ensino de administração em saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 29, p. 191-200, 2005.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [on-line], v. 5, p. 63-69, 2005. Suplemento 1.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua no contexto da Atenção

Primária à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 5, p. 563-569, 2005.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Revista de APS, v. 8, p. 181-190, 2005.

CAMPOS, C. E. A. PISCO, L. Definindo e avaliando a qualidade em Atenção Primária à Saúde. In: PROMEF – Programa de Educação Médica Continuada a Distância. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 3. p. 97-133.

CAMPOS, C. E. A.; PISCO, L. A qualidade em APS: melhoria contínua da qualidade In: PROMEF – Programa de Educação Médica Continuada a Distância. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 3. p. 9-40.

CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF COMMUNITY BASED PUBLIC HEALTH (CBH). Uma estrutura de avaliação para os Programas de Saúde para a Comunidade. Carolina do Norte: CBPH, 2001.

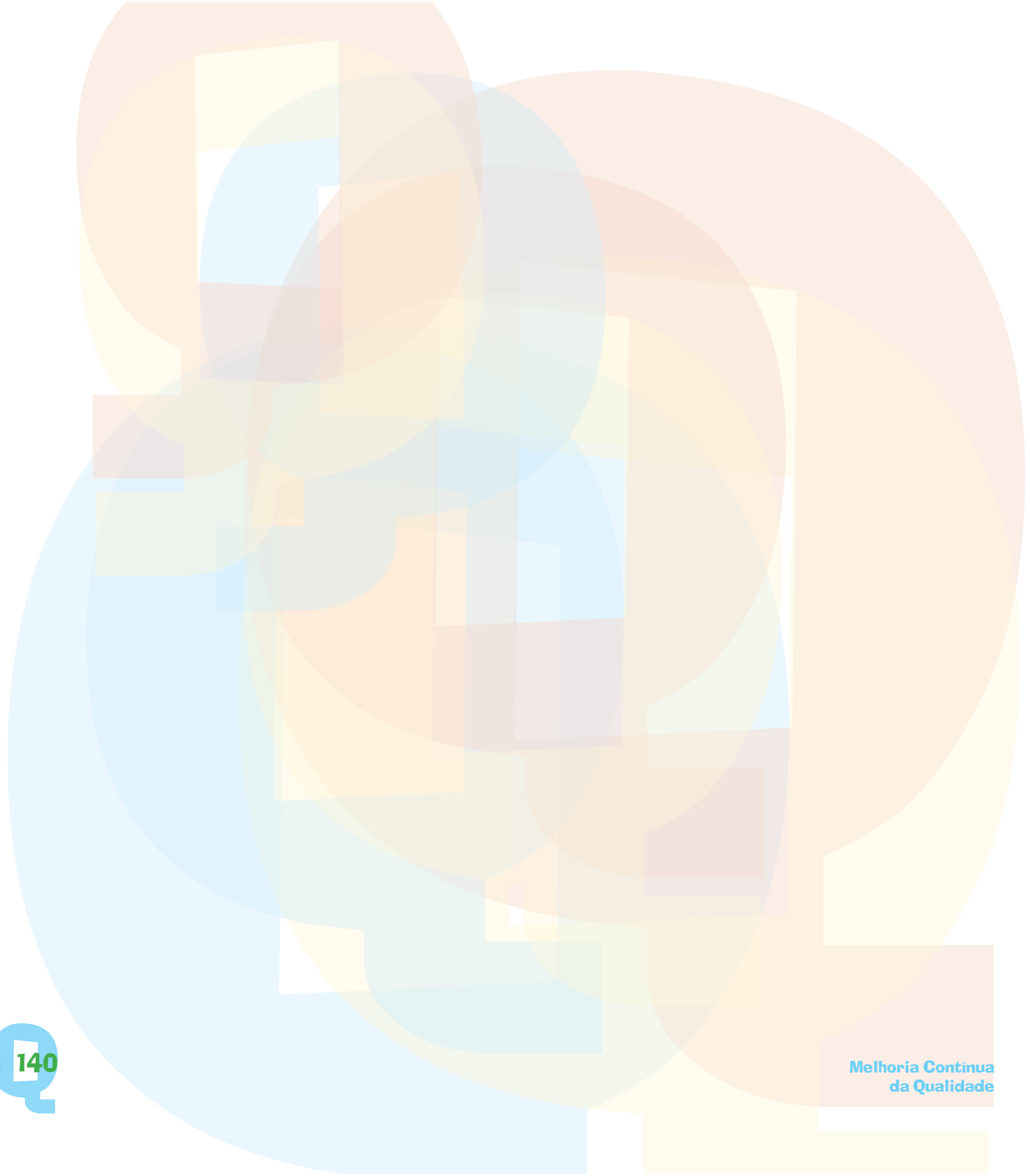
CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002. Suplemento.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DAYCHOUM, M. 40 ferramentas e técnicas de gerenciamento. São Paulo:

- BRASFORT, 2007.
- DEMO, P. Educação e qualidade. Campinas: Editora Papirus, 2000.
- DIANE, B.; GRIGGS, R. Qualidade no trabalho. Lisboa: Monitor, 2000. 96 p.
- DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1998.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund, v. 4, n. 3, p. 166-206, 1966.
- DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. La Prensa Mexicana. México: [s.n.], 1984. 194 p.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its management. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1982. v. 1.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Méd, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.
- DONABEDIAN, A. Twenty years of research on quality of medical care: 1965-1984. Eval Health Prof, v. 8, p. 243-65, 1985.
- FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das Regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en>. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300020>. Acesso em: 19 set. 2010.
- FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout na saúde da família. Experiências de médicos e enfermeiras. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2008. 196 p. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, n. 13).
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-21, jul./set. 2004.
- FIGUEIRÓ, A. C. et al. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap. 1. p. 1-13.
- FRIAS, P. G. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap. 4. p. 43-56.
- GONÇALVES, Helena; DOMINGUES, Ivo. Qualidade em saúde. Portugal: Universidade do Minho, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.sociologia.uminho.pt/Default.aspx?tabid=4&pageid=56&lang=pt-PT>>.
- GOULART, F. A. Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007.
- GUANAIS, F.; MACINCKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations evidence from Brazil. J Ambulatory Care Manag, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.
- HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. European primary care. Draft report presented to the conference Shaping the EU Health Community. The Hague, 2004. 98 p.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on the Future of Primary Care. Defining primary care: an interim report. Washington (DC): National Academy Press, 1994.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Community Oriented Primary Care. New directions for health services delivery. Washington (DC): National Academy Press, 1983.
- JURAN, J. M. A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. São Paulo: Pioneira, 1997. 551 p.
- LOHR, K. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
- LULI.ORG. Site. Diagrama de dispersão. Disponível em: <<http://www.luli.org/2008/02/diagrama-de-dispersao/>>.
- MACEDO, Alessandra Ribeiro. et al. Residência SF. Rio de Janeiro: SMS-RJ-ENSP/Fiocruz, 2007.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, F. An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health, v. 60, p. 13-19, 2006.

- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: FSP-USP, 1998. v. 3. 241 p. (Série Saúde e Cidadania).
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- MENDES, M. F. M. et al. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap. 5. p. 57-64.
- MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002. 189 p.
- MONIQUOR. Instituto de Qualidade em Saúde. 2 ed. Lisboa: Ed. Novos Suportes Publicitários Ltda, 2004. 39 p.
- MOTTA, P. R. Programa de desenvolvimento de recursos humanos: desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: FGV/OPS, 2001. 144 p.
- MOTTA, Paulo Roberto. Desempenho em equipes de saúde. Manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 144 p.
- NEW ZEALAND. Minister of Health. Improving Quality (IN): a systems approach for the New Zealand health and disability sector. Wellington: Ministry of Health, 2003.
- OAKLAND, J. Gerenciamento da Qualidade Total. São Paulo: Nobel, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008: a Atenção Primária à Saúde: agora mais que nunca. Brasília: OMS, 2008.
- PAGLIUSO, A. T. Benchmarking: relatório do comitê temático. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- PALOMER, R. M. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografias Clínicas en Atención Primaria, Barcelona, n. 13, p. 7-18, 1993.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, fev. 2001.
- PISCO, L. Ministério da Saúde de Portugal. Melhoria contínua da qualidade. Curso Monográfico. Instituto da Qualidade em Saúde.. Lisboa: [s.n.], 2004. 47 p.
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Programa Qualidade do Ministério da Segurança Social e Trabalho: um modelo integrado de aplicação da CAF. Lisboa: Medgráfica, 2004.
- SANTOS, F. Lopes dos. Estratégia e competitividade. Lisboa: CIFAG /Rei dos Livros, 1990. p. 25-53.
- SHIKAMURA, Silvia. O diagrama de dispersão. Disponível em: < <http://leg.ufpr.br/~shimakur/CE055/node15.html>>.
- STARFIELD, B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002, p. 481-564.
- THE HEALTH QUALITY SERVICE. The health quality service accreditation programme. Standards for primary care trusts. 1. ed. London: Isqua, 2001. 67 p.
- THE HEALTH QUALITY SERVICE. The health quality service accreditation programme. Standards for primary care teams. 4. ed. London: Isqua, 2001. 73 p.
- THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Standards for general practices. 2. ed. Melbourne: [s.n.], 2000.
- THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Standards for General Practices. 3. ed. Melbourne: [s.n.], 2005.
- UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.
- VERGUEIRO, W. Qualidade em serviços de informação. São Paulo: Arte e Ciência, 2002. 124 p.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate, v. 3, p. 17-24, 1991.
- WATKINS, C. J. The measurement of the quality of general practitioner care. 2. ed. London: The Royal College of General Practitioners, 1989. (Occasional Paper 15)
- WONCA. Classificação internacional de cuidados primários. 2. ed. London: Oxford University Press, 1999. 199 p.
- WORTHEIN, R. B.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. O. O objetivo, os usos, e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: SAMICO, I. et al. (Org.). Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004. Cap. 1. p. 33-58.



**Melhoria Continua
da Qualidade**