

Aplicação da gestão da qualidade no enfrentamento à COVID-19

AUTORES

Camila Fagundes de Lima Amaral. Gerente de Enfermagem.

Fernando Luis Franciscato. Gerenciamento de Risco.

Gustavo Urbano. Diretor de Atenção à Saúde.

Leandro Ultramari. Assistente Técnico nível II - Gestão de Pessoas.

Mariana Cândida Laurindo. Gerente de Qualidade.

Rachel Ivyn Alves da Silveira Corte. Coordenadora Ambulatório Médico de Especialidades.

Maisa Cabete Pereira Salvetti. Diretora Geral. Hospital Estadual Américo Brasiliense.

RESUMO

Diante da pandemia da COVID-19, o planejamento com foco na gestão da qualidade e ações de melhoria podem auxiliar a enfrentar ameaças que afetam as organizações de saúde e as populações atendidas. Neste contexto de crise, as organizações de saúde precisam desenvolver trabalho focado na redução de custos (eliminação de desperdício e retrabalho), aumento da qualidade dos serviços (redução das falhas e variabilidade nos processos e resultados) e no envolvimento e capacitação das lideranças. O objetivo deste artigo é demonstrar a aplicação prática de conceitos teóricos da gestão da qualidade, do modelo de melhoria e suas ferramentas para o enfrentamento da COVID-19 em um serviço de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, conduzido em um hospital e ambulatório públicos, estaduais, de média complexidade, com assistência exclusiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS), administrados por organização social e acreditados com excelência pela Organização Nacional de Acreditação. Em março de 2020, foi criado um time de gestão do enfrentamento à COVID-19, composto de lideranças dos setores assistenciais e de apoio da instituição. O time buscou alinhar os objetivos do enfrentamento do surto com o propósito da organização, mapeou o processo de atendimento à COVID-19 e construiu diagrama direcionador do projeto. Para construção do conhecimento específico, as equipes guiaram ações e protocolos com conhecimento científico disponível aliado à experiência prática dos colaboradores na gestão de seus processos de trabalho. Foram construídos novos indicadores nos setores de apoio e assistenciais, para entendimento do desempenho e análise da necessidade e do efeito de mudanças nos processos de trabalho considerados críticos para os resultados organizacionais estratégicos. Considerando os resultados apresentados, podemos inferir que a aplicação da gestão da qualidade e da melhoria contínua na organização de um serviço de saúde para o enfrentamento da COVID-19 tem se demonstrado eficiente e contribuído para o fortalecimento de uma gestão mais democrática.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade; COVID-19; Administração de Serviços de Saúde; Melhoria de Qualidade; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu o primeiro alerta de casos de pneumonia causada por novo tipo de coronavírus, Sars-CoV-2, agente etiológico da COVID-19¹. Ainda há lacunas no conhecimento científico da COVID-19, mas sabe-se que entre 10 a 26% dos pacientes hospitalizados necessitarão de Unidade de Terapia Intensiva, implicando em necessidade de planejamento do manejo².

Diante dessa realidade, o planejamento com foco na gestão da qualidade e ações de melhoria podem auxiliar a enfrentar e gerenciar ameaças que afetam as organizações de saúde e as populações atendidas. A arte de gerenciar e planejar num contexto de crise está consubstancialmente ligada à identificação dos pontos de criticidade gerencial e ao investimento em uma postura proativa e reativa, de forma sistematizada, uma vez que fornecedores e clientes são afetados abruptamente³.

A melhoria da qualidade inclui toda linha de produção, entendendo-a como sistema, desde a chegada de materiais até entrega do produto ao consumidor, do reprojeto de produtos a futuros serviços. No século XX, autores se dedicaram ao desenvolvimento da Gestão da Qualidade e suas aplicações industriais. Dentre eles, Deming criou programas de qualidade e melhoria contínua e propôs a “Teoria do Conhecimento Profundo”, uma interação entre as teorias de sistemas, contemplando visão sistêmica, variação, conhecimento e psicologia⁴.

Baseando-se no trabalho de Deming e no Modelo de Melhoria criado pelo Associates for Process Improvement (API), o Institute for Healthcare Improvement (IHI) aplica uma abordagem denominada “Ciência da Melhoria” para trabalhar com sistemas de saúde, países e organizações para melhoria de qualidade, segurança e valor na assistência à saúde⁵. A Gestão da Qualidade na assistência à saúde pode ser definida como “o grau em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e população aumenta a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento atual, reconhecendo seis dimensões da qualidade do cuidado: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade⁶.”

JUSTIFICATIVA

No contexto de crise, as organizações de saúde pública precisam desenvolver trabalho focado na redução de custos (eliminação de desperdício e retrabalho), aumento da qualidade dos serviços (redução das falhas e variabilidade nos processos e resultados) e no envolvimento e capacitação das lideranças. O enfrentamento de momentos de crise está consubstancialmente ligado à identificação dos pontos de criticidade gerencial e ao investimento em uma postura proativa e reativa, de forma sistematizada.

O emprego da gestão da qualidade no enfrentamento de emergências em saúde, como a pandemia COVID-19, com lacunas no conhecimento científico, variabilidade e complexidade de problemas e escassez de recursos, pode contribuir no planejamento eficiente através da aplicação de instrumentos de gestão organizacional que permitem organizar, descrever e padronizar novos processos de trabalho e revisar existentes.

OBJETIVOS

Demonstrar a aplicação prática de conceitos teóricos da Gestão da Qualidade, do Modelo de Melhoria e suas ferramentas para o enfrentamento da COVID-19 em serviço de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência.

A prática foi conduzida em hospital e ambulatório públicos, estaduais, de média complexidade, localizados no interior do estado de São Paulo, com assistência exclusiva ao SUS, administrados por organização social sem fins lucrativos e acreditados com excelência pela Organização Nacional de Acreditação. A instituição possui unidades de clínica médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva- UTI e disponibiliza leitos de enfermaria e UTI para assistência aos pacientes com COVID-19.

RESULTADOS

No final de março de 2020, foi criado time de gestão do enfrentamento à COVID-19, composto de lideranças dos setores assistenciais e de apoio institucionais. Este time buscou alinhar os objetivos do enfrentamento à COVID ao propósito da organização (visão, missão e valores) e utilizou a ferramenta do diagrama direcionador (DD) para ajudar a organizar o projeto, expondo os direcionadores e teorias iniciais sobre quais mudanças produziram os resultados esperados, que então podem ser testadas e aprimoradas com os ciclos PDSA (*Plan-Do-Study-Act*)⁷.

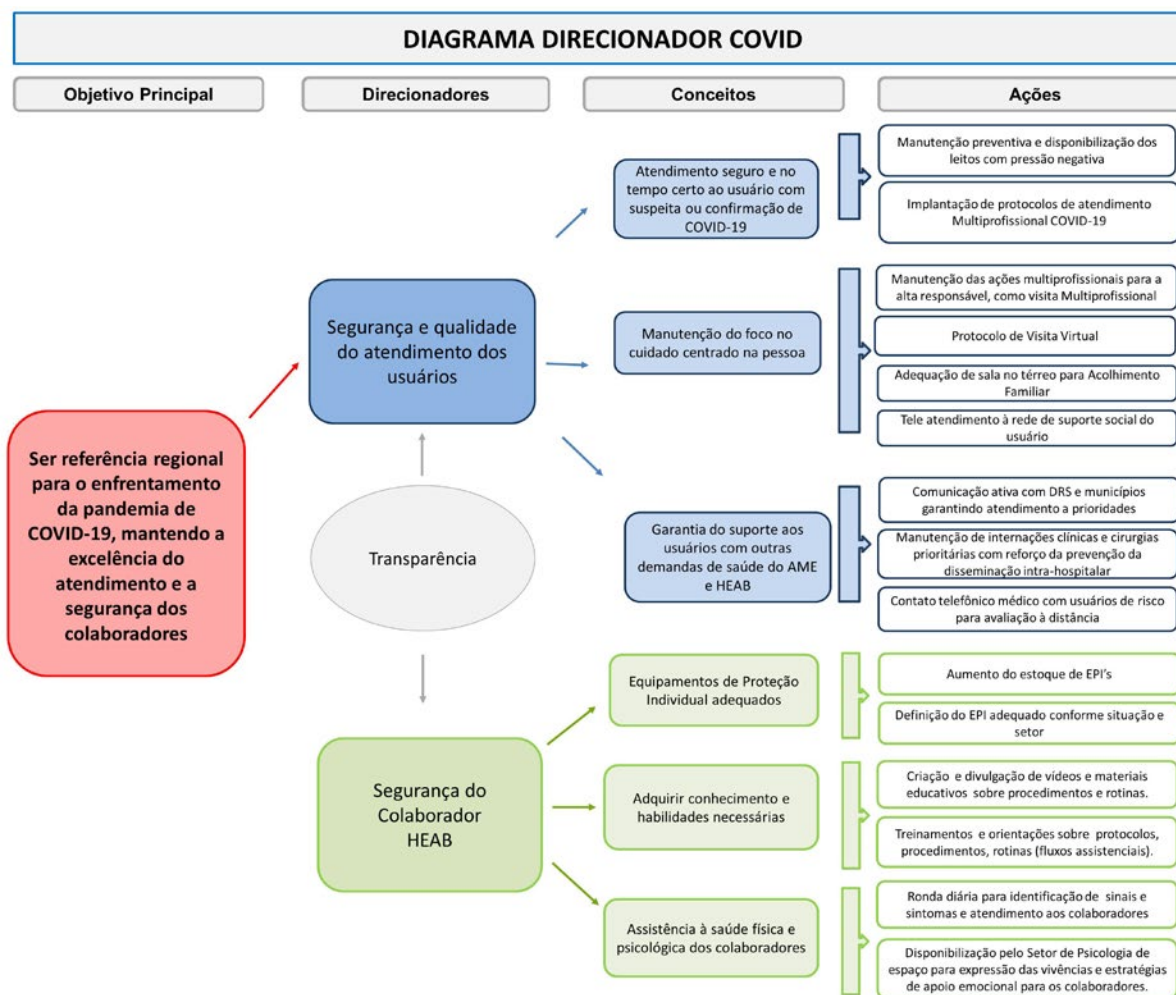


Figura 1: Diagrama Direcionador enfrentamento ao COVID-19

Definindo claramente o objetivo de manter a excelência e a segurança dos pacientes e colaboradores, mesmo durante a crise trazida pela COVID-19, o time de liderança, junto aos colaboradores da linha de frente, organizou ações embasadas nos conceitos e ferramentas da gestão da qualidade. A seguir, as ações são analisadas relacionando a teoria do conhecimento profundo de Deming à gestão hospitalar.

VISÃO SISTÊMICA APLICADA À COVID-19

Um dos 10 Princípios da Qualidade de Deming⁴ é a Gestão por Processos, com o conceito da cadeia “fornecedor – processo – cliente”, integrando diferentes funções e compondo rede de interação. Abaixo, demonstra-se o mapeamento do processo do atendimento aos usuários com COVID-19 na instituição.

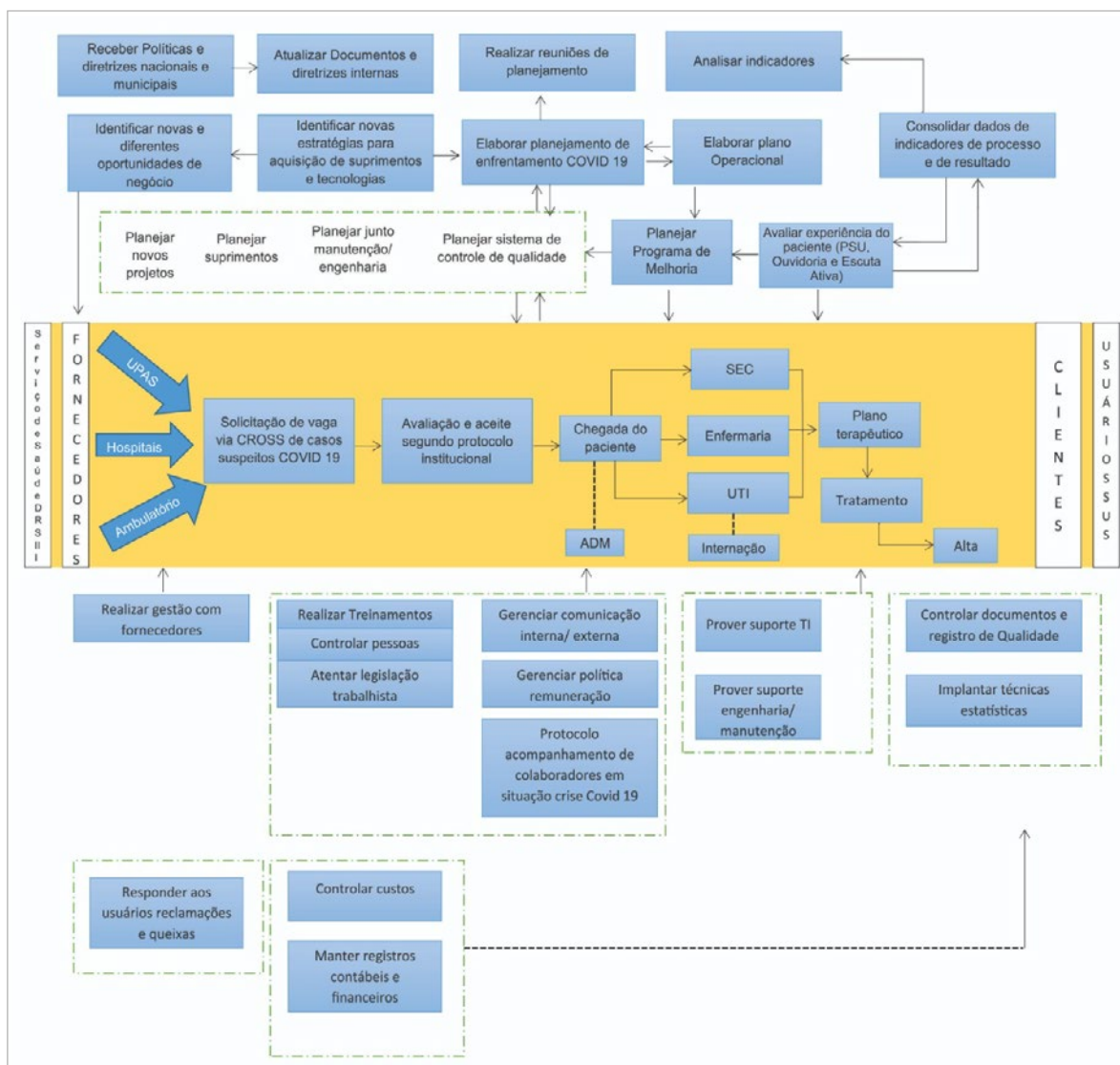


Figura 2: Mapeamento do processo assistencial COVID utilizando modelo de visão sistêmica de Deming.

No ambulatório médico de especialidades (AME), as adaptações foram realizadas com parceria com fornecedores (gestores dos municípios atendidos) e clientes (usuários SUS), adaptando a rotina para manutenção de atendimentos prioritários, suspensão de eletivos e garantia de que os usuários estivessem cientes da nova condição, sem prejuízos ao seu tratamento futuro ou em demandas urgentes.

Para possibilitar a escuta do cliente final do processo, o usuário SUS, foi realizado questionário com todos os pacientes internados por suspeita de COVID pela Ouvidoria para compreensão da experiência e escuta de sugestões de melhoria.

TEORIA DO CONHECIMENTO

Para aplicação do modelo de melhoria, é necessário aliar o conhecimento específico (adquirido por aprendizagem formal e informal para o desempenho da atividade, como o dos profissionais de saúde) ao conhecimento de como o sistema a ser melhorado funciona, por meio de observações e mudanças que permitam a mensuração de seus resultados⁷.

Para construção do conhecimento específico, equipes envolvidas na gestão embasaram protocolos no conhecimento científico disponível, com atualização constante, aliado à experiência prática dos colaboradores na gestão de seus processos de trabalho. Foi construído plano de ação com a ferramenta 5W2H⁸ para coordenação da preparação institucional, com referências dos check-lists do American College of Emergency Physicians e Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), contemplando desde o treinamento das equipes até a adequação de estruturas e estoques.

A fim de embasar treinamentos e garantir fácil consulta, foram elaborados 25 protocolos específicos para a pandemia (protocolos operacionais de instrução de trabalho, assistenciais e técnicos), contemplando etapas dos processos de atendimento e de apoio (triagem, agendamento, diagnóstico, proteção e segurança do trabalhador, tratamentos e técnicas multiprofissionais como intubação, ventilação e posição prona, alta e óbitos).

No AME, o estudo dos protocolos de segurança e o conhecimento trazido pelos fornecedores e clientes modificaram o agendamento (reduzindo aglomerações e protegendo grupos de risco), a oferta (adaptada para necessidades sinalizadas como prioritárias pelos municípios, usuários e médicos), a recepção (com implantação de triagem), o ambiente (áreas de circulação COVID e não COVID) e o processo de atendimento (inovação com teleatendimento, implantação de plantão de um clínico e um cirurgião para demandas espontâneas no período de maior redução de atividades, economizando recursos médicos).

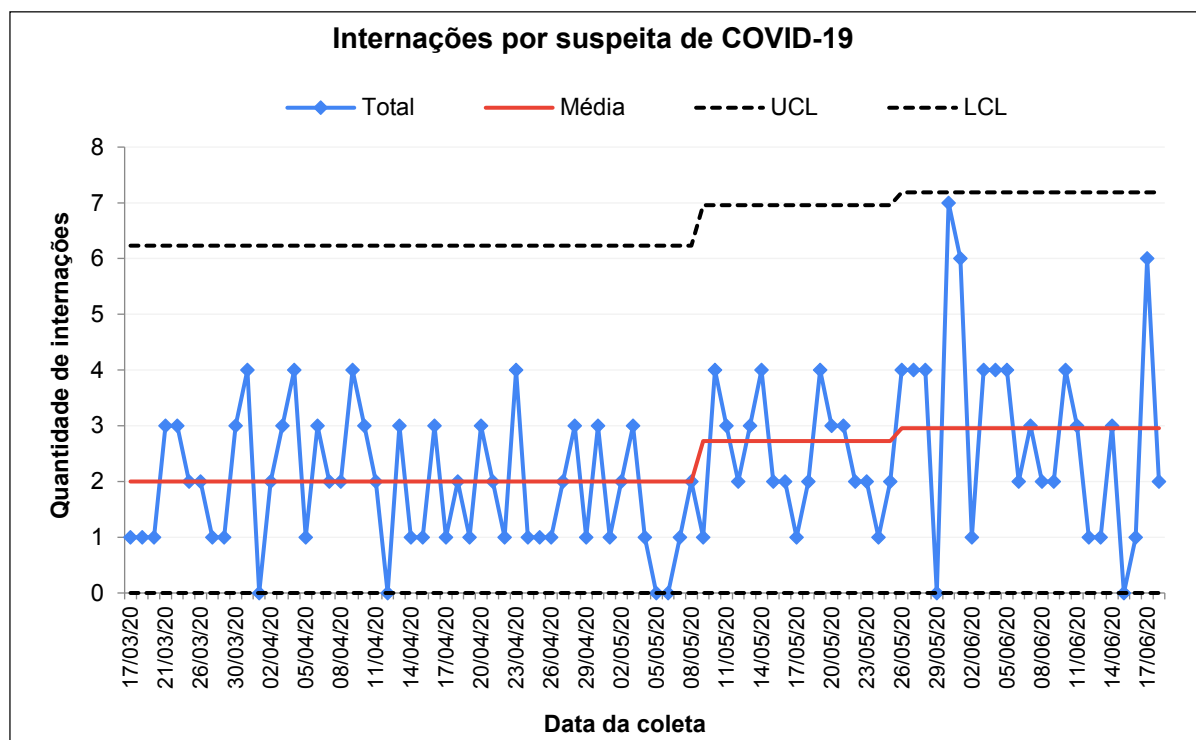
Para construção do conhecimento do comportamento do sistema de atendimento à COVID-19, foram construídos novos indicadores nos setores de apoio e assistenciais, para entendimento do desempenho e análise da necessidade e do efeito de mudanças nos processos de trabalho considerados críticos.

ENTENDIMENTO DA VARIAÇÃO

Para aprofundar o conhecimento dinâmico da situação e detecção de resultados de mudanças rápidas da situação externa e interna, foram preferidos gráficos de controle⁹, de modo semelhante à interpretação estatística do surto de COVID-19 no Colorado realizada por Arthur¹⁰.

Na sua construção, inicialmente buscou-se o entendimento da situação epidemiológica da região de abrangência do serviço de saúde (Departamento Regional de Saúde III- Araraquara- DRS), a fim de compreender se as variações regionais eram condizentes com a demanda absorvida pela instituição. De acordo com o boletim do Grupo de Vigilância Epidemiológica XII de Araraquara, em 18 de junho de 2020, havia 1.644 casos de COVID-19 confirmados e 30 óbitos na região, observando-se início lento da transmissão com menos de 10 casos/dia em março e abril, com ascensão da curva a partir de maio, chegando em junho com mais de 60 casos/dia¹¹.

As internações por suspeita de COVID-19 na instituição são acompanhadas diariamente e sua forma gráfica analisada. A variação do comportamento das internações se tornou evidente pela mudança da média a partir do início de maio, resultando na ação institucional de sinalização para o DRS quanto à necessidade de ampliação dos recursos para internação, ocorrida no início de junho, com aumento de leitos de UTI em outro hospital da região.



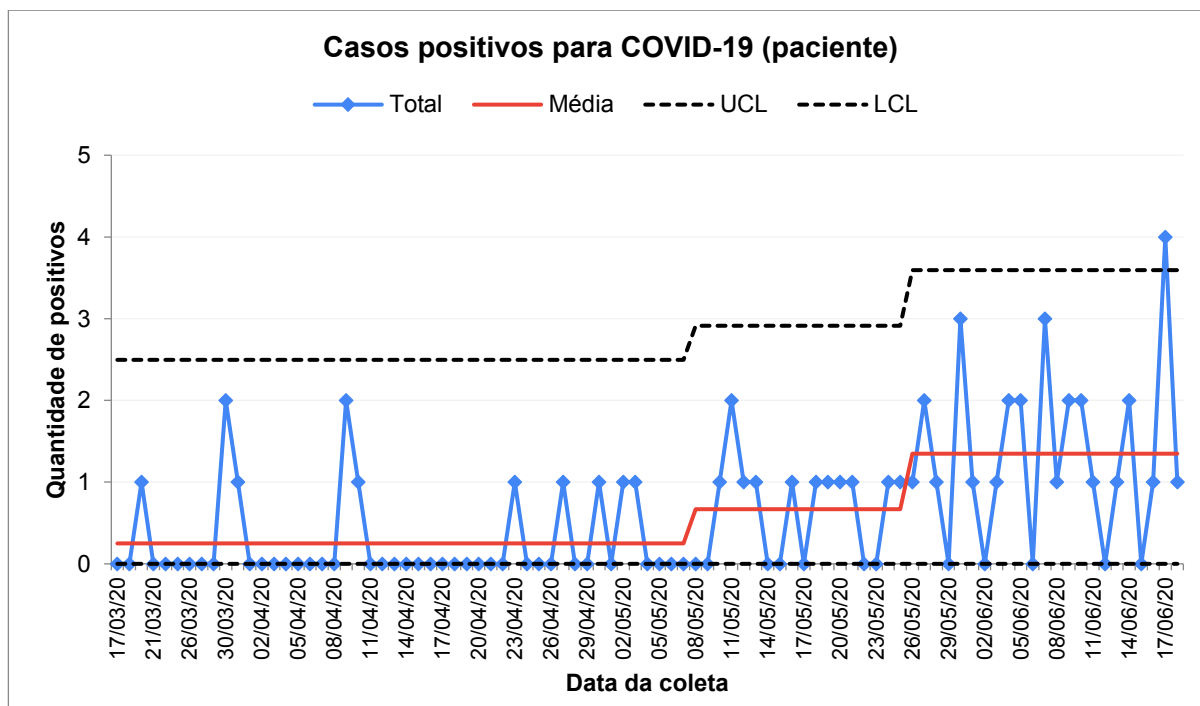
UCL: Upper Control Limit, ou limite de controle superior; LCL: Lower Control Limit, Limite de controle inferior.

Gráfico 1: Internações por suspeita de COVID-19

Tais dados também possibilitaram a elaboração de estratégias para redução de custos. Diante da manutenção de estabilidade dos primeiros 30 dias, uma parcela das equipes foi

dispensada de turnos de trabalho e o período contabilizado como horas negativas, sem prejuízo ao salário do trabalhador, com previsão de compensação futura para retomada de atividades eletivas. Além disso, foi possível retomar parcialmente atendimentos e exames ambulatoriais.

No final de maio, quando observada tendência a aumento de internações e de casos confirmados (Gráfico 2), foi possível embasar as decisões de manter cirurgias suspensas, aumentar os estoques de medicamentos críticos e conceder ou suspender férias de setores conforme previsão de demanda.

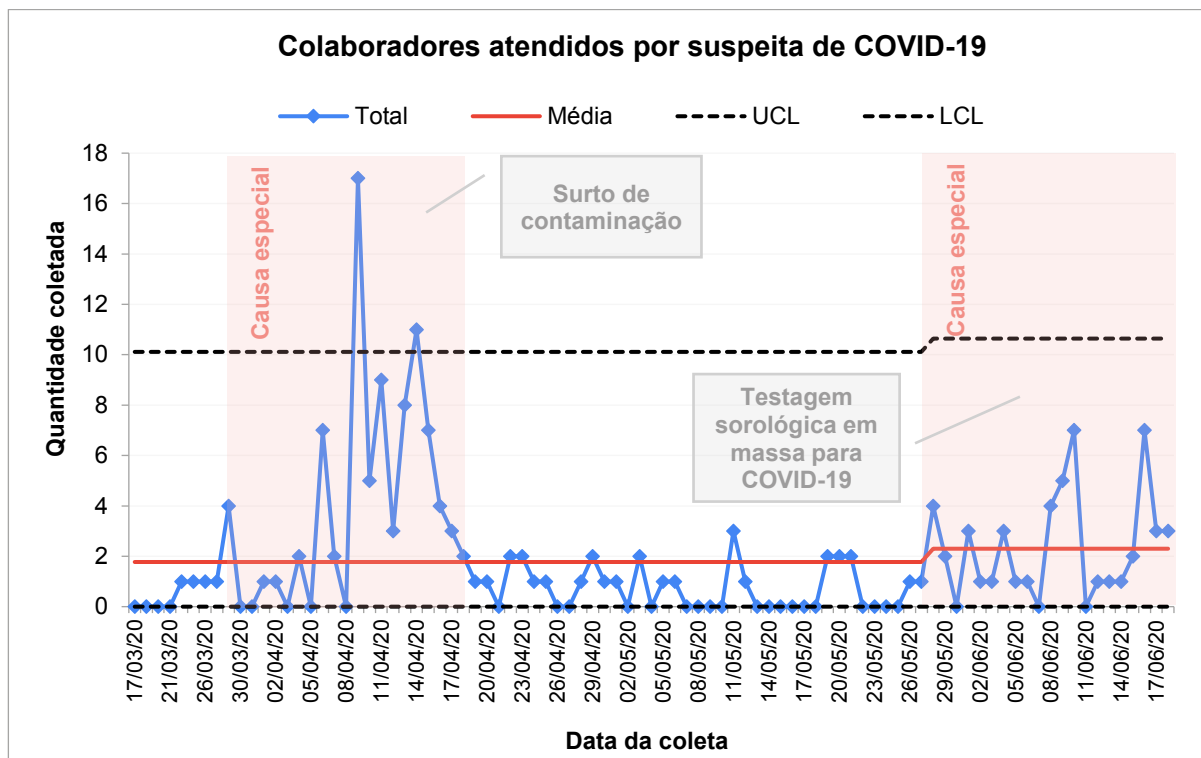


UCL: Upper Control Limit, ou limite de controle superior; LCL: Lower Control Limit, Limite de controle inferior.

Gráfico 2: Confirmação de COVID-19 em pacientes internados

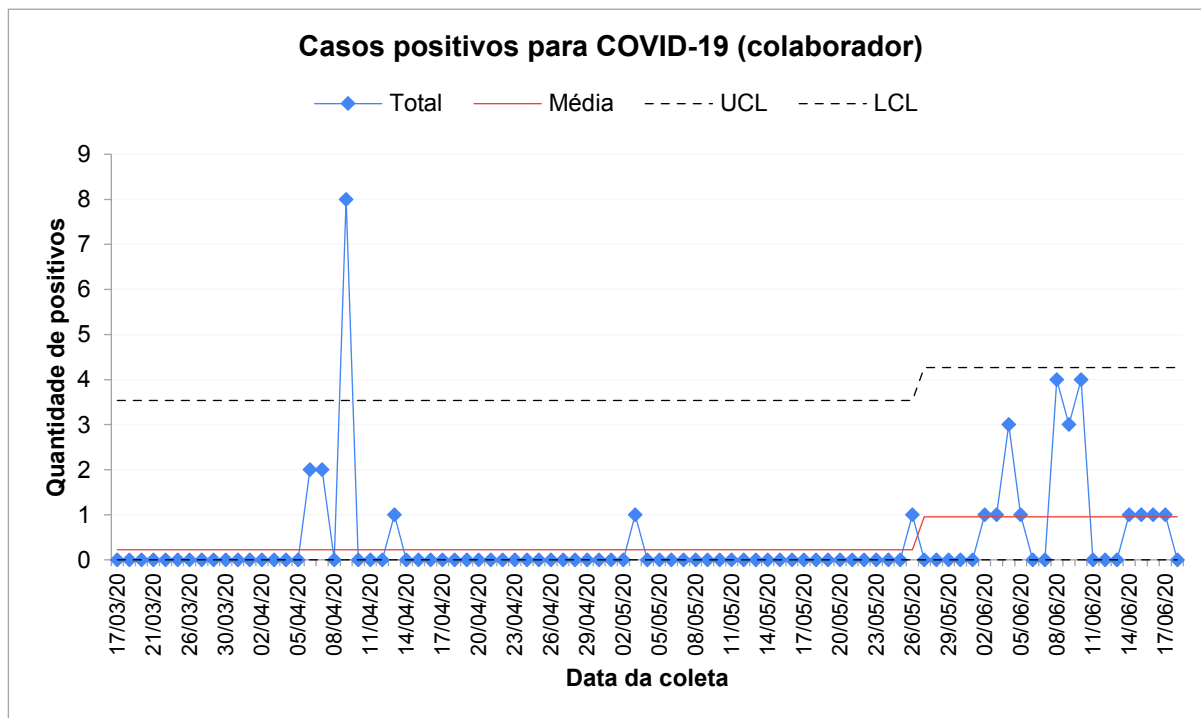
Por fim, o monitoramento da letalidade por COVID permitiu acompanhar a gravidade dos casos internados e a qualidade da assistência. Um dos primeiros casos atendidos evoluiu gravemente, criando 1 óbito dentre o pequeno número de casos atendidos, criando taxa de letalidade de 14,3% em abril. Observou-se que a letalidade caiu rapidamente após e mantém-se estável em torno de 6%, que, comparada com relatos epidemiológicos¹², pode ser considerada baixa. O monitoramento das admissões de pacientes graves e óbitos ocorridos na região levou à decisão de investir em capacitação dos fornecedores do processo, criando projeto de matriciamento focado no atendimento COVID para rede pré-hospitalar da região (UPAs, hospital de campanha e atenção básica), já que a qualidade do fornecedor terá impactos no resultado do atendimento institucional.

Para acompanhamento da saúde do colaborador, são acompanhadas as notificações de casos suspeitos e positivos de COVID-19 (Gráficos 3 e 4).



UCL: Upper Control Limit, ou limite de controle superior; LCL: Lower Control Limit, Limite de controle inferior.

Gráfico 3: Colaboradores atendidos por suspeita de COVID-19



UCL: Upper Control Limit, ou limite de controle superior; LCL: Lower Control Limit, Limite de controle inferior.

Gráfico 4: Casos confirmados de COVID-19 em colaboradores

Com a observação de aumento de casos no início de abril, a gestão tomou medidas imediatas: implantação de rondas no início e final do trabalho para avaliação de sinais e sintomas de COVID-19; uso disseminado de máscaras; regime de trabalho remoto para colaboradores administrativos; reorganização de ambientes com aglomerações, como refeitório. Os colaboradores pertencentes ao grupo de maior risco para gravidade da doença¹³ e gestantes foram afastados em março. As medidas se mostraram eficientes para contenção da disseminação intra-hospitalar de 12/04 a 30/05 (nos dois casos positivos no período, a análise sugeriu alta probabilidade de contaminação em outro serviço de saúde e domiciliar). De 03 a 10 de junho, foi realizada a pesquisa de anticorpos para o SARS-CoV-2 em todos os colaboradores e prestadores de serviços, sendo responsável por 14 dos casos positivos no período, todos atendidos para avaliação médica; em apenas 1 foi detectada infecção vigente (por RT-PCR de swab combinado de naso e orofaringe), portanto não sendo possível afirmar a data de contaminação do restante. Mesmo assim, estão sendo reforçadas medidas de distanciamento e proteção individual no ambiente de trabalho e refeitório, bem como a vigilância e afastamento de colaboradores com familiares com quadro suspeito, tendo em vista o aumento de casos comunitários na região.

No ambulatório, foram monitorados o absenteísmo dos usuários (média de 77% de abril a maio), o afastamento dos colaboradores e a quantidade de casos na região de abrangência. A partir dessas análises, a execução das ações para retomada das atividades foi iniciada. O absenteísmo dos usuários traduzia a insegurança e dificuldade dos usuários em comparecer aos atendimentos e reforçava o papel do teleatendimento; assim, após alinhamento e autorização da Secretaria Estadual de Saúde, as consultas via telefone foram disseminadas. Além disso, a oferta de consultas e exames eletivos vem sendo adaptada semanalmente conforme análise dos 03 indicadores citados. Agregada à análise dos indicadores, a utilização do ciclo PDSA nos testes das mudanças das rotinas possibilitou ao ambulatório maior eficácia na execução das ações, reduzindo desperdícios com testes em escalas menores e adaptando conforme aumento da abrangência da mudança.

PSICOLOGIA - LADO HUMANO DA MUDANÇA

Para enfrentar a pandemia que impõe adaptações contínuas e urgentes em um cenário de incertezas, é essencial o envolvimento dos colaboradores direta ou indiretamente relacionados com cada processo. O reconhecimento e a identificação de como cada pessoa pode contribuir com a resolutividade das questões que emergem se torna imprescindível para alavancar e sustentar as ações de melhoria.

Tendo o entendimento de que a psicologia da mudança é a ciência e a arte da conduta humana relacionada com a transformação, ativar a mobilização pessoal se torna uma importante estratégia para o enfrentamento da pandemia. A seguir, estão descritas ações tomadas embasadas na teoria da psicologia da mudança¹⁴, cujo objetivo central é ativar a mobilização pessoal, que teria dois componentes fundamentais: o poder (habilidade de agir com objetivo), e a coragem (recursos emocionais para escolher atuar perante a dificuldade ou incerteza).

Para liberar a motivação intrínseca (fazer algo pela satisfação inerente ao engajamento na atividade) dos colaboradores durante o enfrentamento da COVID-19 e não apenas esperar engajamento por motivação extrínseca (fazer algo porque gera recompensa, reconhecimento, ou porque evita punição), é necessário criar as condições para muitas pessoas desenvolverem uma causa comum baseada no valor inerente que cada um experimenta na atividade. Para isso, foram utilizadas as estratégias descritas abaixo.

Grupo de acolhimento: focado na média gerência, foi organizado pela área de Gestão de Pessoas, em 02 etapas, com objetivos de (1) acolher as demandas em grupo diante da situação de crise e revelar cognições disfuncionais e funcionais e (2) auxiliar na avaliação e construção de novas cognições diante da realidade da pandemia, a fim de promover uma melhor adaptação à situação.

Mural do elogio: para fortalecer a construção de cognições funcionais e valorizar as equipes, murais foram distribuídos para que os colaboradores pudessem elogiar e receber elogios.

Suporte psicológico aos colaboradores: oferecido suporte presencial e virtual (ligações, videoconferências e mensagens) para acolher demandas psíquicas e fornecer suporte emocional pessoal ao colaborador, cultivando seus propósitos pessoais e sua relação com a motivação para o trabalho no enfrentamento da pandemia.

Outros pontos importantes da psicologia da mudança são a distribuição do poder, a capacidade de adaptar em ação e o co-desenho das mudanças. Para a compreensão dinâmica da situação e o engajamento, é necessário que os colaboradores em contato direto com os problemas se envolvam nas propostas. Para tal, são realizadas, durante o período de gerenciamento da crise da pandemia, reuniões semanais do time de liderança com representantes de todos os setores envolvidos na execução ou apoio do processo; análises dos problemas utilizando diagrama de Ishikawa com os colaboradores e gestores; escuta de sugestões e reclamações através do quadro de aprendizagem organizacional e do Canal Aberto do Colaborador. Além do time de liderança, foram direcionados outros grupos focados em problemas específicos, envolvendo fornecedores e clientes internos, como almoxarifado e unidades de internação, SESMT, SCIRAS e unidades de internação e laboratório e SCIRAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de modelos e ferramentas de gestão favorecem a comunicação, o engajamento dos colaboradores e contribui para garantir uma operação orgânica e multidisciplinar. A gestão participativa, princípio do SUS, favorece a democratização das decisões, reduz a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção e apoia o protagonismo na conquista do direito à saúde¹⁵.

O hospital apresenta taxa de letalidade dos pacientes internados por COVID-19 em torno de 6%, incidência (quinzenal) de COVID-19 em colaboradores menor que 2% e 100% de satisfação dos usuários (conforme pesquisa de satisfação interna).

São limites deste relato a transversalidade deste estudo, que se limita a um período de tempo, e o cenário epidemiológico da região, que ainda não chegou ao pico da pandemia.

Considerando os resultados apresentados, podemos inferir que a aplicação da gestão da qualidade e da melhoria contínua na organização de um serviço de saúde secundário hospitalar e ambulatorial para o enfrentamento da COVID-19 tem se demonstrado eficiente e contribuído para o fortalecimento de uma gestão mais democrática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected – Interim guidance. January 28, 2020.
2. Fowler R, et al. Care for Critically ill patients with COVID-19. JAMA , March 11, 2020.
3. Brasiliano, ACR. Elaboração de um Plano de Contingência Empresarial (Gerenciamento de Crise). Revista Proteger, São Paulo: v. 20, Caderno de Segurança Empresarial nº 14, jul./ago. 1998.
4. Deming WE. Qualidade a revolução da administração. Marques-Saraiva; Rio de Janeiro, 1990.
5. Institute for Healthcare Improvement. Science of Improvement. Disponível em <<http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>>. Acesso em 18 de junho de 2020.
6. The health foundation (THF). Quality improvement made simple. What everyone should know about healthcare quality improvement. Second edition, August 2013. Health Foundation ISBN 978-1-906461-47-8
7. Langley G, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. Campinas: EDTI; 2011.
8. Carpinetti, LCR. Gestão da qualidade: conceitos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2012.
9. Associates in Process Improvement. O Manual de Melhoria: modelo, métodos e ferramentas para melhoria. Versão Avançada. Austin, Texas: API; 1990-1998.
10. Arthur, J. Examining Colorado’s Covid-19 Outbreak Using Control Charts. Quality Digest, Chico, CA, may 06, 2020, Health Care. Disponível em <https://www.qualitydigest.com/inside/healthcare-article/colorado-covid-19-using-control-charts-042220.html?utm_source=qimacrosmonthlynewsletter&utm_campaign=2.1&cmp=1&utm_medium=email.> Acesso em 04 de junho de 2020.
11. Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XII Araraquara. Boletim SRAG/COVID-19 de 18 de junho de 2020.
12. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA. 2020;323(20):2052-2059. doi:10.1001/jama.2020.6775
13. Jordan Rachel E, Adab Peymane, Cheng K K. Covid-19: risk factors for severe disease and death BMJ 2020; 368 :m1198

14. Hilton K, Anderson A. Framework da Psicologia da Mudança do IHI para avançar e manter os esforços de melhoria. Livro Branco do IHI. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018.
15. Campos, GWS. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.849-859, 2007.