

NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

INTERDISCIPLINARIDADE NA ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

JACIONE LEMOS BOTELHO MAIA

VÂNIA DO PERPETUO SOCORRO B. CANTANHÊDE HOLANDA

NEFROLOGIA

UNIDADE 3

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE
QUALIDADE COMO FACILITADOR
DO PROCESSO DE CUIDADO AO
PACIENTE RENAL



NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

INTERDISCIPLINARIDADE NA ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

JACIONE LEMOS BOTELHO MAIA

VÂNIA DO PERPETUO SOCORRO B. CANTANHÊDE HOLANDA

NEFROLOGIA

UNIDADE 3

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE
QUALIDADE COMO FACILITADOR DO
PROCESSO DE CUIDADO AO PACIENTE
RENAL



AUTORAS

JACIONE LEMOS BOTELHO MAIA

Possui graduação em Farmácia-Bioquímica; especialização em Fitoquímica; e mestrado em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Tem experiência na área de Farmácia Hospitalar, Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e Higienização de Superfícies Hospitalares. Desenvolve atividades na área de Gestão da Qualidade com enfoque em Acreditação Hospitalar e NBR ISO 9001:2008. É auditora interna da Qualidade e atua na Unidade de Gestão de Riscos no setor de vigilância em saúde e segurança do paciente do Hospital Universitário da UFMA.

Vânia do Perpetuo Socoro Bastos Cantanhêde Holanda

Possui graduação em Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão (1994); mestrado em Saúde e Ambiente, pela UFMA (2007). É gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), desde 2012, e faz parte da Diretoria, exercendo a função de secretária do Departamento de Gerontologia. Atualmente, é tutora de Qualidade do Núcleo de Gestão da Qualidade do Hospital Universitário da UFMA; e enfermeira no programa de apoio aos aposentados do estado do Maranhão. Como enfermeira, desenvolveu atividades no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) da Prefeitura de São Luís; e como professora de pós-graduação, coordenou a equipe multiprofissional de Saúde na Universidade Federal do Maranhão, na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Residência de Enfermagem. Tem experiência na área de Assistência em Enfermagem em Clínica Médica; Cirúrgica; Pediatria. Foi diretora de Unidade Mista de Saúde; coordenou Serviços de Enfermagem; assessorou Regionais Estaduais de Saúde e atuou como enfermeira de Saúde Pública. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: enfermagem, programa Saúde da Família, idoso e planejamento. Há três anos participou da equipe de implantação e implementação do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil, em São Luís (MA).

EQUIPE TÉCNICA

Coordenação Geral

Natalino Salgado Filho

Coordenação Adjunta

Christiana Leal Salgado

Coordenação de Conteúdo

Patrícia Maria Abreu Machado

Coordenação de Produção de Recursos Educacionais

Paola Trindade Garcia

Coordenação do Núcleo de Tecnologias da Informação

Aldrea Malheiros Oliveira Rabelo

Edilson José Luis Rabelo Júnior

Higo Lobato Sampaio

Supervisão de Curso

Maiara Monteiro M. Castelo Branco

Luana Dias da Cunha

Coordenação do Núcleo de Comunicação e Design

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Supervisão de Produção

Priscila André Aquino

Secretaria Geral

Joseane de Oliveira Santos

O CURSO

O curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar tem como objetivo promover a capacitação de profissionais da saúde no âmbito da atenção primária visando o cuidado integral e ações de prevenção à doença renal. Busca, ainda, desenvolver e aprimorar competências clínicas/gerenciais na prevenção e no tratamento do usuário do SUS que utiliza a Rede Assistencial de Saúde.

Este curso faz parte do Projeto de Qualificação em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA, em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o apoio do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doença Renal da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Essa iniciativa pioneira no Brasil contribuirá também para a produção de materiais instrucionais em Nefrologia de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, disponibilizando-os para livre acesso por meio do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES. Esse acervo é um repositório digital da UNA-SUS que contribui com o desenvolvimento e a disseminação de tecnologias educacionais interativas.

O modelo pedagógico enquadra-se na modalidade de educação a distância (EAD) que possibilita o acesso ao conhecimento, mesmo em locais mais remotos do país, e integra profissionais de nível superior que atuam nos diversos dispositivos de saúde. Estamos associando tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a você, nosso discente, materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica de ensino-aprendizagem.

Esperamos que você aproveite todos os recursos produzidos para este curso.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo!

Prof.^a Dr.^a Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Coordenador do Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA

Produção

Edição Geral

Christiana Leal Salgado
Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos
Eurides Florindo de Castro Júnior

Revisão Técnica

Érika Cristina Ribeiro de Lima Carneiro
Christiana Leal Salgado
Patrícia Maria Abreu Machado

Revisão de Texto

Fábio Alex Matos Santos
João Carlos Raposo Moreira

Projeto Gráfico

Marcio Henrique Sá Netto Costa

Colaboradores

Antonio Paiva da Silva
Antonio Pedro Aragão Ferreira
Camila Santos de Castro e Lima
Douglas Brandão França Junior
Hanna Correa da Silva
João Gabriel Bezerra de Paiva
Luan Passos Cardoso
Paola Trindade Garcia
Priscila Aquino
Raissa Bezerra Palhano
Soraya Fróes

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65.020-660, Centro, São Luís - MA..
Site: www.unasus.ufma.br

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva CRB 13ª Região N° Registro - 453

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Capacitação de recursos humanos/Jacione Lemos Botelho Maia; Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda. - São Luís, 2017.

50f.: il.

1. Saúde pública. 2. Educação em saúde. 3. Prática profissional. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. II. Carneiro, Érika Cristina Ribeiro de Lima. IV. Salgado Filho, Natalino. V. Machado, Patrícia Maria Abreu.

CDU 616-036

Copyright @UFMA/UNA-SUS, 2017. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

APRESENTAÇÃO

Olá, caro aluno.

Este conteúdo abordará, estudaremos sobre a importância da gestão da qualidade na atenção ao paciente renal crônico e como esta pode melhorar os processos de trabalho nos serviços de saúde.

Além disso, serão apresentadas informações para a utilização de fluxogramas e o uso de indicadores para a obtenção de melhores resultados na identificação e assistência aos pacientes e qualidade dos serviços de saúde.

Aproveite a leitura!

OBJETIVOS

- Descrever sobre as mudanças decorrentes da capacitação profissional na práxis do trabalhador de saúde.
- Utilizar as ferramentas de gestão da qualidade nos diferentes serviços de saúde que atendem os portadores de DRC.

SUMÁRIO

	p.
UNIDADE 3	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Qualidade: conceitos gerais	19
2 GESTÃO DE QUALIDADE	21
2.1 A gestão da qualidade nos serviços de saúde	22
2.1.1 Organização de fluxos.....	26
2.1.2 Controle dos documentos.....	29
2.1.3 Controle de registros.....	33
2.1.4 Do registro ao indicador: registro como fonte de dados.....	35
2.1.5 Capacitação da equipe.....	36
2.1.6 Controle de processos.....	37
2.1.7 Análise crítica de processos.....	39
2.1.8 Organização ambiental.....	41
REFERÊNCIAS.....	47

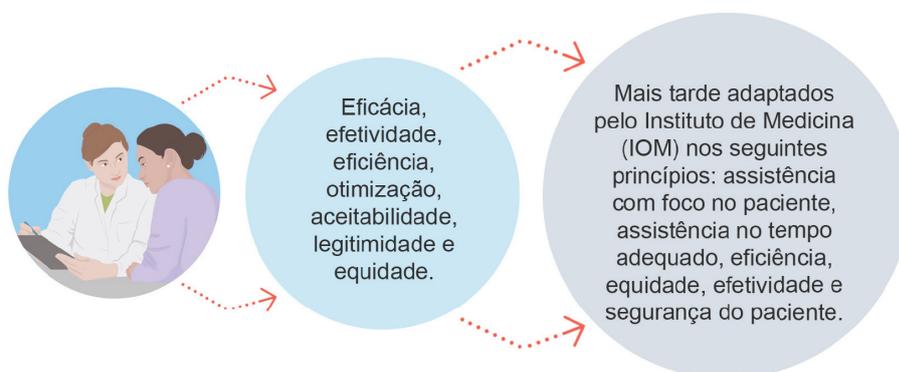
UNIDADE 3

1 INTRODUÇÃO

Desde o princípio da existência humana observa-se a preocupação com a qualidade na busca pelo que é ideal, adequado, bonito e perfeito. Entretanto, foi com a Revolução industrial, no século 19, que surgiram os primeiros conceitos sobre qualidade e processos de trabalho.

De acordo com Adami; Yoshitome (2003), na área da saúde, os conceitos nascidos na indústria começaram a ser praticados no século 20 em decorrência do aumento das demandas por cuidados de saúde; como os custos crescentes para manutenção dos serviços e limitados recursos disponíveis; evidências de variação na prática clínica; usuários mais exigentes com a qualidade dos serviços prestados; pressão tanto dos profissionais de saúde por condições adequadas de trabalho como dos governos que financiam os sistemas de saúde em diversos países (TOUSSAINT; GERARD, 2012).

Segundo Nishio; Franco (2011), na década de 1960, Avedis Donabedian foi o pioneiro no setor da saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar a qualidade em serviços de saúde. este autor organizou as referências sobre qualidade em saúde a partir da noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, e também criou os pilares da qualidade na saúde:



A publicação do livro "Errar é humano", em 1999, identificou a segurança como o atributo principal na qualidade dos serviços de saúde, sendo que em 2013 a ANVISA publicou a RDC nº 36, com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).



Uma iniciativa anterior, relativa ao cuidado à pessoa com doença renal, foi a instituição da Política nacional de Atenção ao Portador de doença Renal, por meio da Portaria nº. 1.168, de 15 de junho de 2004, que diz ser de competência das três esferas de governo a regulação, a fiscalização, o

controle e a avaliação de ações de atenção à pessoa com doença renal. nessa, o Ministério da Saúde propõe a organização da linha de cuidados integrais em todos os níveis de atenção: promoção, prevenção, tratamento e recuperação (BRASIL, 2004a).

Em 2014, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde, com o objetivo de oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de doença renal crônica (BRASIL, 2014a).

No que se refere à prevenção, no mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 389 que amplia o atendimento à pessoa com doença renal crônica, definindo os critérios para a organização da linha de cuidado deste usuário (BRASIL, 2014b).



A partir desse ano, estados e municípios passaram a ofertar serviços de acompanhamento desses pacientes em diferentes estágios, além da diálise e transplante renal já disponíveis no Sistema Único de Saúde. Com essa nova portaria, serviços de nefrologia poderão se habilitar também para o atendimento de pacientes em estágios iniciais, com acompanhamento ambulatorial para o paciente na fase pré-diálise com equipe multiprofissional (RODRIGUES, 2014).

Neste processo pelo reconhecimento da necessidade de termos qualidade e segurança nos serviços prestados à comunidade, em 2014, a agência nacional de Vigilância Sanitária (anVISA) publicou a RSC nº 11 com o objetivo de estabelecer os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de diálise em todo o país, ampliando ações de qualidade e segurança ao paciente renal crônico em processo dialítico (BRASIL, 2014c).

E por que tantas resoluções, diretrizes, portarias?

O cuidado se justifica pelo fato de que a insuficiência renal crônica tem crescido assustadoramente em todo o mundo, inclusive no Brasil. Alguns autores, como Arroyo; Trentin; Santos (2011) já se referem à doença como a “nova epidemia do século 21”, sendo do conhecimento nos dias atuais que a doença renal crônica, com todas suas implicações econômicas e sociais, é um problema de saúde pública.

A prevenção da doença é fundamental para as projeções de custo e estabelecimento de estratégias de promoção da saúde. esforços devem se concentrar na identificação precoce da doença em seus estágios iniciais para, assim, serem implementadas medidas nefroprotetoras que reduzam a velocidade de perda funcional e diminuam as complicações da doença (BASTOS, 2008).



Está evidente a preocupação de órgãos reguladores e profissionais da área de saúde com a magnitude da doença renal crônica, e isto deve estar associado à busca pela qualidade dos serviços de saúde. entendemos que tudo começa pelo atendimento das necessidades do cliente.

REFLITA COMIGO!

Em qual patamar está o estabelecimento que você trabalha em relação à atenção ao paciente renal crônico? Você está satisfeito com a qualidade dos serviços ofertados à comunidade/usuários?

1.1 Qualidade: conceitos gerais

A definição da qualidade possui muitas interpretações, dadas por diversos autores. Apresentamos aqui conceitos definidos pelos principais teóricos da área:

“Qualidade é a conformidade do produto às suas especificações” (CROSBY, 1999).

“Qualidade é ausência de deficiências”, ou seja, quanto menos defeitos, melhor a qualidade (JURAN, 1992).

“Qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente” (DEMING, 1990).

"A qualidade total não é busca da perfeição de produtos e serviços, e sim a **total mobilização dos funcionários** para a qualidade" (FEIGENBAUM, 1991).

"Qualidade é um **juízo feito pelos clientes** ou usuários de um produto ou serviço; é o grau em que os clientes sentem que o produto ou serviço excede suas necessidades e expectativas" (GITLOW, 1993).

"Qualidade é desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto de qualidade, que é mais econômico, mais útil e **sempre satisfatório para o consumidor**" (ISHIKAWA, 1993).

"Um produto ou serviço de qualidade é **aquele que atende perfeitamente**, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente" (CAMPOS, 2014).

"É o grau no qual um conjunto de características inerentes **satisfaz a requisitos** (necessidade ou expectativa que é expressa, geralmente, de forma implícita ou obrigatória)" (ABNT, 2005).

"Qualidade é atender (ou superar) as expectativas do cliente, é aquilo pelo que se está disposto a pagar, é diminuir o risco para os pacientes, é sentir-se bem tratado. Qualidade deveria ser resultado de um esforço para fazer a coisa correta no momento mais adequado e da maneira certa, não ser vista como mais uma obrigação ou o cumprimento de um requisito sem sentido" (SCHIESARI; MALIK, 2012).

Conforme observamos, em geral, para que o serviço ou produto tenha qualidade, o cliente precisa estar satisfeito. Portanto, um cliente, por exemplo, que busca um serviço de diálise, tem certas expectativas, como se sentir melhor após a sessão de diálise sem intercorrências e em relação ao peso seco ideal. Se isso não acontece, a expectativa do cliente não terá sido atendida, e ele terá uma má percepção da qualidade do serviço. Contudo, se o paciente for pesado corretamente, com meta de ultrafiltração correta, boa punção, suas necessidades serão satisfeitas e ele terá uma boa percepção da qualidade da diálise.

2 GESTÃO DA QUALIDADE



Por que gerenciar a qualidade se tornou tão importante?

Segundo Carpinetti (2010), a gestão da qualidade evoluiu por volta do século 20, dividindo-se em quatro etapas:

1	A inspeção do produto, visando garantir que os produtos fabricados atendessem os requisitos especificados.
2	O controle do processo que, através de dados estatísticos de medições, monitoravam as variações que os processos apresentavam.
3	O sistema de garantia da qualidade para verificações dos produtos, garantindo que estes atendessem o resultado final.
4	A gestão da qualidade total, com o envolvimento e comprometimento de todos os funcionários, desde o nível tático ao operacional.

A gestão da qualidade pode ser entendida como uma estratégia competitiva cujo objetivo principal se divide em duas partes: conquistar mercado e reduzir desperdícios com redução de custos. Para conquistar mercados, é preciso atender aos requisitos dos clientes. Clientes satisfeitos representam faturamento, boa reputação, resultados para empresa, empregos e remuneração para os funcionários (CARPINETTI; MIGUEL; GEROLAMO, 2011).

A empresa deve buscar satisfazer o cliente com redução de custos. Os colaboradores serão importantes neste processo, por isso devem ser envolvidos, capacitados e motivados. estes possuem uma gama de atribuições, cada um sendo diretamente responsável pela consecução dos objetivos da organização (REGO; PORTO, 2005).

ATENÇÃO!

A gestão da qualidade se completa com medição (por exemplo, uso de indicadores), análise dos dados medidos e ações que podem ser corretivas (se os dados obtidos não forem bons) ou ações para melhoria (se os dados obtidos estiverem dentro das metas estabelecidas inicialmente quando do planejamento).

Existem ferramentas da qualidade que possibilitam a melhoria contínua dos processos, e a aplicação destas permite uma melhoria da gestão, assim, melhor do que se conhecer a "Gestão da Qualidade" é identificar a "Qualidade da Gestão". Então, o conceito gestão da qualidade é empregado como a busca da melhoria da qualidade da gestão (LUONGO, 2011). Acompanhe mais aspectos a seguir.

2.1 A gestão da qualidade nos serviços de saúde

Dissemos anteriormente que o objetivo principal da qualidade em empresas, de um modo geral, é a competitividade e a redução de desperdícios para reduzir custos. Embora na área da saúde a qualidade possa tornar uma organização um diferencial no mercado, este não deve ser o objetivo principal da gestão da qualidade nos serviços de saúde.

Qual a importância da gestão da qualidade nos serviços de saúde?

Poderíamos dizer que serviços que trabalham a gestão da qualidade são mais seguros, eficazes e resolutivos. De acordo com Treviso (2009), a busca da qualidade na prestação de serviços à saúde é uma necessidade social e técnica, evidenciando que a melhoria da qualidade leva diretamente à maior eficiência e à redução de custos.

Visando auxiliar as organizações prestadoras de serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva na implantação de melhorias da qualidade dos seus processos, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) elaborou um manual de acreditação para este tipo de serviço.

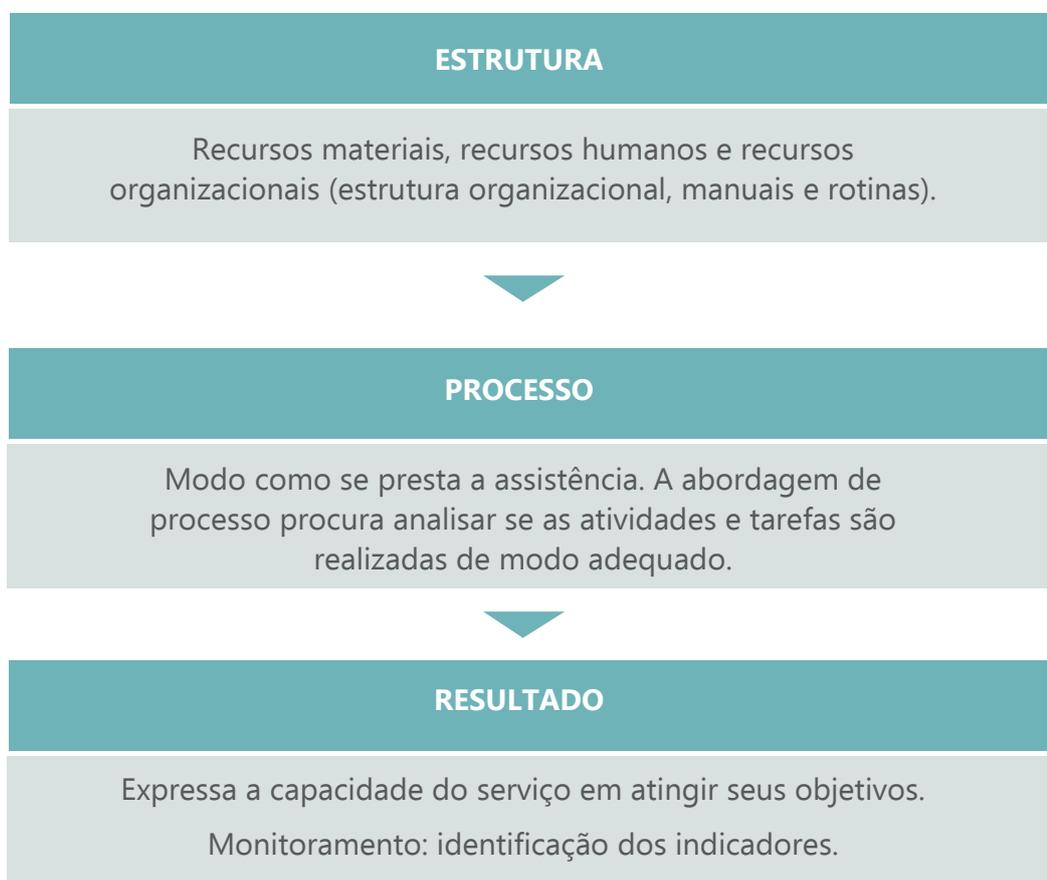


Este manual aborda três níveis (BRASIL, 2004b):

- Segurança (estrutura)
- Organização (processo)
- Práticas de gestão e qualidade (resultados)

Esses níveis são abordados por Donabedian (1988), o qual pontua que a qualidade em saúde pode ser vista como uma atividade que tem os componentes de estrutura, processo e resultado, conforme podemos observar na figura seguinte.

Figura 1 – Componentes da qualidade em saúde.



Fonte: (DONABEDIAN apud GODIM et al., 2011).

Veja como avaliar cada um dos componentes mencionados:

- **Avaliação da estrutura:** existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais adequados (manuais, rotinas, procedimento operacional padrão, protocolos assistenciais etc.).
- **Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais:** verificação do cumprimento dos procedimentos e protocolos, normas e rotinas definidos.

- **Avaliação dos resultados:** o impacto da assistência prestada é observado por meio de indicadores.
- **Avaliação da satisfação:** dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.

VAMOS PRATICAR?

Em conjunto com sua equipe de trabalho, e utilizando as perguntas abaixo, faça um diagnóstico inicial das práticas de saúde na sua unidade de trabalho. Reflitam também sobre possibilidades de mudança para as melhorias da qualidade no atendimento ao usuário.

Como podemos avaliar o atendimento destas condições?

Segundo Le Fevre (2010), as seguintes perguntas devem ser feitas para evidenciarmos a melhoria da qualidade nas práticas de saúde.

	<p>Avaliação dos resultados: os resultados foram alcançados? As pessoas estão satisfeitas com o atendimento?</p>
	<p>Avaliação do processo: as investigações e as intervenções foram realizadas de forma consistente e oportuna?</p>
	<p>Avaliação de estrutura: o ambiente físico e os padrões de pessoal são adequados?</p>

Existem vários sistemas gerenciais para a melhoria da qualidade. O trabalho é realizado por meio de “processos”, com educação continuada da equipe e incentivo à formação de grupos de trabalho para gerenciamento das oportunidades de melhorias. Tudo para a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes.

Normalmente, os profissionais de saúde se preocupam em adquirir conhecimentos técnicos na condução de pacientes com as diversas doenças crônicas, e concentram menos atenção nos aspectos relacionados à gestão da assistência, que começa pelo atendimento dos requisitos do cliente.



Mas o que são requisitos do cliente?

Requisitos do cliente são mais que “desejos”, são suas necessidades. Se formos elencar os requisitos do cliente em um serviço de saúde, diríamos que seus requisitos são: ser curado, ser bem atendido, ter segurança, ter boa alimentação, acompanhante, entre outros.

A norma ISO 9001:2005 conceitua requisito como sendo: “necessidade ou expectativa do cliente que é expressa geralmente de forma implícita ou obrigatória”. Temos, portanto, ainda, os requisitos que são obrigatórios, como os normativos e os requisitos técnicos. Os requisitos normativos são aqueles que estão em uma norma e SEMPRE devem ser seguidos.

Por exemplo: “o serviço de diálise deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas, escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho, em local de fácil acesso a toda a equipe” (artigo 7º da RDC nº 11/2014).

A técnica descrita nestes procedimentos, no entanto, são requisitos técnicos. Exemplificando: se o paciente vai precisar de diálise peritoneal ou de hemodiálise, é uma questão técnica que somente pode ser resolvida pelo médico.

Desse modo, muitas vezes o requisito técnico “fala mais alto” que o requisito do cliente. Assim, ainda que o paciente queira uma dieta normossódica, a nutricionista deverá conscientizá-lo de que tecnicamente sua dieta terá que ser hipossódica.

REFLITA COMIGO!

Na sua unidade de trabalho, quais seriam os requisitos normativos (leis, portarias, resoluções) que norteiam o serviço?

Quanto aos requisitos técnicos, há procedimentos escritos que orientam você e sua equipe, por exemplo, procedimentos de distribuição de medicamentos, de pesagem do paciente, de aferição da pressão arterial, entre outros?

Quanto ao requisito de necessidades do cliente, como se dá a comunicação com a equipe de saúde?

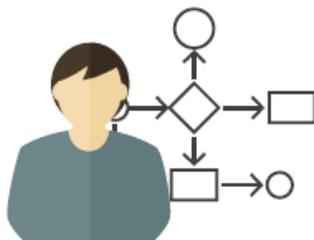
Para a gestão da assistência, além de considerar os requisitos do cliente, faz-se necessário observarmos alguns aspectos que podem ajudar na condução de problemas que comumente estão relacionados à falta de organização de fluxos, falta de controle de processos, registros e/ou falta de geração e acompanhamento de indicadores que poderão nortear a melhoria do serviço prestado.

2.1.1 Organização de fluxos

Independentemente do nível de atenção em que o paciente renal crônico esteja sendo atendido, é importante que a equipe avalie se o atendimento tem apresentado um fluxo que ofereça a este e à equipe os melhores resultados possíveis.

Nesse aspecto, vale perguntar: você sabe a diferença entre eficácia e eficiência?

Utilizaremos como exemplo um jogo de futebol: o objetivo da partida é ganhar. Então um time é tão mais eficaz quanto mais gols fizer. O aproveitamento dos recursos disponíveis para conseguir o objetivo (menos fadiga, menos lesões etc.) chamamos de eficiência. Trazendo para os serviços de saúde, talvez esses estejam sendo eficazes, ou seja, atingindo seus objetivos, mas com gasto de tempo, energia e recursos que poderiam ser mais bem utilizados, evitando com isso desperdício e agregando valor.



Para a organização dos fluxos de um processo de atenção ao paciente renal crônico, precisamos de uma ferramenta da qualidade chamada de fluxograma. A primeira coisa a fazer é identificar os passos que estão sendo seguidos por esses pacientes, desde a hora que sentem a necessidade de procurar o serviço até o momento do atendimento e seus desdobramentos. uma boa maneira de conseguir fazer isso é escrever cada um desses passos, um a um. ao fazer isso, você irá descrever os elementos que serão colocados no fluxograma do seu serviço.

FIXE ESSE CONCEITO!

Um fluxograma ou flowchart é um diagrama que tem como finalidade representar processos ou fluxos de materiais e operações (diagramação lógica, ou de fluxo). Geralmente confundido com o organograma, o fluxograma possui a diferença de representar algo essencialmente dinâmico; já o organograma é uma representação da estrutura funcional da organização.

Segundo Franco (2014), as funções do fluxograma nos serviços de saúde são:

Revelar o processo de trabalho.

Identificar os nós críticos do processo.

Contribuir para o planejamento e a reorganização do processo de trabalho.

Analisar a produção do cuidado em uma unidade ou equipe de saúde.

Disparar processo de análise e autoanálise na equipe de saúde.

Observe na imagem abaixo um exemplo de passos para a construção do fluxograma:



Uma vez definido esse fluxo, cabe uma análise da equipe para saber se todos os passos são necessários, se há possibilidade de melhorá-lo, se o paciente não está sendo prejudicado (tempo), e caso seja detectada essa possibilidade, a equipe poderá optar por simplificar esse processo, desde que não afete a segurança dos resultados.

VAMOS PRATICAR?

Pensando em seu local de trabalho, crie com sua equipe um fluxograma de atendimento ao paciente e faça uma análise sobre quais pontos funcionam bem e quais pontos necessitam de melhorias.

2.1.2 Controle de documentos



Para atendimento das necessidades do paciente, é necessário o estabelecimento e comunicação de políticas, procedimentos, instruções e registros relacionados aos processos de gestão da qualidade. Silva et al. (2010) afirmam que os documentos da qualidade obtêm informações que monitoram todo o processo, bem como

a forma que deve ser executada cada operação. Por essa razão, documentos e registros requeridos pela gestão da qualidade devem ser devidamente identificados e controlados para que se mantenham confiáveis (ABNT, 2008).

Que documentos são esses?

Procedimentos operacionais padrão ou procedimentos padrão, ou ainda, caso descreva o tratamento da doença apresentada, chamaremos de protocolo clínico, que inclusive, atualmente, recebeu uma ampliação conceitual, sendo denominados de protocolos clínicos assistenciais, ou seja, com outros elementos que não aqueles relacionados aos aspectos de diagnóstico e terapêutico medicamentoso, como o primeiro.

De maneira prática, a equipe poderia definir os seguintes procedimentos operacionais padrão (POP):

- a. POP de visita domiciliar;
- b. POP de agendamento de consultas;
- c. POP de cadastramento na uBS;
- d. POP de acolhimento;
- e. POP de reuniões grupais, e assim por diante.

Para protocolo clínico assistencial (PCa) poderia ser elaborado:

- a. Protocolo clínico de atenção ao paciente hipertenso;
- b. Protocolo clínico de atenção ao paciente diabético;
- c. Protocolo clínico de atenção à pessoa idosa;
- d. Protocolo clínico de atenção ao paciente renal, entre outros.

No POP, podem ser descritos, além das etapas, o objetivo do procedimento, os responsáveis, os materiais e os formulários para registros, bem como outras informações consideradas importantes. Já nos protocolos clínicos, os conceitos da doença, abordagens terapêuticas, medicamentosas ou não, evidências científicas que assegurem as condutas definidas, entre outras.

Alguns cuidados precisam ser tomados quando da elaboração de POP e protocolos clínicos assistenciais:

1

Evite copiar documentos de outras instituições que podem não atender às necessidades detectadas para a clientela atendida e não considerar os recursos disponíveis naquele serviço.

2

Envolva a equipe na elaboração dos documentos, tendo em vista que esse envolvimento possibilitará o compromisso para a execução de acordo com o que foi estabelecido nos documentos elaborados.

3

Utilize linguagem clara, que não gere interpretações dúbias ou dificuldade de compreensão.

4

Lembre-se que os documentos internos não poderão ir de encontro aos aspectos legais.

ATENÇÃO!

A existência desses documentos nos possibilita ter um padrão de atendimento e/ou atenção, sendo possível, com isso, definirmos etapas, responsáveis, recursos, entre outros. Ou seja, planejamos aquilo que pretendemos oferecer para o nosso paciente e sua família. É claro que quando falamos de saúde, não podemos deixar de individualizar o cuidado, mas esses documentos proporcionam identificarmos os elementos básicos principais no cuidado e as etapas comuns à maioria.

Os passos seguidos desde a emissão do documento até que este se torne obsoleto são conhecidos como ciclo de vida dos documentos e serão descritos a seguir:



1º passo: uma vez elaborado, o documento deve ser aprovado por alguém de nível hierárquico superior ao elaborador que se responsabiliza pelas informações contidas neste.



2º passo: os documentos aprovados devem sofrer revisões periódicas. Deve-se estabelecer períodos para uma nova revisão do documento a fim de garantir a sua atualização. O período estabelecido não pode ser “engessado”, ou seja, uma nova gestão no setor pode demandar uma revisão do documento ou mesmo alteração da norma que subsidiou a sua elaboração, e assim por diante.

É importante que todo processo de revisão seja precedido de uma análise crítica do documento, com a finalidade de avaliar todas as possibilidades de mudanças, sejam gramaticais, técnicas, legais ou mesmo no formato do documento para que ele esteja sempre atendendo aos requisitos dos processos e também que seja plenamente entendido por aqueles que vão manuseá-lo e pô-lo em prática.

Outra dica importante é que o documento obsoleto deve ser inutilizado e não disponibilizado na área para evitar o uso não intencional. a forma de inutilização deve ser estabelecida. Por exemplo: colocar um carimbo de cópia obsoleta ou simplesmente rasgar o documento obsoleto a fim de que não mais seja utilizado. Isso também é válido para o caso em que o documento é danificado.



3º passo: documentos aprovados e atualizados devem estar disponíveis nos locais de uso para quem vai executar os processos. de nada adianta elaborar um documento e ele ficar dentro de uma gaveta. Documentos atualizados devem estar nas áreas prontos para serem consultados por pessoas devidamente treinadas para utilizá-los. Lembramos que documentos eletrônicos devem também passar pelos passos da elaboração, aprovação, revisão e disponibilização nas áreas. estes exigem cuidados para não serem violados na rede, podendo ser disponibilizados em formato PDF ou consultados por meio de senhas de acesso.

Outros documentos devem ser identificados e levados em consideração quando da organização de um serviço, são os documentos de origem externa, ou seja, não elaborados pela instituição, já estão aprovados e revisados pelas instituições de origem destes, mas aqueles que precisam fazer uso deles devem definir meios para controlá-los, a fim de garantir que estejam utilizando a versão mais atualizada.

Isso pode ser feito por meio de consultas periódicas à base do órgão responsável por esse documento para saber se a versão que temos disponível no serviço é a mais atualizada; caso não seja, a nova deverá ser imediatamente identificada e disponibilizada no serviço, a obsoleta extinta da área. alguns exemplos de documentos externos: normas, RDC, manuais e outros. no caso dos pacientes renais, por exemplo, temos atualmente os documentos legais. esses deverão ser lidos cuidadosamente para a elaboração dos documentos internos (POP, PCA, ou outro).

VAMOS PRATICAR?

Faça um levantamento das principais diretrizes, leis ou normas que regulamentam as principais atividades desenvolvidas em sua unidade.

SAIBA MAIS!

- Para saber mais sobre este assunto, acesse os seguintes materiais:
- Resolução - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências.
- Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
- Portaria GM/MS nº 1168, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, elaboradas pelo Ministério da Saúde.

2.1.3 Controle de registros

Quanto aos registros, um tipo especial de documento, de acordo com a Norma ISO 9001:2005, devem apresentar os resultados obtidos no processo e fornecer evidências de que a atividade foi realizada. Portanto, para que sejam confiáveis e rastreáveis devem ser controlados.

A qualidade e análise dos registros são determinantes para o funcionamento eficaz de todo processo. Ou seja, somente ter um procedimento operacional padrão (documento) de como medir a temperatura de um refrigerador que armazena medicamentos não é o suficiente para garantir que a atividade descrita foi realizada.

O operador treinado no POP deverá fazer o registro das temperaturas na forma descrita no documento. Esse registro mostrará o resultado desse processo e evidenciará que de fato as temperaturas foram medidas conforme previsto no documento (POP).

Somente isso seria o suficiente? Afirmamos que não. Deve-se fazer uma análise dos dados em cada etapa, a fim de se tomar as medidas adequadas, de acordo com a necessidade. Se o registro indica que houve uma queda de temperatura do equipamento, então é preciso remanejar os medicamentos para outro refrigerador enquanto aciona-se o setor de manutenção para o conserto do equipamento com defeito.



Com esta explicação, entendemos que os POP devem mencionar os registros a serem utilizados e que os registros devem ser analisados criticamente. Porém, há outros requisitos que devemos atentar para garantir a qualidade dos processos por meio dos registros:



4º passo: identifique quais são os registros necessários para controlar os processos. uma forma prática é olhando para as atividades descritas nos POP dos processos. Também há registros administrativos, como atas de reunião, as quais devem trazer os assuntos abordados, as deliberações e as ações que estão em andamento. Para aqueles que trabalham na área de saúde, o prontuário é uma fonte importantíssima de registros.

Segundo SOUSA et al. (2012), o registro clínico precisa ser objetivo, claro e completo, de forma que todos os membros da equipe de saúde com acesso a tais informações entendam o contexto e o significado deste. Por meio desse registro é que se pode assegurar a execução e a continuidade do tratamento adequado, bem como viabilizar à equipe de saúde a prestação de um atendimento respaldado no conhecimento, nos aspectos éticos e legais.

Além disso, os registros clínicos podem tanto melhorar e apoiar a segurança do paciente quanto propiciar a visibilidade do cuidado e das ações cotidianas da equipe de saúde e ainda auxiliar na tomada de decisão.



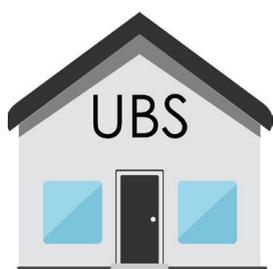
5º passo: depois de identificar quais registros são necessários, você deve estabelecer pelo menos onde serão armazenados e por quanto tempo (tempo de retenção). Agindo dessa forma, diminui-se as possibilidades de perda e extravio de documentos; falta de espaço; dificuldade no acesso e na localização da informação.



6º passo: faça o registro (anote o dado) na planilha ou formulário da atividade que será desempenhada, como a “planilha de controle de temperatura”. esse registro deve ser legível e não deve haver rasuras. evite anotações a lápis, pois podem ser apagadas, e não deixe campos em branco.

Esses cuidados tornam os dados fidedignos. Uma situação comum é que nas planilhas ou formulários para registro das atividades constem itens desnecessários, favorecendo campos em branco. Por exemplo: se os critérios necessários para avaliar determinado processo for a idade e o peso do paciente, não precisa constar na planilha espaço ou campo para anotação da altura.

2.1.4 do registro ao indicador: registro como fonte de dados



Na unidade Básica de Saúde (UBS) os pacientes que apresentam maior risco para doenças renais crônicas são hipertensos e diabéticos, principalmente os que são portadores das duas doenças, pacientes idosos e usuários crônicos de anti-inflamatórios.

Sabendo-se disso, nesse nível de atenção, esses dados deveriam ser criteriosamente levantados e poderiam ser transformados em indicadores para controle de pacientes com essas características, acompanhados em determinada UBS.

A mesma regra serve para os que necessitem ser encaminhados a serviços de maior complexidade para terapias renais substitutivas. Nesse caso, como poderíamos utilizar ferramentas da qualidade para melhorar esse controle? Primeiramente, precede qualquer ação a sensibilização de todos os profissionais da equipe quanto à importância dos registros, porque a ausência destes impedirá o acompanhamento desses indicadores.

A lógica será: se já sabemos que esses pacientes possuem maior risco, precisamos saber: quantos são; quais medicamentos usam; quais hábitos de vida nocivos apresentam; quantos não cumprem com a rotina de consultas regulares; quantos abandonam o tratamento. Quanto mais a equipe identifica, quantifica, registra e controla esses dados, maior será a possibilidade de ter qualidade na atenção prestada. De maneira mais simples, podemos perguntar o que não queremos que ocorra com esses pacientes para que não venham apresentar doença renal crônica.

Poderíamos dizer: não queremos que faltem às consultas de rotina, não queremos que faltem às reuniões grupais, não queremos que sejam internados por complicações por diabetes ou hipertensão, não queremos que abandonem a uBS. Sendo assim, sabendo que essas possibilidades existem, precisamos registrar quando ocorrem, quantificar e buscar ações que reduzam as suas ocorrências.

2.1.5 Capacitação da equipe



Depois de vencida essa etapa de definição de fluxo, identificação dos documentos externos, elaboração dos documentos internos, a equipe deve ser capacitada em relação às atividades descritas nos POP e também na forma correta de preenchimento dos registros.

Não se esqueça de fazer o registro dos treinamentos dados, indicando o título do POP, quem são os participantes (colha as assinaturas) e a data do treinamento. Se não puder juntar todos em uma sala de aula, você pode fazer o treinamento em serviço por meio da observação das atividades desempenhadas por cada um e verificar se está de acordo com o POP, fazendo as devidas correções ao longo do processo. A avaliação da eficácia do treinamento pode ser feita após a observação dos mesmos funcionários por um dado período.

2.1.6 Controle de processos

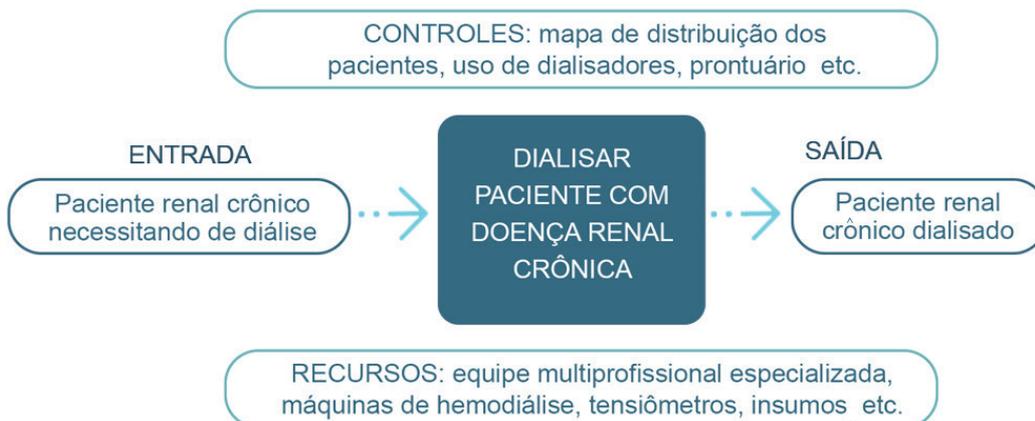
De acordo com a norma ISO 9001:2005, é um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Como dissemos anteriormente, processo é o modo como se presta a assistência.

A abordagem de processo procura analisar se as atividades e tarefas são realizadas de modo adequado. A identificação do processo esperado no cuidado ao paciente renal crônico vai depender do nível de atenção em que este esteja sendo atendido (GODIM et al., 2011). Por exemplo:



Vamos considerar que o paciente esteja sendo atendido em um serviço de terapia renal substitutiva, buscando uma vaga para hemodiálise, depois de passar por um ambulatório especializado, perguntamos: como poderíamos desenhar esse processo?

Para isso, precisamos definir qual a ENTRADA e a SAÍDA que espero desse processo, e seus controles e recursos necessários:



Então “dialisar paciente com doença renal crônica” é um processo que envolve várias atividades inter-relacionadas, desde a recepção desse paciente no serviço de diálise - passando pela lavagem da fístula, pesagem e outros - até a sua saída da máquina. A abordagem de processo, que é um dos princípios da gestão da qualidade, consistiria em se verificar todas as etapas necessárias para o desenvolvimento do processo.

Que atividades e recursos devemos gerenciar no processo de “diálise”?

Para responder a esta pergunta devemos pensar logo na infraestrutura (predial, recursos humanos e materiais) disponível para desenvolvimento deste processo, a qual está descrita na RDC nº

 <p>Recursos humanos</p>	<p>Recursos humanos: podemos dizer que não teremos um processo de qualidade se não houver capacitação da equipe multiprofissional e se esta equipe não estiver dimensionada adequadamente de acordo com a demanda.</p>
 <p>Recursos materiais</p>	<p>Recursos materiais: os materiais utilizados devem estar em quantidade suficiente, dentro do prazo de validade, sem violação de lacres, entre outros; deve haver controle da limpeza e desinfecção de dialisadores e linhas; a água para diálise deve ser tratada, armazenada e distribuída, conforme parâmetros estabelecidos na RDC nº 11/2014 (BRASIL, 2014c).</p>
 <p>Equipamentos</p>	<p>Equipamentos: balança, máquinas de diálise, aparelho de pressão, eletrocardiógrafo, monitor cardíaco, entre outros, deve estar em perfeito estado e, quando for o caso, com calibrações e manutenções preventivas realizadas periodicamente. Pode ser elaborado um cronograma com essa finalidade.</p> <p>Dialisadores e linhas; a água para diálise deve ser tratada, armazenada e distribuída, conforme parâmetros estabelecidos na RDC nº 11/2014 (BRASIL, 2014c).</p>

Além desses aspectos, faz parte da abordagem de processo verificar ainda:



Controles

Controles: são alguns exemplos o registro nos prontuários dos pacientes dos resultados dos exames realizados e os indicadores da eficiência dialítica; o registro da utilização de um novo conjunto de dialisador e linha arterial e venosa que deve ser assinado pelo paciente; a medida do volume interno das fibras “priming” em todos os dialisadores, antes do primeiro uso e após cada reuso subsequente e outras manutenções preventivas realizadas periodicamente. Pode ser elaborado um cronograma com essa finalidade. Dialisadores e linhas; a água para diálise deve ser tratada, armazenada e distribuída, conforme parâmetros estabelecidos na RDC nº 11/2014 (BRASIL, 2014c).



Monitoramento

Monitoramento: o monitoramento desse processo pode ser feito de várias formas: auto-inspeções, inspeções, auditorias e análise crítica.

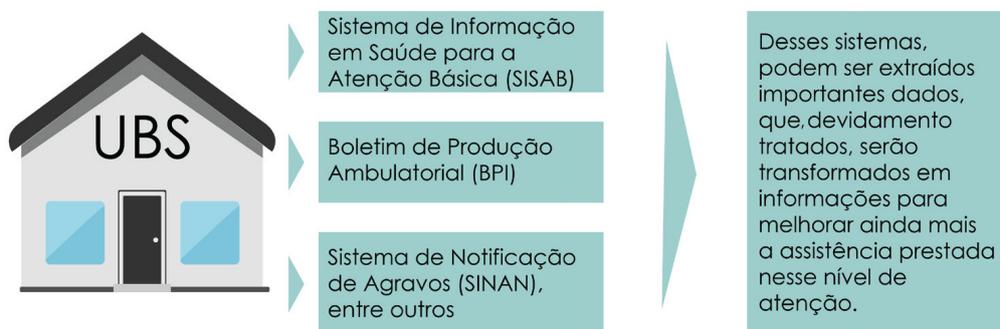
VAMOS PRATICAR?

Agora baseado no exemplo anterior, vamos fazer o mapeamento de um processo de atendimento de um paciente hipertenso, diabético ou um paciente renal crônico em tratamento conservador. Convide membros da sua equipe para desenvolver esta atividade.

2.1.7 Análise crítica de processos

A análise crítica de processos poderá ocorrer de diversas formas, mas é importante que a organização defina um fluxo também para essa prática ou por meio de reuniões regulares, elaboração de relatórios, uso de boletins informativos, discussões de indicadores, ou outros. O importante é ter o método definido para avaliar se tudo que foi feito e os resultados alcançados estão compatíveis com aquilo que foi planejado.

Alguns serviços podem, dependendo da ferramenta de registro que utilizem, pinçar informações que julgam pertinentes para retroalimentar os seus processos. Por exemplo:



Com esses dados devidamente tabulados, as diversas equipes de saúde podem detectar problemas na assistência a esses pacientes, pois caso não sejam tratados poderão convertê-los em futuros pacientes com doença renal crônica.

Lembre-se: O e-SUS atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do departamento de atenção Básica para reestruturar as informações da atenção Básica em nível nacional. esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de informação em Saúde do Ministério da Saúde, na qual a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS. Com o intuito de assegurar essa qualificação, a Portaria nº 1412, de 10 de julho 2012, instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Com propósito de minimizar, racionalizar e melhorar o trabalho através de recursos e controles que possibilitem maior agilidade e rapidez na execução das tarefas, têm sido desenvolvidos programas para gerenciamento de centros de nefrologia, especialmente utilizados em clínicas de hemodiálise, os quais funcionam com ferramenta para otimização do controle de qualidade no serviço.

A análise crítica, como já dissemos anteriormente, visa retroalimentar os processos, tornando-os, de maneira contínua, melhores e mais seguros. Durante esses processos, podem ser elaborados relatórios, que chamamos de relatórios gerenciais, em que a organização sistematiza todas as análises, e, partindo de determinadas áreas ou setores dessa empresa, será dado um espaço dentro do próprio relatório para que a alta gestão

tome ciência e se posicione em relação a melhorias apontadas, sobretudo aquelas que demandam custos, como contratação de pessoas, aquisição de equipamentos e/ou insumos, ou outras ações que necessitam de uma deliberação de um nível hierárquico maior.

IMPORTANTE!

Essas análises contínuas costumam gerar valiosas melhorias em toda cadeia do processo, trazendo melhores resultados e aumentando a satisfação dos clientes atendidos.

2.1.8 Organização ambiental

Não podemos falar em gestão da qualidade sem considerarmos as condições do ambiente de trabalho onde serão realizados os processos. Um programa muito conhecido para melhoria da organização do ambiente de trabalho é o 5 S. esse programa teve origem no Japão e baseia-se em cinco princípios fundamentais:



Segundo Carpinetti; Miguel; Gerolamo (2011), esse programa pode trazer ganhos significativos em termos de organização do ambiente de trabalho e eficiência e eficácia no atendimento dos requisitos do cliente por um baixo custo. De acordo com Camacho (1998), o **senso de utilização** significa separar todos os recursos disponíveis, conforme a frequência de uso. Permite liberar espaços e melhora o aproveitamento de tempo e recursos, ou seja, diminui o desperdício e os excessos. Ou em outras palavras: somente tenha no seu ambiente de trabalho aquilo que realmente precisa. O **senso de ordenação** traduz-se em como posicionar os recursos humanos, organizacionais e materiais em locais e formas definidos, de modo a facilitar o trabalho.

A disposição dos móveis, o método de arquivamento da documentação, a tarefa de cada um. Desse modo, precisamos organizar armários (não esqueça que objetos pessoais NUNCA devem ficar no mesmo local de materiais do serviço), pastas devem ser identificadas (conforme a documentação que realmente contêm), os materiais devem ser agrupados por afinidade (materiais de escritório separados de medicamentos, separados de alimentos), quadros de aviso devem ser organizados e ter informações atualizadas, entre outros. Há ainda o **senso de limpeza**, que não significa fazer faxina, mas manter limpo o ambiente de trabalho.

Já o **senso de saúde** prevê a saúde e segurança no trabalho, pois de acordo com Carpinetti; Miguel; Gerolamo (2011), a falta de segurança e saúde no trabalho pode não só comprometer a eficácia no atendimento aos requisitos do cliente, como também pode comprometer a produtividade dos funcionários, gerando um clima de insatisfação entre estes, prejudicando também a imagem da instituição.

Então, percebemos ser muito importante saber a situação vacinal dos funcionários que atendem pacientes em um centro de diálise, por exemplo: de acordo com a RDC nº 11/2014, um profissional que não teve soroconversão após a vacinação de hepatite B NÃO PODE atuar na sessão de hemodiálise nem no processamento de dialisadores e linhas arterial e venosa de pacientes com sorologia positiva para hepatite B.

Uma medida interessante dessa nova resolução em prol da saúde e segurança do trabalhador e do paciente é de não permitir o reuso de dialisadores e linhas de pacientes nessas condições, havendo um prazo de um ano para adequação após publicação dessa RDC. Além desse exemplo, poderíamos citar outros também relacionados à saúde e segurança do trabalhador, tais como: uso de equipamentos de proteção Individual (EPI), uso de equipamento de proteção coletiva (EPC). Nesse senso, também se verifica as condições do ambiente quanto a ruído, temperatura, iluminação, entre outros (BRASIL, 2014c)..

O quinto "S" é o **senso de autodisciplina**, que, de acordo com Camacho (1998), leva ao reconhecimento e à obediência de padrões e normas da instituição. É a obediência de horário das reuniões, cumprimento de cronograma, normas, entre outros. Resumindo, o senso de autodisciplina consiste em rotinizar e padronizar a aplicação dos "S" anteriores.

Antes da implantação do programa, é necessário que TODOS os envolvidos sejam treinados. As ações de implantação devem ser planejadas e é sempre bom fazer uma divulgação. Após a implantação dos 4 "S", precisamos manter o ambiente de trabalho organizado por meio do 5º "S".

Essa manutenção pode se dar, por exemplo, pela aplicação de um checklist mensal, com perguntas relativas aos quatro primeiros sentidos (autoinspeção). Pode-se também criar formas de reconhecimento para os setores que já implantaram. Muitos serviços fazem um painel de fotografias do "antes e depois" da implantação do programa, motivando os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a oferta de um serviço de qualidade na atenção ao paciente renal crônico, torna-se necessário considerar alguns aspectos, como a organização de fluxos; controle de processos; registros e documentos; organização do ambiente de trabalho; assim como o acompanhamento de indicadores para a melhoria dos serviços prestados a esses pacientes.

Desta forma, ressalta-se a importância dos documentos e registros nos processos organizacionais, bem como a devida capacitação e envolvimento de todo o grupo, independentemente do nível hierárquico institucional, para o alcance de uma assistência eficiente, segura e humanizada.

REFERÊNCIAS

ABNT. **Norma Brasileira - Sistema de Gestão da Qualidade - Requisitos**. ISO 9001:2008. Rio de Janeiro: ABNT, 2008.

_____. **Sistemas de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário**. NBR ISO 9000:2005.

ADAMI, N. P.; YOSHITOME, Y.A. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, jan./feb. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100011>. Acesso em: 25 maio. 2015.

ARROYO, M. A. A.; TRENTIN, M. S. de O.; SANTOS, O. R. dos S. Assistência ao paciente renal crônico. In: MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico**. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140p. p. 9-33. Disponível em: < <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=101987>>. Acesso em: 25 maio. 2015.

BASTOS, M. G. Identificação da doença renal crônica na comunidade. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.30, n.4, p. 232, out./nov./dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2004a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 25 maio. 2015.

_____. _____. _____. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.37p. Disponível em: <http://sonerj.org.br/wpcontent/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2015.

_____. _____. ANVISA. Resolução - RDC N.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 25 maio. 2015.

_____. _____. Portaria N.º 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2014b.

_____. _____. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N.º 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2014c. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/32cb310043da93a4969197937783f3a1/rdc0011_13_03_2014.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 25 maio. 2015.

_____. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC N.º 11, de 26 de janeiro de 2004. Aprovar o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e de Terapia Renal Substitutiva - 1ª Edição, 2004b. Disponível em: < http://saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_011.%20de%2026%20de%20janeiro%20de%202004.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2015.

CAMACHO, J. L. T. **Qualidade total para os serviços de saúde.** São Paulo: Nobel, 1998.

CAMPOS, F. V. **TQC - Controle da Qualidade Total (no estilo japonês).** 9. ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 2014. 286p.

CARPINETTI, L. C. R. **Gestão de qualidade:** conceitos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CARPINETTI, L.C.R.; MIGUEL, P.A.C.; GEROLAMO, M.C. **Gestão da qualidade. ISO 9001:2008: princípios e requisitos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CROSBY, P.B. **Qualidade e investimento a arte de garantir a qualidade**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. **The quality of care: how can it assessed?** JAMA, n. 260, p. 1743-1748, 1988.

FEIGENBAUM, A.V. Total quality control. New York: McGraw. Hill, 1991.
FRANCO, T. **Fluxograma descritor do processo de trabalho**. São Paulo: EBSERH, Hospital Albert Einstein, 2014. (Aula ministrada na Pós - Graduação para gestores de saúde do SUS).

GITLOW, H.S. **Planejando a qualidade, a produtividade e a competitividade**. Rio de Janeiro: Qualitymatk, 1993.

GODIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: EAD, ENSP, 2011.

ISHIKAWA, K. Controle da Qualidade Total (à maneira japonesa). Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JURAN, J. M. A qualidade desde o Projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. São Paulo: Pioneira, 1992.

LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LOUNGO, Jussara. **Gestão de qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M.T.G. **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011

RÊGO, M. M. S.; PORTO, I. S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 434-8, 2005.

RODRIGUES, U. **Avanços no SUS: saúde amplia tratamento para doentes renais crônicos**. 2014. <http://www.forumnacional30horasja.com.br/sites/ent/conteudos/noticia/10984407950571368/saude-ampliamentratamento-para-doentes-renais-chronicos-> Acesso em: 26 maio. 2014.

SCHIESARI, L.M.C; MALIK, A. M. Qualidade e acreditação. In: MALIK, A. M.; GONZALO, V. N. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SILVA, A. S. da et al. A Importância da documentação da qualidade para o setor produtivo: um estudo de caso. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 7, 2010.

SOUSA, P. A. F. de; DAL SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-9, oct./dec. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072012000400030&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 maio. 2014.

TOUSSAINT, J.; GERARD, R. A. **Uma transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**. Porto Alegre: Bookman, 2012.

TREVISO, P. **Identificação de indicadores de qualidade para um serviço de transplante renal**. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciência da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: < <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4459/1/000412788Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 26 maio. 2014.

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Michel Temer

Ministro da Saúde

Ricardo Barros

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Hêider Aurélio Pinto

Secretário de Atenção à Saúde (SAS)

Alberto Beltrame

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Secretário Executivo da UNA-SUS

Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitora

Prof.^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva

COORDENAÇÃO GERAL DA UNA-SUS/UFMA

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

