



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 15 – GESTÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Luciana Fernandes VOLPATO

Farmacêutica, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP

Luiz Cândido MARTINS

Mestre em Ciências da Religião pela UMESP, Doutor em Educação pela UNIMEP, Pós Doutorado pela Universidade Federal da Grande Dourados, MS, UFGD,

Antonio Carlos PEREIRA

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

Marcelo de Castro MENEGHIM

Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP, Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO:

Objetivos:

O presente capítulo tem a finalidade de apresentar a complexidade conceitual da palavra qualidade, além de mencionar a necessidade da qualidade nos serviços de saúde, tanto no setor público como no privado. Para a obtenção da excelência na prestação dos serviços, as instituições devem dispor de meios para alcançá-la, assim a percepção da qualidade estabelecida na satisfação dos usuários/clientes e dos profissionais pode ser o primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria dos serviços. Entretanto, é necessário utilizar métodos e ferramentas de qualidade com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Assim, os diferentes métodos e ferramentas apresentam como objetivo atingir níveis mais altos na qualidade do serviço, por meio de contínuo acompanhamento dos processos

Conteúdo programático:

- Introdução
- Conceito de qualidade

- Qualidade nos serviços de saúde
- Satisfação dos usuários
- Satisfação dos profissionais
- Métodos e ferramentas de qualidade
 - Brainstorming
 - Lista de verificação
 - Fluxograma
 - Diagrama de Pareto
 - Diagrama de causa e efeito
 - Diagrama de dispersão
 - Ciclo PDCA
 - Programa 5S
 - 5W2H
 - Desdobramento da Função Qualidade (QFD)
 - Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (AMAQ-AB)
- Considerações finais

Leitura Obrigatória:

Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, Pereira AC. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *RFO UPF*. 2014; 19(2): 151-8.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10(3): 599-613.

Volpato LF, Meneghim MC, Tengan C, Meneghim ZMAP. Avaliação da qualidade: a possibilidade do uso de uma ferramenta de avaliação no serviço de saúde pública. In: Pereira AC, organizador. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 111-30.

Leitura Complementar:

Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev Adm Pública*. 2009; 43(1): 7-22.

Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da função qualidade (QFD). *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1561-72.

Atividade Recomendada:

- Visite uma Unidade Básica de Saúde e elabore um Desdobramento da Função Qualidade (QFD)

1. INTRODUÇÃO

A qualidade sempre foi almejada pelas organizações e, desde os primórdios da humanidade, o homem vem aperfeiçoando técnicas para aprimorar seu trabalho. Desta forma, vários conceitos, métodos e técnicas para implementar, avaliar e manter a qualidade foram desenvolvidos no contexto industrial (Polizer e D’Innocenzo, 2006).

A qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional e se tornou um requisito obrigatório de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo (Nogueira, 1999). A área de saúde também se envolveu no processo, devido ao crescente aparecimento de novos procedimentos, tecnologias e usuários cada vez mais exigentes e interessados não somente no custo, mas na qualidade do serviço (Rocha e Trevizan, 2009).

O movimento pela qualidade incorporado pelo setor industrial na década de 50 foi sendo lentamente absorvido pelo setor de saúde na década seguinte e início dos anos 70. A implementação das estratégias de melhoria da gestão está no topo das prioridades em todo mundo, requisitando a atenção dos gestores dos setores públicos e privados, uma vez que existe uma grande pressão da sociedade para que ocorra uma transformação nas práticas gerenciais, a fim de aperfeiçoar o desempenho das organizações de saúde e, conseqüentemente, satisfazer pacientes, familiares, órgãos financiadores, comunidade atendida pela unidade de saúde e a sociedade em geral (Neves e Mota, 2002).

Este capítulo tem por finalidade apresentar um conceito de qualidade, sem a pretensão de esgotar a discussão sobre o assunto, mas incluindo a qualidade nos serviços de saúde, satisfação dos usuários e dos profissionais e, finalmente, algumas ferramentas desenvolvidas dentro desse processo histórico pela busca da qualidade e que se constitui nas mais significativas.

2. CONCEITO DE QUALIDADE

A palavra qualidade tem sua raiz no latim *qualitate* e significa propriedade, atributo, ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e lhes determinar a natureza; permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa (Pinto, 1993).

As definições a seguir oferecem uma visão aproximativa, resguardando a noção da complexidade conceitual e do aspecto da necessidade da qualidade exigida pelos diversos segmentos que dela utilizam.

Para Longo (1996), qualidade é um valor conhecido por todos, no entanto trata-se de um conceito definido de forma diferenciada por distintos grupos ou camadas da sociedade – a percepção dos indivíduos difere em relação aos mesmos produtos ou serviços, de acordo com suas necessidades, experiências e expectativas.

Já para Nascimento et al. (2005), qualidade expressa a satisfação dos usuários e estes possuem necessidades distintas e uma avaliação própria do que é ofertado, portanto, algo que pode ter boa qualidade para alguns, pode não ter para outros. Campos (1999) menciona que um produto ou serviço de qualidade deve atender de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo as necessidades do usuário. Assim, Lobos (1991) afirma que se o processo pelo qual produtos ou serviços são materializados for bem realizado, o produto final terá qualidade.

Na área da saúde, a qualidade é definida através do grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos usuários e suas famílias nas dimensões de resolatividade, eficácia e efetividade da atenção à saúde, na redução dos riscos à saúde, na humanização das relações entre os profissionais, entre profissionais e usuários e entre os profissionais e o sistema de saúde (Bitencourt e Hortale, 2007).

3. QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada com a tomada de responsabilidade por parte do Estado.

Dessa forma, a saúde ao se tornar um direito, teve seu acesso ampliado a toda população, e trouxe com isso o desafio da qualidade dos serviços prestados, uma vez que, o sistema público de saúde no Brasil é precário, apresenta profundas desigualdades sociais, péssimas condições de vida e de saúde da população, má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e a desigualdade de acesso (Fadel e Regis Filho, 2009). Não alheia aos acontecimentos, a imprensa exhibe constantemente a falência do sistema público de saúde, sendo que sua ineficácia e ineficiência podem ser observadas nas imensas filas e nos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores (Roncalli, 2003).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde lançou, em 1998, o Programa Brasileiro de Acreditação que surgiu como uma estratégia para avaliar a qualidade da assistência prestada e da gestão, assim como das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde. Essa avaliação procura reconhecer se o serviço atende ou não os padrões pré-definidos no Manual de Acreditação (BRASIL, 2002), sendo um processo formal e externo, ou seja, sem a participação dos atores envolvidos.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), lançada em 2005, como parte da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, foi uma iniciativa do Ministério da Saúde para a avaliação da atenção básica e foi o primeiro instrumento de avaliação da qualidade desenvolvido e validado para a equipe de saúde da família, com o intuito de possibilitar a análise dos processos de trabalho.

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) tem como objetivo avaliar a infraestrutura de saúde e a capacidade dos serviços ofertados em responder aos problemas de saúde (Brasil, 2011). O IDSUS adotou 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota, variando de zero a dez, para cada Município, Estado e para o Brasil. Cada indicador recebeu uma nota, que variou de 0 a 10 e mostrou a distância entre a situação atual e a desejada. De acordo com o Ministério da Saúde, o fundamento teórico que originou o IDSUS, foi o projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess), coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). O modelo de avaliação do Proadess não foi desenvolvido para hierarquizar municípios, mas considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história, conformação atual, objetivos e prioridades (Noronha, 2012). Assim, o IDSUS foi criticado tomando como base que o setor saúde é complexo, não podendo ser avaliado através de um índice, constituído pelo somatório de diferentes variáveis (Mendes e Tanaka, 2012; Noronha, 2012).

Em 2011, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde outro instrumento para avaliação do sistema de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com a finalidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção básica, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais destinadas a esse nível de atenção (Brasil, 2011). Uma das metodologias que compõe o PMAQ é a de autoavaliação, sendo o instrumento utilizado o AMAQ (Autoavaliação de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica). Este instrumento foi baseado no AMQ, revisto e adaptado. Fica claro, portanto, que a preocupação com o desenvolvimento da qualidade também no setor público.

A adoção de programas de qualidade justifica-se pelo fato de não ser suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores. No entanto, a implantação de programas de qualidade nos serviços de saúde pode apresentar algumas dificuldades devido ao fato de que estes serviços possuem algumas particularidades de caráter econômico e organizacional, tais como: as leis de mercado não se aplicam ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não-mercantis; a concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações; a variabilidade da assistência, dificultando a padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços; as informações na área de saúde são desiguais, não abrangem todos os usuários da mesma forma e, geralmente, os usuários são leigos e não possuem a capacidade de julgar seu tratamento e suas necessidades, dificultando a escolha das suas opções de consumo; não há tempo disponível para se realizar o controle da qualidade, uma vez que o consumo do serviço é imediato à produção; a produção do serviço é efetuada por vários profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação; os médicos apresentam forte resistência aos programas por se sentirem fiscalizados na conduta clínica (Gurgel Junior e Vieira, 2002).

Além disto, os serviços de saúde possuem algumas peculiaridades e, por este motivo, para cada tipo de serviço pode existir determinantes de qualidade. Santos (2000) menciona os seguintes determinantes para os serviços de saúde: confiabilidade (prestação de serviços segundo o prometido, com precisão e segurança), rapidez (velocidade de atendimento e prontidão para o usuário), tangíveis (referem-se a evidências físicas do serviço, tais como: instalações físicas, aparência dos profissionais e equipamentos utilizados), empatia (cordialidade, atenção e cuidado fornecido ao usuário), flexibilidade (capacidade de mudar e adaptar o serviço para se ajustar às necessidades dos clientes), acesso (facilidade de entrar em contato ou acessar fisicamente o serviço), disponibilidade (facilidade de encontrar disponível pessoal de atendimento, bens facilitadores e instalações).

A qualidade nos serviços de saúde não é apenas necessária, mas é essencial. Assim, as instituições devem dispor de meios para alcançar a excelência na prestação dos serviços, utilizando ferramentas para avaliação da qualidade, como o QFD (Desdobramento da Função Qualidade). Esta ferramenta foi empregada nas pesquisas de Volpato et al. (2010) e Volpato (2014) nas unidades de saúde da família, gerenciadas tanto por um município como por uma organização social, e analisou a percepção dos usuários e dos profissionais.

A percepção da qualidade baseia-se na satisfação dos usuários e dos profissionais a respeito da qualidade do serviço, podendo ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer a percepção de ambos para melhor direcionar as estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus usuários, estarão mais preparados para atender suas expectativas.

4. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Segundo o dicionário Aurélio, satisfação é um contentamento, um prazer que resulta da realização do que se espera ou se deseja. Desta forma, a qualidade aferida pela satisfação do usuário baseia-se no conceito que este faz em relação a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado.

Ao se definir qualidade na prestação de serviços, a diferença fundamental encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os usuários reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Isso se deve ao fato que cada usuário possui uma determinada percepção sobre qualidade e no caso dos serviços, as percepções podem variar ainda mais, devido ao fato dos serviços serem intangíveis. Além disso, a própria tendência de variabilidade dos serviços pode fazer que uma mesma pessoa tenha percepções diversas do mesmo serviço em diferentes momentos de sua vida (Santos, 2000; Vasconcellos, 2002).

Há várias terminologias relacionadas à satisfação: paciente, usuário, consumidor e cliente. O termo “satisfação do paciente” carrega certa passividade e pode expressar atitude ou resposta baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes. A “satisfação do usuário” passou a ser mencionada com o intuito de coletar informações do indivíduo que usa os serviços de saúde, tanto público como privado, e que percebe a percepção de ser um paciente ou um consumidor, tais como: a relação médico-paciente, a qualidade das instalações do serviço e a qualidade técnica dos profissionais de saúde. Nas últimas duas décadas, os termos “consumidor” e “cliente” passaram a ser utilizados, principalmente pelo setor privado, sendo que o primeiro refere-se a um indivíduo racional, consciente de suas escolhas e capaz de defender seus direitos; enquanto que o segundo trata-se de um indivíduo que paga pelo serviço e, assim, concerne certos direitos (Vaitsman e Andrade, 2005; Esperidião e Trad, 2006).

A utilização de um serviço de saúde está associada às necessidades e expectativas vinculadas a um problema. Assim, após o uso desses serviços, o usuário poderá mencionar se suas necessidades e expectativas foram atendidas. O nível de satisfação possibilita interferir na qualidade nos diversos momentos de atendimento, desde a entrada até a saída do serviço de saúde (Martins et al., 2014).

Ao avaliar a qualidade, os usuários realizam comparações entre o desempenho do serviço e suas expectativas, desta forma, os resultados são bons quando a qualidade percebida é obtida. Portanto, é uma tarefa complexa, pois se trata de mensuração de opiniões, influenciadas por diferentes situações (aspectos culturais, sociais, pessoais e psicológicos), expectativas e antecedentes (Lima et al., 2010; Damasceno et al., 2012). A qualidade pode ser percebida através de aspectos tangíveis (aquilo que pode ver ou sentir, como a aparência física do local) e intangíveis (ligados à relação dos profissionais com os usuários, como cordialidade e amabilidade). De forma geral, observa-se que a concepção dos usuários é fundamentada mais nos aspectos pessoais do que técnicos (Franco e Campos, 1998; Fadel e Regis Filho, 2009; Volpato et al., 2010).

As primeiras pesquisas utilizavam o termo satisfação do paciente com objetivo de obter resultados clínicos, através da adesão ao tratamento, englobando: comparecimento às consultas, aceitação das sugestões e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Atualmente, as pesquisas nacionais mencionam satisfação dos usuários e focalizam as diferentes dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde (Vaitsman e Andrade, 2005).

As metodologias de pesquisa de satisfação dos usuários e as dimensões (componentes) mencionadas variam com o decorrer do tempo. Na década de 70, Ware e Snyder selecionaram quatro dimensões como principais: acesso ao cuidado, continuidade do cuidado, disponibilidade do serviço e conduta médica; e nos anos 80 ampliaram para oito: arte do cuidado, qualidade técnica, acesso, eficácia do serviço, custo com o cuidado, ambiente físico, disponibilidade e continuidade do cuidado (Bowling, 1997).

Outros pesquisadores como Donabedian (1992) e Carâp (1997) também comprovaram as dimensões relacionadas às expectativas e satisfação dos usuários. Carâp (1997) definiu as seguintes dimensões: acesso (tempo, distância, disponibilidade, facilidade de agendamento), relações humanas (respeito, gentileza), competência profissional, informações (sobre tratamento, procedimentos) e resultado do tratamento. Todavia, Donabedian (1992) identificou que a aceitabilidade é a dimensão que mais se relaciona com as expectativas e satisfação dos usuários. O conceito aceitabilidade engloba o acesso, relação humana, dependências e instalação, além do efeito e do custo do tratamento.

Há vários instrumentos que podem ser aplicados na verificação da qualidade dos serviços de saúde, segundo a satisfação dos usuários, tais como: questionários, entrevistas, observações, urnas de sugestões e telefonemas. No caso de questionários ou entrevistas pode-se solicitar ao usuário para expressar sua opinião segundo uma escala numérica a cada item avaliado (Kloetzel et al., 1998; Volpato et al., 2010).

De acordo com Vaitsman e Andrade (2005), as críticas mais comuns às pesquisas de satisfação são: a) o aspecto subjetivo da “satisfação”, uma vez que depende da expectativa e exigência do indivíduo em

relação ao atendimento, além das características individuais como idade, gênero, classe social e estado psicológico. A expectativa é um dos fatores mais complicados, pois os usuários possuem diferentes capacidades críticas e, assim, uma boa avaliação pode ocorrer devido a uma baixa capacidade crítica dos usuários e uma avaliação mais baixa pode ser feita devido a um elevado grau de exigência; b) as consequências práticas dessas avaliações, ou seja, se as pesquisas realmente auxiliam em uma melhor qualidade dos serviços de saúde.

5. SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A maior parte dos estudos realizados no Brasil enfoca, principalmente, a satisfação e a qualidade nos serviços de saúde sob o ponto de vista dos usuários e não mencionam os profissionais, que são um importante instrumental de atuação na área da saúde. Nesse sentido, as pesquisas deveriam incluir os dois segmentos envolvidos – os usuários e os profissionais de saúde.

Satisfação profissional é um tópico importante na área da saúde, uma vez que bem-estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que interferem na qualidade da assistência e percepção dos aspectos relacionados à profissão (Volpato et al., 2010; Martins et al., 2014). Assim como a satisfação dos usuários, é um fenômeno complexo e de difícil definição, pois se trata de um estado subjetivo que varia de circunstâncias, de pessoa para pessoa e pode ainda variar ao longo do tempo para a mesma pessoa. Pode-se dizer que a satisfação no trabalho é resultante da interação entre o profissional, suas características pessoais, valores, expectativas com o ambiente e empresa; podendo ser observada através da qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absenteísmo e rotatividade. As frustrações decorrentes do trabalho influenciam a vida pessoal e emocional, originando doenças ocupacionais, dificuldades de ajustamento pessoal, desequilíbrio emocional e insatisfação no trabalho (Lino, 1999).

A insatisfação no trabalho pode ser decorrente de vários fatores, entre eles se destacam: sentimentos de obrigação em executar um serviço desinteressante e sem significado, desconhecimento da importância do trabalho desenvolvido na instituição, desqualificação, questões salariais, promoção, reconhecimento, condições e tipo de trabalho, ambiente, colegas, supervisão, gerenciamento, instituição, além da diferença de personalidade e valores que a pessoa atribui ao trabalho (Rosa et al., 2009; Novaes et al., 2010).

Os profissionais nem sempre tem suas necessidades e expectativas levadas em consideração, contudo a atuação e a qualidade dos serviços de saúde dependem do profissional e de sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve. Diante disso, é necessário averiguar as necessidades e expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que na organização de serviços há uma relação de troca entre os sujeitos e este relacionamento refletirá na qualidade do serviço.

É imprescindível que o profissional propicie aos usuários dos serviços de saúde, a promoção, o resgate e a manutenção da sua saúde. Porém, esses profissionais enfrentam situações ambientais e psicossociais relacionadas ao seu ambiente de trabalho que podem repercutir diretamente na qualidade dos serviços prestados (Rosa et al., 2009).

O bom relacionamento entre profissionais e usuários faz parte da humanização e esta é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desta forma, a postura de acolhimento dos profissionais se revela através de algumas atitudes, como: aproximação com o usuário, cumprimento, individualização, concentração no atendimento e demonstração de envolvimento ou sentimento em relação aos problemas dos usuários (Carvalho et al., 2008). A relação humanizada eleva a credibilidade com o profissional, facilitando na cooperação ao tratamento e continuidade do cuidado (Martha et al., 2011).

Entretanto, a relação profissional/usuário pode tornar-se uma dificuldade ao aferir a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que o bom relacionamento pode compensar falhas no cuidado técnico. Por

este motivo, durante as pesquisas de satisfação procura-se analisar a efetividade do tratamento, ou seja, é necessário verificar se os cuidados técnicos dispensados atingem os resultados esperados.

As pesquisas de satisfação profissional nos serviços de saúde podem conter variáveis pessoais e profissionais. As variáveis pessoais contemplam: idade, tempo de experiência (quanto maior a idade e o tempo de experiência, maior é a tendência de ser estável na instituição e de demonstrar satisfação profissional) e nível de formação educacional (quanto mais alto é o nível educacional, maior é a necessidade expressa de importância do trabalho e uma relação inversamente proporcional de satisfação do trabalho). Enquanto que as variáveis profissionais são: autonomia (responsabilidade individual pelo trabalho ou controle sobre as decisões profissionais), compromisso (lealdade), comunicação entre os profissionais (integração social), profissionalismo (motivação para o trabalho e compromisso com a carreira), reconhecimento (feedback), rotinização (o desempenho de tarefas repetitivas associa-se a variedade e especialização) e estresse (Lino, 1999; Novaes et al., 2010).

Ainda que as percepções de um serviço estejam vinculadas a uma avaliação pessoal, é imprescindível que o profissional conheça as expectativas dos usuários para trazer melhorias no desempenho do trabalho e para isso é necessário ouvi-los, uma vez que os usuários dependem dos serviços e possuem a habilidade de julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e sugerir ideias úteis de melhoria (Fadel e Regis Filho, 2009; Martins et al., 2014).

O serviço de saúde pode ser afetado pelo grau de satisfação dos profissionais e a satisfação das necessidades de trabalho é essencial para a melhoria da produtividade e está atrelada à motivação. Sendo assim, para que o trabalho represente fonte de satisfação, é preciso que as relações estabelecidas sejam satisfatórias, tanto para o profissional como para o usuário, evitando um possível surgimento das insatisfações no trabalho.

6. MÉTODOS E FERRAMENTAS DE QUALIDADE

A melhoria da qualidade implica nas decisões baseadas em fatos, entretanto para a obtenção desses fatos é necessária a utilização de métodos e ferramentas que permitam quantificar e qualificar as informações.

Os métodos e as ferramentas de qualidade são técnicas que podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente e tem como finalidade definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Assim sendo, apresentam como objetivo atingir níveis mais altos na qualidade do produto, exigindo um contínuo acompanhamento, controle e melhoria dos processos.

Apesar de existirem inúmeros métodos e ferramentas de qualidade, as mais utilizadas estão citadas a seguir.

Brainstorming

O brainstorming foi desenvolvido por Osborn, em 1938 e significa “tempestade mental” ou “tempestade de ideias”. Trata-se de uma ferramenta para geração de novas ideias, conceitos e soluções para qualquer assunto ou tópico num ambiente livre de críticas e de restrições à imaginação, ou seja, é o trabalho em grupo para identificar um problema e encontrar a melhor decisão para um plano de ação que solucione tal problema. Visa a participação de todos os integrantes da equipe, sem restrição de suas ideias (Nóbrega et al., 1997).

O brainstorming é útil quando se deseja gerar em curto prazo uma grande quantidade de ideias sobre um assunto a ser resolvido, as possíveis causas de um problema, abordagens a serem usadas ou ações a serem tomadas.

Usualmente é um trabalho em equipe, variando de 4 a 8 pessoas, mas pode ser individual e as reuniões podem acontecer num espaço de tempo de 30 a 60 minutos.

É necessária uma clara definição do problema ou do assunto e assegurar que todos os participantes o tenham compreendido. Além disso, os participantes devem ser orientados que está proibida críticas às ideias apresentadas, pois causam inibições e desvios dos objetivos; quantidade é importante, assim, quanto mais informações, melhor; nenhuma ideia deve ser desprezada; em qualquer momento, é permitido que alguém apresente uma ideia modificada ou combinada com outras já apresentadas por outras pessoas do grupo; todos podem e devem apresentar suas ideias. Todas as ideias devem ser anotadas e dispostas para que todos possam vê-las, evitando duplicidades, mal entendidos e estimulando o pensamento criativo no grupo.

Há dois tipos de brainstorming, o estruturado e o não estruturado. No estruturado, todos os participantes devem dar uma ideia quando chegar a sua vez na rodada ou passar a vez até a próxima rodada. Isso evita a preponderância dos mais falantes, proporcionando que todos tenham oportunidade igual para contribuir com ideias e promovem o envolvimento maior de todos, mesmo os mais tímidos. O brainstorming termina quando os participantes não apresentam mais ideias.

No brainstorming não estruturado, qualquer participante menciona suas ideias à medida que vão surgindo na mente. Tende-se a criar uma atmosfera mais relaxada e há o risco dos mais falantes dominar o ambiente. Essa técnica é finalizada quando nenhum participante tem mais ideias e todos concordam em parar.

Após o brainstorming devem-se reunir as ideias e classificá-las em temas e categorias, selecionar as melhores para serem analisadas, melhoradas e aproveitadas.

O brainstorming apresenta as seguintes vantagens: permite a manifestação dos participantes; técnica flexível em termos de possibilidades de utilização; fácil aplicação e não requer grandes conhecimentos para obter resultados. Mas, pode apresentar algumas desvantagens, tais como: se o objetivo do brainstorming não estiver claro, não haverá ideias criativas; nem sempre surte a solução esperada para o problema em questão; é um processo empírico e primário, pois se relaciona com a experiência de cada um dos envolvidos no processo.

Lista de verificação

A lista de verificação é uma planilha para o registro de dados num formato fácil e sistemático (Figura 1). Os dados de cada um dos itens a serem verificados são registrados, permitindo uma rápida percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir erros e confusões.

Para fazer a lista de verificação é necessário estruturá-la de maneira que permita um fácil preenchimento, definir a quantidade e o tamanho da amostra dos dados, definir onde será realizada a coleta dos dados, determinar a frequência com que os dados serão coletados (diário, semanal, ou mensal) e quem coletará os dados.

Segundo Vieira (1999), nos serviços de saúde as listas de verificação podem ser utilizadas para identificar a localização dos problemas, o desempenho de operações em sequência, as razões para a não conformidade, a distribuição e o comportamento do processo e, também, para levantar suas causas. A lista é útil para registrar os dados que indicam problemas de qualidade (reclamações, necessidades de reparos) e de segurança (acidentes de trabalho, quebra de equipamentos).

O inspetor, com a lista de verificação em mãos, deverá anotar na linha que descreve o tipo de problema encontrado e para determinar as causas dos problemas, é necessário organizar uma relação com as causas mais prováveis e escrevê-las na lista de verificação.

As listas de verificação apresentam vantagens e desvantagens:

- Vantagens: obtenção do fato é registrada no momento que ocorre, facilitando a identificação da causa junto ao problema; simples de aplicar, bastando apenas concentração.
- Desvantagens: o processo de coleta pode ser lento e demanda recursos de acordo com a amplitude da amostra.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica ▶▶▶	Antes da incisão cirúrgica ▶▶▶	Antes de o paciente sair da sala de operações
<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU Identidade Sítio cirúrgico Procedimento Consentimento	<p style="text-align: center;">CONFIRMAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	<p style="text-align: center;">REGISTRO</p>
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADONÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMARAM VERBALMENTE: Identificação do paciente Sítio cirúrgico Procedimento	<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	<p style="text-align: center;">EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	<input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<p style="text-align: center;">OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO</p> <input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)?	<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)?
<p style="text-align: center;">VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS	<input type="checkbox"/> HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<p style="text-align: center;">RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ml (7ml/Kg EM CRIANÇAS)?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	<input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS)
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRESCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Figura1: Modelo de Lista de verificação.
Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009.

Fluxograma

É uma representação esquemática que facilita a visualização das diversas etapas que compõem um determinado processo, permitindo identificar os pontos que merecem atenção especial por parte dos profissionais (Figura 2). Trata-se de uma ferramenta fundamental para o planejamento (elaboração) e aperfeiçoamento (análise, crítica e alterações) do processo.

O fluxograma apresenta como objetivos: padronizar métodos e procedimentos, descrevê-los com rapidez, facilitar a leitura e o entendimento das rotinas, identificar os pontos mais importantes das atividades visualizadas e permitir maior flexibilização e um melhor grau de análise.

É basicamente formado por três módulos: início (assunto a ser considerado no planejamento), processo (consiste na determinação e interligação dos módulos que englobam o assunto, ou seja, todas as operações que compõe o processo) e final (fim do processo, onde não existem mais ações a ser considerada).

O fluxograma pode ser usado para identificar o fluxo atual ou o ideal de um serviço com a finalidade de identificar desvios, verificar os vários passos do processo e se estão relacionados entre si, identificar as oportunidades de mudanças e identificar as áreas que serão afetadas nas mudanças ou propostas.

Segundo Vieira (1999), na elaboração de um fluxograma é necessário:

- a participação de todas as pessoas envolvidas no processo.
- identificar as fronteiras do processo, mostrando o início e o fim,
- documentar cada etapa do processo, registrando as atividades e as decisões,

- fazer uma revisão para verificar se alguma etapa não foi esquecida, ou se foi elaborada de forma incorreta,
- discutir com a equipe, analisando como o fluxograma foi completado, certificando-se da coexistência do mesmo e como o processo se apresenta.

As vantagens na utilização do fluxograma são: eficaz para o planejamento e solução de problemas, permite visão global do processo e ressalta operações críticas ou situações, melhora o conhecimento do processo e desenvolve o trabalho em equipe necessário para descobrir o aprimoramento. E suas desvantagens são: a aplicabilidade só será efetivada na medida em que mostrar, verdadeiramente, como é o processo; falta de padronização na maioria das empresas e quando se encontra alguma padronização, é inadequada e as pessoas não conhecem; uma pessoa sozinha é incapaz de completar o fluxograma, é necessária a ajuda de outros.

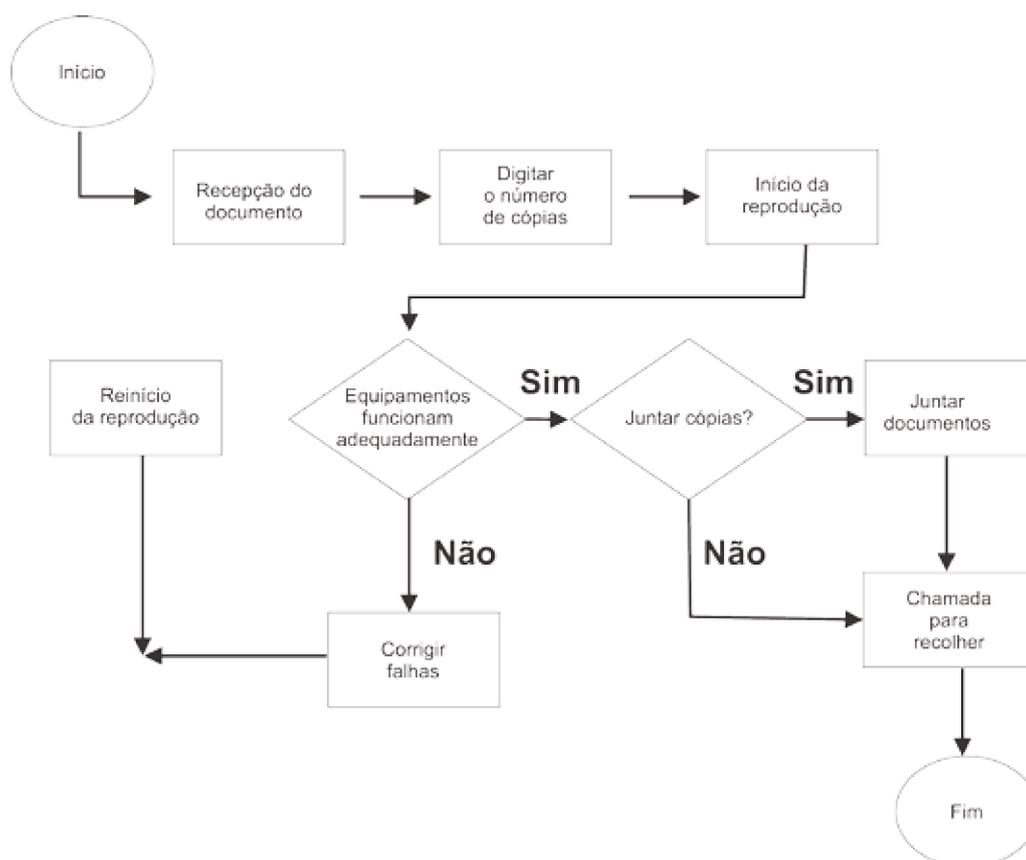


Figura 2: Modelo de Fluxograma.
Fonte: Vieira, 1999.

Diagrama de Pareto

É uma forma de descrição gráfica que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo a priorização dos problemas. O diagrama de Pareto é um gráfico de barras que dispõe a informação de forma a tornar evidente a priorização de temas, permitindo o estabelecimento de metas numéricas viáveis de serem alcançadas.

O diagrama de Pareto é representado por barras dispostas em ordem decrescente, com a causa principal vista do lado esquerdo do diagrama e as causas menores são mostradas do lado direito. Pode

ser utilizado quando se deseja: identificar os problemas e suas causas, melhor visualização da ação, priorizar a ação, confirmar os resultados de melhoria e verificar a situação antes e depois do problema.

Para a construção do diagrama de Pareto (Figura 3) é necessário:

- decidir o que será analisado e o tipo de problema,
- coletar os dados,
- reunir os dados dentro de cada categoria,
- traçar um eixo horizontal e dividi-lo em tantas partes iguais quantas são as categorias listadas,
- traçar um eixo na vertical e escrever as frequências (0% – 100%),
- traçar barras verticais, em ordem decrescente da esquerda para a direita, com base no eixo horizontal e altura igual à frequência da categoria.

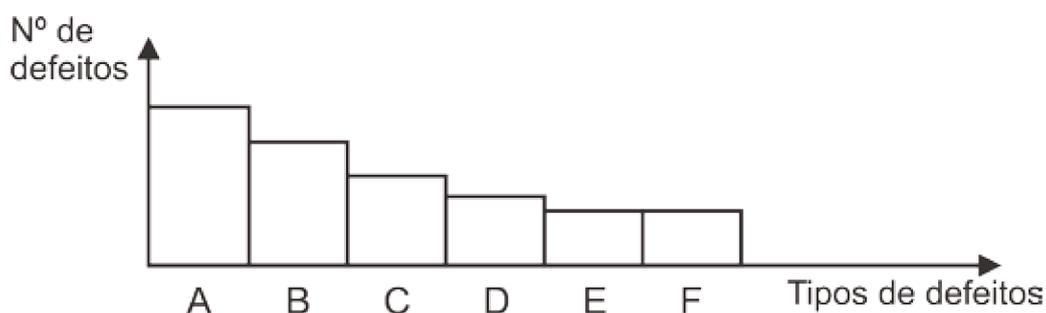


Figura 3: Diagrama de Pareto.
Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

Para desenhar a curva de Pareto (Figura 4):

- desenhar o diagrama de Pareto, deixando espaço na parte superior,
- para cada categoria, marcar um ponto com abscissa igual ao extremo direito da base da categoria e ordenada igual à frequência acumulada,
- ligar os pontos,
- completar a figura colocando título, data e nome do responsável pela coleta dos dados.

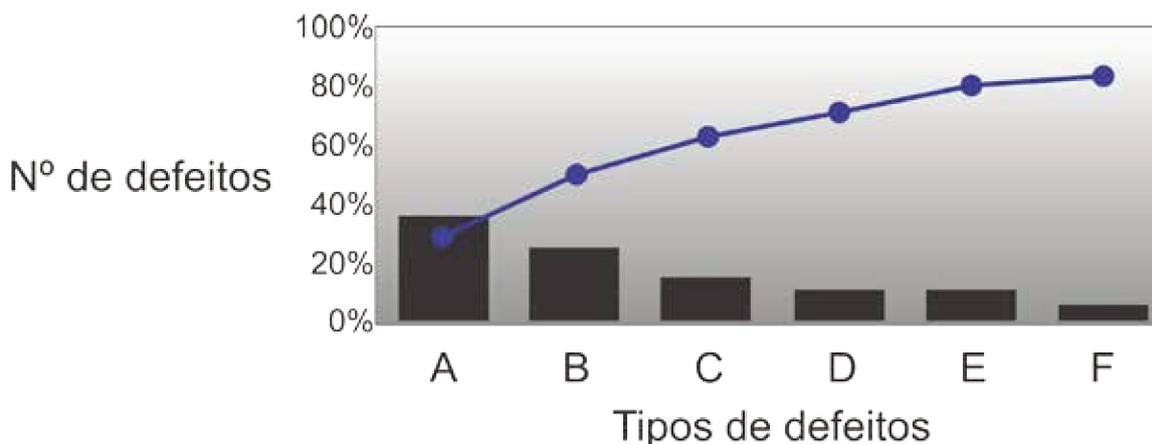


Figura 4: Diagrama e curva de Pareto.
Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

O diagrama de Pareto estabelece prioridades, ou seja, mostra a ordem que os problemas devem ser resolvidos e, usualmente, trabalha-se nas barras mais altas e não nas mais baixas. Algumas recomendações são necessárias e ajudam no uso da ferramenta:

- verificar e testar diversas classificações, antes de fazer o diagrama definitivo, pois nem sempre o problema é abordado de maneira correta, logo no início.
- estudar o problema medindo-o em várias escalas, uma vez que, muitas vezes, não é interessante sanar os problemas que ocorrem com maior frequência e sim aqueles que apresentam custo mais elevado.
- fracionar grandes problemas em problemas específicos, estratificando ou subdividindo em aspectos mais específicos, isto é, depois de identificar um problema como sendo o mais importante, verificar a possibilidade de subdividi-lo em aspectos mais específicos.

As vantagens de utilizar o diagrama de Pareto são: permite a visualização dos diversos elementos de um problema, ajudando a classificá-los e priorizá-los; facilita o direcionamento de esforços; permite ótimos resultados com poucas ações. E as desvantagens são: ferramenta de difícil aplicação e nem sempre a causa que provoca não-conformidade será priorizada.

Diagrama de causa e efeito

É uma representação gráfica que permite a organização das informações possibilitando a identificação das possíveis causas de um determinado problema. O diagrama de causa e efeito também pode ser denominado de diagrama de espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa.

Pode-se utilizar esta ferramenta quando necessitar identificar as causas possíveis de um problema, para obter melhor visualização da relação entre a causa e efeito e para saber quais as causas que estão provocando o problema.

Para a construção de um diagrama de causa e efeito é preciso:

- definir o problema a ser analisado,
- escrever o problema em um retângulo, ao lado direito da folha de papel e no final de um eixo,
- escrever as causas primárias do problema sob investigação em retângulos, os dispor em torno do eixo e ligar estes retângulos ao eixo, conforme a Figura 5.

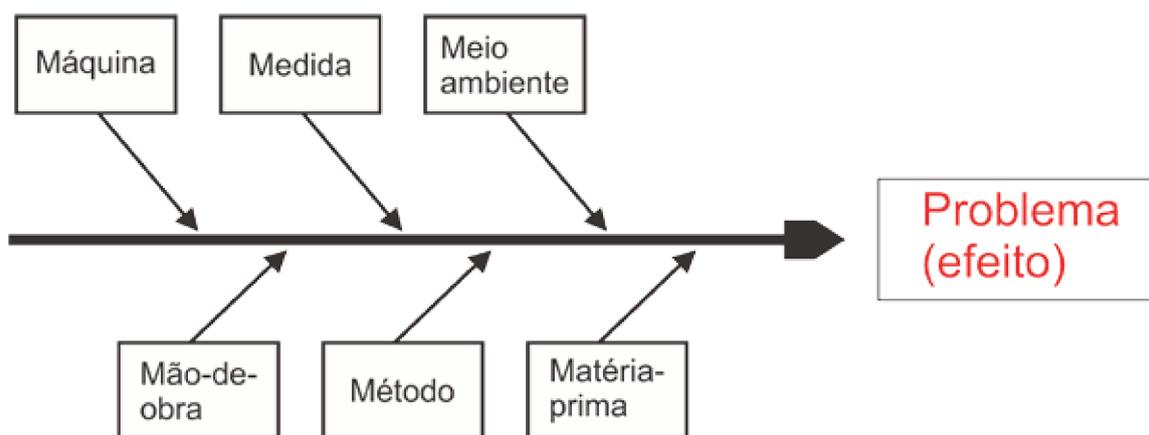


Figura 5: Causas primárias do Diagrama de causa e efeito.

Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

- identificar e anotar as subcausas (secundárias e terciárias), ou seja, dentro de cada causa primária, escrever as secundárias e dentro das causas secundárias escrever as terciárias, conforme Figura 6.

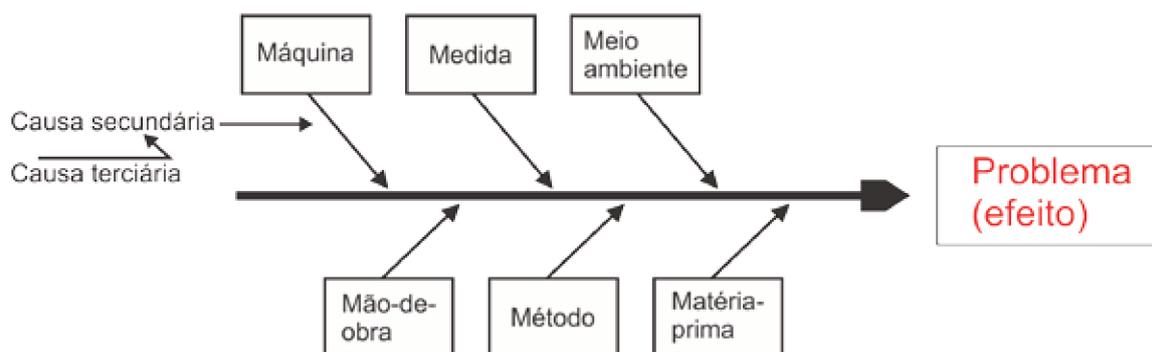


Figura 6: Diagrama de causa e efeito.
Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

Nem sempre é fácil identificar as causas de um problema de qualidade, assim sendo alguns cuidados são necessários:

- definir o problema de forma precisa, evitando termos abstratos e ideias genéricas,
- identificar as causas do problema sob investigação em reuniões ou seções de brainstorming,
- resumir as sugestões em poucas palavras,
- concentrar-se nas causas possíveis de serem sanadas, pois se as causas não podem ser removidas, o diagrama de causa e efeito não terá nenhuma aplicação prática.

O diagrama de causa e efeito apresenta as seguintes vantagens e desvantagens:

- Vantagens: direciona os itens a serem verificados para que se chegue a identificação das causas; não há restrição às ações dos participantes quanto às propostas a serem apresentadas e permite uma visão ampla de todas as variáveis que interferem no bom andamento das atividades.
- Desvantagens: limitada a solução de um problema por aplicação e para cada nova situação, é necessário percorrer todos os passos do processo.

Diagrama de dispersão

O diagrama de dispersão é usado para visualizar a relação entre duas variáveis, geralmente estuda-se a relação entre: uma característica de qualidade e um fator que possa ter efeito sobre essa característica, duas características e dois fatores que possam ter efeito sobre a mesma característica de qualidade (Vieira, 1999).

Para fazer um diagrama de dispersão é preciso seguir os seguintes passos:

- coletar pares de dados que poderão estar relacionados,
- traçar eixos cartesianos e representar uma variável em cada eixo,
- estabelecer as escalas de modo que o diagrama tenha aspecto de um quadrado,
- escrever os nomes das variáveis nos respectivos eixos,
- colocar os dados no diagrama: fazer um ponto para representar cada par e se dois ou mais pontos coincidirem, desenhar círculos em torno desse ponto quantas vezes ele se repetir ou desenhar os pontos bem juntos,
- escrever o título, a legenda, a data que os dados foram obtidos, o número de pares de dados e o responsável pela coleta.

É imprescindível observar a direção e a dispersão dos pontos para interpretar o diagrama de dispersão. Se x e y crescem no mesmo sentido, existe uma correlação positiva entre as variáveis (Figura 7), mas se

x e y variam em sentidos contrários, existe uma correlação negativa entre as variáveis (Figura 8). Se x cresce e y varia ao acaso, não existe correlação entre as variáveis ou a correlação entre elas é nula (Figura 9).

Diagramas de dispersão que mostram correlação positiva entre as variáveis

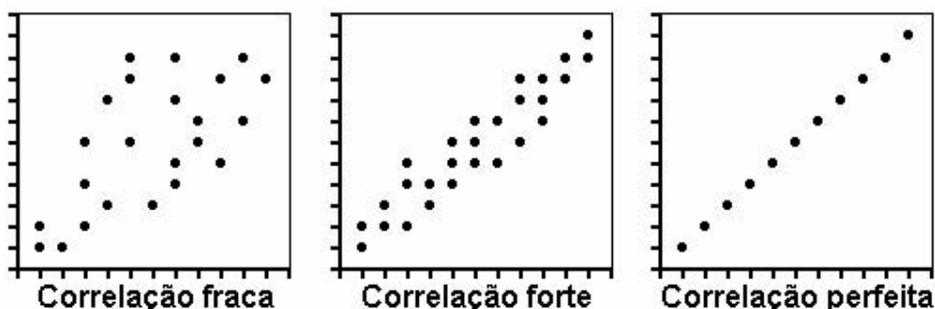


Figura 7: Modelo de Diagrama de dispersão – correlação positiva entre variáveis.
Fonte: Vieira, 1999.

Diagramas de dispersão que mostram correlação negativa entre as variáveis

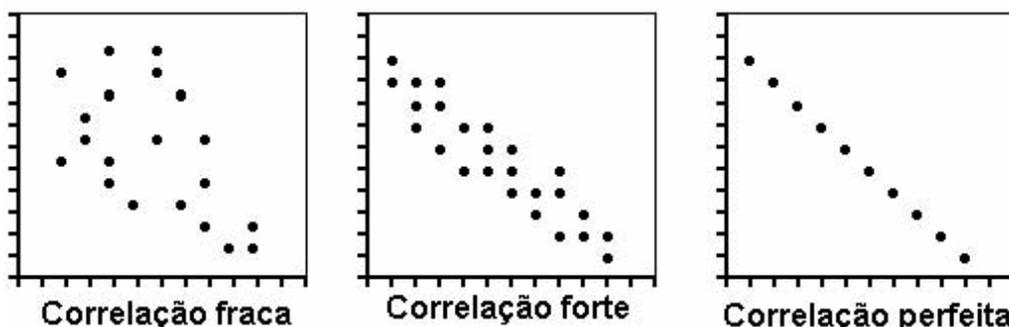


Figura 8: Modelo de Diagrama de dispersão – correlação negativa entre variáveis.
Fonte: Vieira, 1999.

Diagrama de dispersão que mostra correlação nula entre variáveis

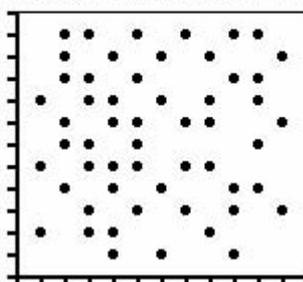


Figura 9: Modelo de Diagrama de dispersão – correlação nula entre variáveis.
Fonte: Vieira, 1999.

O diagrama de dispersão apresenta algumas vantagens, tais como: permite a identificação do possível relacionamento entre as variáveis consideradas numa análise, é ideal quando há interesse em visualizar a intensidade do relacionamento entre duas variáveis. Entretanto, apresenta as seguintes desvanta-

gens: é um método complexo e que necessita de um nível mínimo de conhecimento para utilizá-lo, além de exigir um profundo conhecimento do processo cujo problema deseja-se solucionar.

Ciclo PDCA

O ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming, foi idealizado por Walter A. Shewhart e introduzido no Japão na década de 20, porém foi Deming quem efetivamente o divulgou e o aplicou, em 1950, na reconstrução do Japão após a 2ª Guerra Mundial.

O ciclo inicia-se pelo estudo da situação atual, ou seja, as informações são agrupadas para esquematizar um plano de melhorias e, em seguida, as ações planejadas são executadas. Após este processo, verifica-se, constantemente e repetidamente (ciclicamente), o que foi realizado e se estava de acordo com o planejado e, a partir deste momento, define-se uma ação corretiva para eliminar os defeitos no produto ou na execução do processo (Volpato et al., 2009).

A sigla PDCA corresponde as iniciais em inglês e o ciclo é dividido em 4 fases (Figura 10):

- Plan (Planejar): nesta fase são definidas as metas que se deseja atingir. As metas devem relevar pontos importantes como tendências de mercado, fornecedores, situação política do país e do mundo. Após definidas as metas, deve-se buscar meios e procedimentos para alcançá-las.
- Do (Executar): fase de implantação do planejamento, ou seja, execução das tarefas através de coletas de dados, treinamento e educação dos funcionários para a utilização do ciclo.
- Check (Verificação): etapa gerencial, deve-se verificar os resultados, observar se a meta foi alcançada e identificar possíveis desvios na meta ou no método.
- Action (Ação corretiva): etapa de ação corretiva e se forem identificados desvios é necessário definir e programar soluções que eliminem as suas causas, mas, se não forem identificados desvios, é preciso realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções.

O processo de melhoria contínua deve ser realizado a partir do momento em que as metas estabelecidas sejam atingidas. Neste caso, deve-se voltar à fase inicial (Plan) e revisar as metas já atingidas traçando novos desafios.

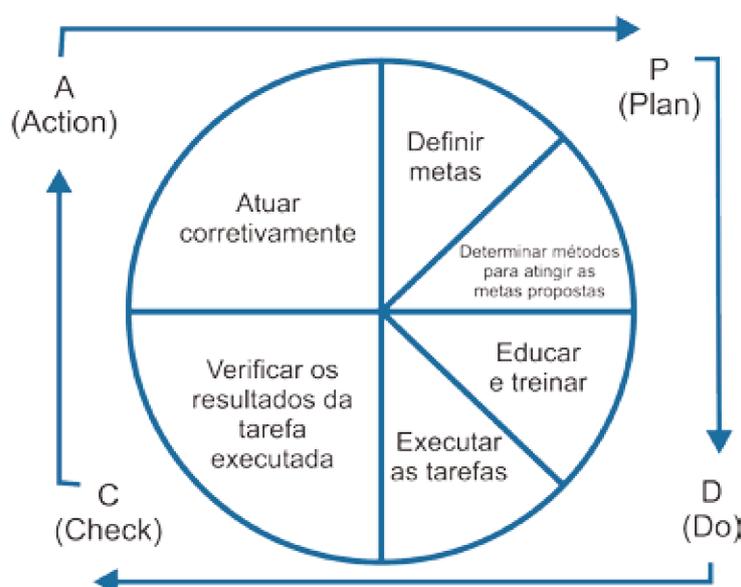


Figura 10: Ciclo PDCA.
Fonte: Vieira, 1999.

Programa 5S

O 5S é um conjunto de técnicas desenvolvidas no Japão, em 1950, por Kaoru Ishikawa, devido à necessidade de reorganização do país após problemas decorrentes da 2ª Guerra Mundial.

O Programa pode ser implantado como um plano estratégico e, com o passar do tempo, passa a ser incorporado à rotina da instituição, contribuindo para a qualidade e promovendo alterações de comportamento em todos os níveis hierárquicos (Volpato et al., 2009).

Os objetivos do Programa 5S são: melhorar o ambiente de trabalho; prevenir acidentes; incentivar a criatividade; reduzir custos; eliminar o desperdício; desenvolver o trabalho em equipe; melhorar as relações humanas e melhorar a qualidade de produtos e serviços.

A denominação 5S corresponde as iniciais de cinco palavras de origem japonesas e que significam:

- Seiri: descarte – separar o útil do inútil e eliminar o desnecessário.
- Seiton: arrumação – identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente.
- Seiso: limpeza – manter um ambiente sempre limpo, eliminando a sujeira e aprendendo não sujar.
- Seiketsu: saúde e higiene – manter um ambiente de trabalho favorável à saúde e higiene.
- Shitsuke: disciplina – fazer destas atitudes um hábito, transformando o 5S em um modo de vida.

Para a implantação do Programa 5S é necessário seguir alguns passos:

- Sensibilização da administração da instituição para que esta se envolva com a implantação do Programa.
- Definição da equipe de implantação e esta deve ter disponibilidade para conduzir o processo, orientar, esclarecer dúvidas e fazer visitas rotineiras de acompanhamento.
- A administração deve anunciar e enfatizar a importância da adoção do Programa 5S a toda a instituição, através de carta ou reunião.
- Treinamento da equipe de implantação através de literatura específica, cursos e visitas a outras instituições.
- Elaboração do planejamento, definição dos objetivos e das estratégias para atingi-los e os meios de verificação.
- Registrar, através de fotos ou filmagem, a situação atual de todas as áreas de trabalho da instituição.
- Convidar os funcionários da instituição para uma reunião e mostrar o compromisso e a disposição para implantar o Programa. Nesta reunião, pode iniciar o trabalho de conscientização dos funcionários, da importância do 5S para a melhoria do trabalho, explicar os objetivos, mostrar as vantagens e os benefícios do programa.
- Implantação do Programa, os funcionários serão treinados e as responsabilidades divididas. Em cada fase de implantação, os funcionários envolvidos devem se reunir para definir as atividades e esclarecer as dúvidas.
- A equipe organizadora deve planejar e se organizar para realizar visitas nas áreas de implantação do Programa. Nas visitas, os pontos positivos e os negativos devem ser apontados, pois o pessoal deve ser motivado a seguir as orientações. A equipe deve fazer um mapa de acompanhamento mensal para verificar os benefícios, os resultados e as mudanças.

5W2H

A metodologia 5W2H foi criada por profissionais da indústria automobilística japonesa e é constituída de sete palavras em inglês, sendo que cinco iniciam-se com W e duas com H. São elas: what (o que?), who (quem?), where (onde?), why (por quê?), when (quando?), how (como?), how much (quanto

custa?). Através das sete questões podem-se fazer perguntas (Quadro 1) e explorar, exaustivamente, o assunto (Maués, 1996).

É utilizada quando se torna difícil identificar a função a ser satisfeita e, também, as causas que dão origem aos efeitos observados. Assim, a ferramenta 5W2H permite solucionar o problema, descrevendo-o por escrito, como é sentido no momento e a forma que afeta o processo e as pessoas.

Após o diagnóstico dos problemas, deve ser realizado o planejamento das soluções e a implantação de um plano de ação, definindo as mudanças a curto, médio e longo prazo com a finalidade de melhoria no processo. Através destas sete questões pode-se explorar o tema em pauta, fazer o reconhecimento das causas dos problemas e implantar um plano de ação para corrigi-las (Maués, 1996).

O 5W2H é uma ferramenta que auxilia na análise e no conhecimento sobre um determinado processo, problema ou ação. Pode ser utilizado em três etapas:

- Diagnóstico: averiguar todo o processo para obter as informações necessárias e localizar as falhas.
- Plano de ação: elaborar um plano de ação para eliminar as falhas.
- Padronização: padronizar normas a fim de prevenir o reaparecimento de problemas.

A técnica, desta ferramenta, consiste em aplicar, sistematicamente, as sete perguntas sobre o processo a ser estudado e a ordem das perguntas pode ser alterada, de acordo com o estudo realizado.

Quadro 1 – Exemplo de perguntas realizadas durante o processo

What (O QUE?)	How (COMO?)
Que processo é este?	Como a atividade será executada?
Como conduzir este processo?	De que maneira?
Qual é o assunto?	O que deve ser medido?
Who (QUEM?)	How Much (QUANTO CUSTA?)
Quem conduz este processo?	Quanto custa realizar a mudança?
Qual a equipe responsável?	Quanto custa o processo atual?
	Qual é a relação custo/benefício?
Where (ONDE?)	Why (POR QUÊ?)
Onde o processo será conduzido?	Por que este processo é necessário?
Em que lugar?	Ele pode ser omitido?
When (QUANDO?)	
Quando será feito?	

Fonte: Volpato et al., 2009.

Desdobramento da Função Qualidade (QFD)

O QFD é uma ferramenta de planejamento da qualidade desenvolvida no Japão por Yoji Akao e Shiguero Mizuno, entre 1960 e 1965 (Cheng et al., 1985), visando ações de manutenção e melhoria da qualidade. Primeiramente, foi implantado nas indústrias com a finalidade de auxiliar no desenvolvimento de produtos e, atualmente, está presente em segmentos voltados à prestação de serviços de saúde,

principalmente, hospitais e serviços de enfermagem (Matsuda et al., 2000), assim o QFD pode ser considerado uma nova alternativa que vem sendo utilizada nos serviços de saúde (Cheng et al., 1995).

A ferramenta QFD é definida como um processo estruturado que procura avaliar a qualidade baseando-se na satisfação do usuário, envolvendo todos os membros da organização (Miguel e Weidmann, 1999) e transferindo para toda a instituição (Chaplin et al., 1999; Porto, 1999). O QFD procura identificar novos caminhos que conduzam a melhores processos de trabalho para garantir a qualidade, uma vez que a estrutura de uma organização influencia o desempenho dos profissionais e vice-versa. Dentro deste enfoque, é necessário resgatar o desempenho dos profissionais no setor de serviços de saúde, para que tenham disponível uma estrutura de trabalho adequada para atender as suas necessidades e de seus clientes (Porto, 1999; Matsuda et al., 2000).

Segundo Volpato et al. (2010), a aplicação do QFD envolve as seguintes etapas:

a) Definição da amostra

A aplicação do QFD depende do envolvimento dos usuários da instituição a ser analisada, uma vez que estes são fundamentais na verificação da qualidade, assim, é necessário ouvir suas opiniões e necessidades.

b) Definição da equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional também é fundamental no processo de verificação da qualidade, pois são os responsáveis pela execução do serviço e devem ter suas necessidades e expectativas atendidas.

c) Identificação da qualidade exigida

Para identificar a qualidade exigida ou as necessidades dos usuários, pode ser aplicado um questionário para os usuários, adaptado de Matsuda et al. (2000), com duas questões abertas:

- Em sua opinião, como as pessoas que trabalham nos serviços de saúde devem ser para que o (a) senhor (a) sinta-se satisfeito (a) e bem atendido?
- O que ainda falta no atendimento deste serviço para que o (a) senhor (a) sinta-se plenamente satisfeito (a)?

d) Desdobramento da qualidade exigida

Os itens obtidos durante a identificação da qualidade exigida serão desdobrados em níveis e agrupados por afinidade (Quadro 2).

Quadro 2 – Exemplo de Desdobramento da Qualidade Exigida

Primário	Secundário	Terciário
Acesso	Agendar consultas	Facilidade para agendar consultas
	Encaminhar aos serviços especializados	Facilidade no encaminhamento
		Facilidade para agendar consultas nos serviços especializados
Recepção	Atendimento	Ágil
	Atenção	Cordial / Simpático / Atencioso

Fonte: adaptado de Matsuda et al. (2000).

e) Ranqueamento da qualidade exigida

A partir das informações coletadas através dos questionários identifica-se a qualidade exigida e elabora um novo questionário para ser aplicado aos usuários, contendo outras duas questões: uma relacionada ao grau de importância que o usuário atribui a cada uma das qualidades exigidas no serviço e outra mencionando como o usuário avalia cada um dos itens de qualidade exigida no serviço ofertado.

Os usuários devem responder as questões da seguinte maneira: primeiramente, devem ranquear cada uma das questões relacionadas com o grau de importância que o serviço possui, desta forma, os usuários atribuem valores de 1 a 5 de acordo com seu grau de satisfação aos serviços ofertados, onde: 1 – nenhuma importância, 2 – pouca importância, 3 – alguma importância, 4 – importante e 5 – muito importante. Na compilação dos dados deve ser realizada a média aritmética e o valor resultante descrito no campo GI (Grau de Importância) da Casa da Qualidade (Figura 11), determinando as qualidades exigidas mais importantes.

O mesmo procedimento deve ser realizado para a segunda questão, ou seja, cada um dos itens de qualidade referentes à importância que o usuário atribui ao serviço deve-se atribuir valores de 1 a 5, onde 1 – péssimo, 2 – ruim, 3 – regular, 4 – bom e 5 – ótimo. Os valores resultantes são obtidos pela média aritmética e serão utilizados no campo da Qualidade Planejada, descrita posteriormente.

f) Estabelecimento das características da qualidade

Depois de identificadas as qualidades exigidas, a equipe multiprofissional utiliza estas informações para definir as características de qualidade do serviço, ou seja, as características importantes aos profissionais. Assim, cada uma das qualidades exigidas corresponde a pelo menos uma característica da qualidade (Quadro 3).

Quadro 3 – Exemplo de estabelecimento das Características da Qualidade

Qualidade Exigida	Características da Qualidade
Facilidade para agendar consultas	Número de vagas oferecidas
	Número de profissionais

Fonte: adaptado de Matsuda et al. (2000).

g) Características da Qualidade mais significativas

Após determinar as características de qualidade, o profissional correlaciona, individualmente, as qualidades exigidas com as características de qualidade, respondendo a pergunta: “A característica atende as necessidades dos usuários?” e no interior de cada célula são utilizados os seguintes símbolos para determinar a correlação: forte, médio \equiv , fraco Φ , inexistente (em branco).

A seguir, os dados são convertidos multiplicando o valor do símbolo (Quadro 4) pelo valor do Grau de Importância (fornecido pelo usuário) e o resultado deve ser registrado no interior de cada célula. Este procedimento foi realizado em todas as células que apresentaram algum símbolo.

Quadro 4 – Correlação da Qualidade Exigida

Correlação	Símbolos	Valor
Forte	r	9
Médio	▣	3
Fraca	♠	1
Inexistente	Em branco	0

Fonte: Matsuda et al. (2000).

h) Qualidade projetada

A qualidade projetada indica a ordem de importância das características da qualidade baseada nas necessidades dos usuários e fornece alvos técnicos aos profissionais.

Para estabelecer a qualidade projetada, os pesos absolutos e os pesos relativos das características da qualidade devem ser calculados.

O peso absoluto é calculado somando os valores das células referentes a cada uma das colunas das características de qualidade e o peso relativo através dos pesos absolutos, resultando em percentuais para cada característica e determinando as características mais importantes para melhorar nos serviços.

i) Qualidade planejada

Esta etapa indica a importância das qualidades exigidas e indicam estratégias de satisfação do usuário em relação ao serviço. Portanto, através da avaliação dos usuários, a qualidade planejada permite estabelecer melhorias em cada item da qualidade exigida.

A equipe multiprofissional estabelece o argumento técnico, ou seja, a importância de cada item de qualidade no serviço, atribuindo pesos de 1,0 (neutro), 1,2 (importante) e 1,5 (muito importante).

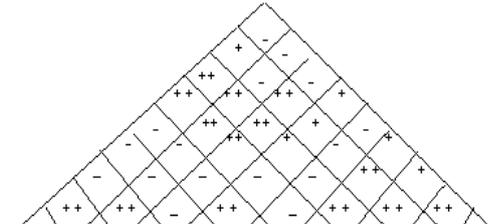
Para estabelecer o plano de melhoria, a equipe multiprofissional atribui valores de 1 a 5, sendo que o valor máximo é o ideal, aos itens de qualidade exigida de acordo com seu grau de importância no serviço.

A partir do plano de melhoria determinou-se:

- Índice de melhoria para cada um dos itens da qualidade exigida, ou seja, divide-se o plano pela avaliação do usuário;
- Peso absoluto, onde o grau de importância é multiplicado pelo índice de melhoria e pelo argumento técnico;
- Peso relativo que é o percentual de cada item avaliado.

j) Correlação das características da qualidade

Para finalizar a construção da Casa da Qualidade, a equipe multiprofissional correlaciona, entre si, as características da qualidade no telhado da matriz, esta correlação indica o quanto uma característica interfere com outra. Observa-se a correlação entre duas características, como mostra a Figura 11, através dos pesos: fortemente positiva (++), positiva (+), negativa (-) ou fortemente negativa (- -).



CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		QUALIDADE PLANEJADA														
QUALIDADE EXIGIDA (O QUE)	(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA	Aumentar prof. especializados	Qualificação profissional	Motivação profissional	Aderência ao tratamento	Resiliência*	Humanização no atendimento	Qualidade no atendimento	Aumentar prof. na USF	Fornecimento verbais e mat.	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PE SO ABSOLUTO	PE SO RELATIVO	
Facilidade para agendar consulta	4,72				⊕	⊕	⊕	⊕			3	0,91	1,0	4,30	7,85	
Facilidade para agendar tratamento especializado	4,70	⊕	⊕	△			⊕	⊕	⊕		2	0,65	1,2	3,66	6,70	
Atendimento cordial e atencioso	4,68		⊕	⊕			⊕	⊕	⊕		2	0,43	1,5	3,01	5,50	
Número de funcionários na USF	4,54		⊕				⊕	⊕	⊕	⊕	5	1,58	1,5	10,76	19,65	
Número de funcionários no CEO (Centro Especialidades Odontológicas)	4,56	⊕	⊕	△			⊕	⊕	⊕		5	1,44	1,5	9,85	18,90	
Facilidade para agendar tratamento especializado no CEO	4,56	⊕	⊕	△			⊕	⊕	⊕		4	1,16	1,5	7,93	14,50	
Recursos disponíveis para promoção da saúde	4,44						⊕	⊕	⊕	⊕	4	1,21	1,2	6,45	11,80	
Manutenção da USF	4,38							⊕	⊕		5	1,34	1,5	8,80	16,00	
FORTE (9) ⊕	PESO ABSOLUTO	124,38	123,84	55,94	42,48	42,48	206,64	274,26	286,74	53,28		++ POSITIVO FORTE				
MÉDIO (3) ⊕	PESO RELATIVO	10,28	10,23	4,62	3,50	3,50	17,07	22,67	23,70	4,43		+ POSITIVO				
FRACO (1) △	QUALIDADE PROJETADA	4	5	6	8	9	3	2	1	7		- NEGATIVO				
												-- NEGATIVO FORTE				
												ARGUMENTO TÉCNICO: MUITO IMPORTANTE - 1,5				
												IMPORTANTE - 1,2				
												NEUTRO - 1,0				

Figura 11: Casa da Qualidade.
Fonte: Adaptação de Milan et al., 2003.

l) Avaliação

Os resultados devem ser levantados e analisados através da observação das informações contidas na matriz da Casa da Qualidade, uma vez que esta matriz representa a base do QFD. Todos os resultados fornecidos pela matriz devem ser apresentados e discutidos com a instituição submetida à avaliação.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)

O PMAQ, descrito detalhadamente no capítulo Avaliação em Saúde, foi criado pela Portaria nº 1654/GM/MS, em 2011, fruto da pactuação entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Apresenta como objetivo principal o incentivo aos gestores para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos na atenção básica (Brasil, 2011) e entre seus objetivos específicos estão aumentar o foco no usuário, através da maior participação e controle social, além de responsabilizar os profissionais pela melhoria das condições de saúde e satisfação do usuário (Brasil, 2012a).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica: contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (Brasil, 2012a).

A primeira fase consiste na adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre Ministério da Saúde e gestores municipais e destes com as equipes de atenção básica, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (Brasil, 2012a).

Segundo o Ministério da saúde, os indicadores de contratualização estão limitados aos disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), único sistema que permite o acompanhamento individualizado das equipes de atenção básica e ainda possuem dados cadastrais da população adscrita a cada equipe (Brasil, 2011).

Na segunda fase ocorre o desenvolvimento conjunto de ações empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (Chimara et al., 2013).

A autoavaliação é realizada pelas próprias equipes de saúde, onde há o reconhecimento dos pontos positivos e problemáticos do trabalho, produzindo sentidos e significados carreados de potencialidade para o desenvolvimento de mudança e aprimoramento do programa, visando a melhoria da qualidade (Brasil, 2012a).

Para o processo de autoavaliação, o Ministério da Saúde disponibilizou, para uso da gestão e das equipes, o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) que foi baseado no AMQ e é constituído por padrões de qualidade esperados quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, sendo ferramenta de grande potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que possibilita a construção de soluções a partir da identificação de problemas (Brasil, 2012a).

A avaliação externa (terceira fase) prevê parcerias com instituições de ensino e pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos trabalhos de campo que verificará o acesso e a qualidade nas equipes. Esta fase divide-se em quatro módulos: observação da unidade, entrevista com profissional da equipe, verificação de documentos da unidade e entrevista com o usuário (Brasil, 2012a). Nessa fase, ouvir os usuários através de entrevista visando à avaliação da satisfação e sua percepção quanto ao cuidado recebido, o acesso e a utilização do serviço é um fator relevante. São selecionados quatro usuários para responder o questionário em data previamente conhecida pela unidade. O questionário é composto pela identificação, avaliação do acesso (horário, possibilidade de escolha de equipes, avaliação da marcação de consulta, da atenção integral à saúde, de vínculo e responsabilização, coordenação do cuidado, visita domiciliar) e satisfação do usuário (existência de equipamentos e medicamentos necessários, condições de higiene, cuidado recebido da equipe de saúde, existência de mecanismos de participação e de ouvidoria municipal e do Ministério da Saúde) (Paiva, 2013).

O manual do PMAQ orienta que para a certificação das equipes alguns itens devem ser considerados: implementação da autoavaliação pelas equipes, equivalendo a 10% da certificação; resultados dos indicadores contratualizados, referentes a 20% da certificação e informações obtidas no processo de avaliação externa, equivale a 70% da certificação.

A quarta fase deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (Brasil, 2012a).

A avaliação da atenção básica está dividida em quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica, conforme demonstrado na Quadro 5.

Quadro 5 – Dimensões de avaliação da atenção básica.

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	Implantação e implementação da atenção básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	Apoio institucional
		Educação permanente
		Monitoramento e avaliação
Equipe de atenção básica	Unidade básica de saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde	Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica
		Organização do processo de trabalho
		Atenção integral à saúde
		Participação, controle social e satisfação do usuário
		Programa saúde na escola

Fonte: Brasil, 2012b

O conceito de qualidade saúde, no PMAQ, é definido como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (Campos, 2005).

Os padrões de qualidade referem-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e

controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (Campos, 2005; Chimara et al., 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde devem rever seus valores tradicionais em relação aos profissionais e usuários e adotar mudanças para o planejamento da qualidade, pois os usuários estão mais exigentes e interessados no custo e na qualidade do serviço e, também, conscientes de seus direitos e deveres, além disso, consideram que a saúde e o cuidado em saúde com qualidade são direitos básicos e não privilégio para alguns.

O planejamento da qualidade nos serviços de saúde deve ser determinado através da percepção e das necessidades dos usuários e dos profissionais envolvidos no processo e, preferencialmente, com a utilização de ferramentas específicas e eficazes.

8. BIBLIOGRAFIA

- Bitencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(4): 929-34.
- Bowling A. Social research on health: sociological and psychological concepts and approaches. In: Bowling A. *Research methods in health: investigating health services*. Buckingham: Open University Press; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [acesso 2015 fev 28]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. Acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto-avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
- Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(1): 63-9.

- Campos VF. TQC – Controle da qualidade total (no estilo japonês). 8. ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1999.
- Caráp LJ. A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total: qual a sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar: a experiência do Hospital Orêncio de Freitas [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 1997.
- Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Peres AS, Bastos JRM, Peres SHCS. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(2): 93-5.
- Chaplin E, Bailey M, Crosby R, Gorman D, Holland X, Hippe C, et al. Using quality function deployment to capture the voice of the customer and translate it into the voice of the provider. *Comm J Qual Improv*. 1999; 25(6): 300-15.
- Cheng LC. Planejamento da qualidade no TQC. In: Cheng LC, Scapin CA, Oliveira CA, Krafetusk E, Drumond FB, Boan FS, et al., organizadores. QFD: planejamento da qualidade. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1995. p. 3-17.
- Chimara MB, Silva E, Pain E, Storopoli JE. Gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade Tiradentes. *Rev Gest Sist Saúde*. 2013; 2(2): 174-97.
- Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da estratégia saúde da família. *J Health Sci Inst*. 2012; 30(1): 37-40.
- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992; 20(6): 975-92.
- Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1267-76.
- Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev Adm Pública*. 2009; 43(1): 7-22.
- Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(1): 61-70.
- Gurgel Júnior GD, Vieira MME. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2002; 7(2): 325-34.
- Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(3): 623-8.
- Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5): 991-1002.
- Lino MM. Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
- Lobos J. Qualidade através das pessoas. São Paulo: Instituto da Qualidade; 1991.
- Longo RMJ. Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação [internet]. Brasília: IPEA; 1996 [acesso 2015 ago 20]. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf
- Martha SN, Gatti MAN, Vitta A, Simeão SFAP, Conti MHS, Saes SO, et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*. 2011; 30 (3): 159-77.
- Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, Pereira AC. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *RFO UPF*. 2014; 19(2): 151-8.
- Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O método desdobramento da função qualidade QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2000; 8(5): 97-105.

- Maués LMF. Metodologia de organização interna e melhoria do processo produtivo em centrais de montagens de componentes: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
- Mendes A, Tanaka O. Considerações sobre o IDSUS. Publicado em 2012 [acesso 2015 ago 12]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/IDSUS.pdf>.
- Miguel PAC, Weidmann A. Construção da casa da qualidade: exemplo didático para o ensino do desdobramento da função qualidade. *Rev Ens Eng.* 1999; 18(1): 41-50.
- Milan M, Barros JWD, Gava JL. Planning soil tillage using quality function deployment (QFD). *Sci Agric.* 2003; 60(2): 217-21.
- Nascimento RB, Filho NT, Barros FGF. Avaliação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de informação universitárias. *Transinformação.* 2005; 17(3): 235-51.
- Neves SJA, Mota KM. Características específicas da implementação de estratégias de melhoria da gestão na área de saúde. *RAS.* 2002; 4(16): 33-8.
- Nóbrega MM, Lopes Neto D, Santos SR. Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. *Rev Bras Enferm.* 1997; 50(2): 247-56.
- Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1999.
- Noronha J. IDSUS – Números sem epidemiologia: como prestar um desserviço ao SUS e aos bons gestores. Publicado em 2012 mar 02 [acesso 2015 ago 20]. Disponível em: <http://blogsaudefbrasil.com.br/2012/03/02/idsus-numeros-sem-epidemiologia-comoprestar-um-desservico-ao-sus-e-aos-bons-gestores/>
- Novaes MRCG, Lima ACV, Nogueira DY, Cerqueira F, Mello GF, Souza HS, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Comum Ciên Saúde.* 2010; 21(4): 289-300.
- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual – cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde; 2009.
- Paiva MBP. Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- Pinto VB. Informação: a chave para a qualidade total. *Ciên Inf.* 1993; 22(2): 133-7.
- Polizer R, D’Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4): 548-51.
- Porto MBS. Avaliação de processo em hospitais: uma abordagem pelos princípios do QFD [dissertação]. Florianópolis: Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- Rocha ESB, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Rev Latinoam Enferm.* 2009; 17(2): 240-5.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2003.p. 28-49.
- Rosa CS, Peres AM, Maftum MA. Satisfação profissional da equipe de atendimento domiciliar terapêutico de uma unidade de referência ao portador de HIV/AIDS do estado do Pará. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(2): 247-53.
- Santos LC. Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciên Saúde Colet.* 2005; 10(3): 599-613.

- Vasconcellos PP. Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Vieira S. Estatística para a qualidade: como avaliar com precisão a qualidade em produtos e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier; 1999.
- Volpato LF. Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da função qualidade (QFD). *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1561-72.
- Volpato LF, Meneghim MC, Tengan C, Meneghim ZMAP. Avaliação da qualidade: a possibilidade do uso de uma ferramenta de avaliação no serviço de saúde pública. In: Pereira AC, organizador. *Tra-tado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 111-30.