

Relatório de Atividades
2017

Núcleo da Qualidade do HC-
UFTM

Relatório de Atividades de 2017

Núcleo da Qualidade do HC-UFTM

Material produzido pelo Núcleo da Qualidade do HC-UFTM do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

HC-UFTM, administrado pela Ebserh – Ministério da Educação

Relatório: Atividades do Núcleo da Qualidade do HC-UFTM, Uberaba, 2018. 17p.

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH)**

Avenida Getúlio Guaritá, 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente substituto da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

AUGUSTO CÉSAR HOYLER

Gerente Administrativo do HC-UFTM/Filial Ebserh

MURILO ANTÔNIO ROCHA

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM/Filial Ebserh

DALMO CORREIA FILHO

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM/Filial Ebserh

EXPEDIENTE

Núcleo da Qualidade do HC-UFTM
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1. Introdução.....	6
1.1 Das reuniões semanais.....	8
1.2 Do assessoramento do NQ ao PDE 2017/2018.....	8
Ação 1.....	9
Ação 2.....	9
Ação 3.....	10
Ação 4.....	10
Ação 5.....	11
Ação 6.....	12
Ação 7.....	12
Ação 8.....	12
Ação 9.....	13
Ação 10.....	13
Ação 11.....	13
Ação 12.....	14
Ação 13.....	14
Ação 14.....	15
Ação 15.....	16
Ação 16.....	17
Conclusão.....	17
Anexos.....	18

1. INTRODUÇÃO

A criação do Núcleo da Qualidade (NQ) inspirou-se em um conjunto de técnicas gerenciais que visa à construção de um sistema planejado, a participação e a autoavaliação dos processos para mudanças de atitudes e comportamentos afim de aprimorar o atendimento assistencial, ensino e pesquisa e extensão e alcançar a qualidade dos serviços e o controle da gestão no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM).

A responsabilidade da equipe da Qualidade é a de compartilhar o planejamento dessa instituição para todos os colaboradores do HC-UFTM. O objetivo é, portanto, contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização do HC-UFTM; melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão dos riscos administrativo, geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores da prestação dos serviços.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa dos chefes do operacional, estratégico e tático, e responsáveis dos setores rumo à excelência.

Nesse sentido, o hospital por meio do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2017/2018 definiu as principais metas a serem alcançadas pela Instituição em busca da melhoria da Qualidade Hospitalar. Para o alcance das metas foram definidos 74 indicadores estratégicos e os responsáveis. Cada responsável em conjunto ao seu grupo gestor elaborou um Plano de Ação com atividades e prazos definidos.

Indicadores são formas de representação quantificável de características de produtos e processos, utilizados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo.

- a) Indicadores Estratégicos: informam “quanto” a organização se encontra na direção da consecução de sua Visão. Refletem o desempenho em relação aos Fatores Críticos de Sucesso.
- b) Indicadores de Produtividade (eficiência): medem a proporção de recursos consumidos com relação às saídas dos processos.
- c) Indicadores de Qualidade (eficácia): focam as medidas de satisfação dos clientes e as características do produto/serviço.
- d) Indicadores de Efetividade (impacto): focam as consequências dos produtos/serviços (fazer a

coisa certa da maneira certa).

e) Indicadores da Capacidade: medem a capacidade de resposta de um processo através da relação entre as saídas produzidas por unidade de tempo.

Resultado: é o valor obtido para o indicador. • Fórmula de Obtenção: Indica como o valor numérico do indicador é obtido. • Processo: conjunto de atividades logicamente inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de transformar insumos e produzir resultados específicos, mediante agregação de valor.

Metas: são pontos ou posições a serem atingidas no futuro. Elas se constituem em propulsores da gestão, pois gerenciar consiste em desenvolver ações objetivando atingir metas. Uma meta é constituída por três componentes: objetivo gerencial, valor e prazo. Exemplo: Reduzir o número de acidentes em 50% até o final do ano.

Os indicadores propostos pela alta gestão, por todas as chefias até a base (operacional), foram elaborados como uma possibilidade para o planejamento e avaliação das melhorias das ações em saúde deste HC, embora tenha se evidenciado certo distanciamento entre a formulação e a prática.

O NQ presta assessoramento aos gestores para contribuir no bom andamento dos Planos de Ação do PDE 2017/2018 e realiza reuniões semanais entre os membros do Núcleo e unidade de planejamento. Com a mudança nos cargos gerenciais administrativos e assistenciais, no mês de novembro/2017, o NQ vem desenvolvendo atribuições de apresentar as metas pactuadas aos novos gestores a fim de sensibilizá-los e dar prosseguimento a implantação e implementação dos indicadores de processo para alcançarmos resultados que auxiliem nas melhorias necessárias.

A adesão dos gestores anteriores da gerência administrativa e algumas divisões assistenciais foram deficientes, demonstrados pelos índices quantitativos do encaminhamento dos Relatórios de Atividades Mensais (RA), apontados nos relatórios da unidade de planejamento, refletindo na não implantação de melhorias nas atividades que atacariam as inconformidades propostas no plano de ação. Estas dificuldades diminuíram o objetivo maior, o de sensibilizar o bem maior desta instituição, o trabalhador.

1.1 DAS REUNIÕES SEMANAIS

Os membros do NQ, que são representantes das áreas estratégicas do hospital, reúnem-se uma vez por semana, às sextas-feiras para discussão da metodologia de monitoramento do PDE 2017/2018, sendo registradas atas com as principais deliberações.

Tabela 1: Membros do NQ

Eva Cláudia Venancio de Senne
Patrícia Borges Peixoto
Luciana Paiva Romualdo
Daniela Galdino Costa
Giuliano César da Silveira
Denner Donizeti Cunha Matos
Ana Palmira Soares dos Santos
Rita de Cássia Rodrigues Reis
Cláudio Alberto Bernardes Oliveira
Ana Cláudia de Moraes Faquim
Renata Maria Dias Abreu

1.2 DO ASSESSORAMENTO DO NQ AO PDE 2017/2018

Os membros do NQ participaram das reuniões da apresentação dos indicadores do PDE 2014/2016 e a partir desta vivência, os membros do NQ iniciaram uma nova proposta a comunidade do HC/UFTM, de planejamento estratégico e metodologia de elaboração.

Trata-se da metodologia formulada por Kaplan e Norton em 1992, na qual foi desenvolvida um sistema de gestão estratégica o *Balanced Scorecard* – BSC, para atingir objetivos de curto, médio e longo prazo de maneira a integrar as perspectivas organizacionais mais relevantes (Clientes, Aprendizado e crescimento, Processos internos de negócios e Financeiro). É considerado um sistema de medidas e indicadores, no qual o foco principal reside no alinhamento da organização, das pessoas e das iniciativas interdepartamentais de maneira tal que permita identificação de novos processos para o cumprimento dos objetivos globais da organização (KAPLAN; NORTON, 1992 apud CHIAVENATO, 2009).

O relatório que descreve esse processo descrito acima já foi apresentado pelo NQ a alta gestão e então deu-se continuidade nas ações pactuadas para o biênio 2017/2018, descritas abaixo:

Ação 1

“**Reunião de Formalização dos objetivos, iniciativas, indicadores estratégicos**” em janeiro de 2017 pelos membros do NQ e alta gestão.

Foram analisados a Coleção de Objetivos, Iniciativas, Indicadores que Agregam Valor ao Negócio (AVN) – vinculados as 4 perspectivas do Balanced Scorecard (BSC); o Relatório de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança (MMAG); o Relatório de Lições Aprendidas no PDE 14/16 e o Relatório da Análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (SWOT).

Após análise desses documentos foi realizado a definição dos Objetivos/Iniciativas/Indicadores AVN para 2017/2018 e estabelecido as metas dos indicadores selecionados e assim foi emitido o Documento oficial com as Diretrizes Estratégicas do PDE 2017/2018.

Dessa ação resultou o documento oficial com as Diretrizes Estratégicas do PDE 2017/2018.

Ação 2

Após a entrega do documento oficial com as Diretrizes Estratégicas do PDE 2017/2018, o NQ realizou oficinas de treinamento para todas as lideranças do HC-UFTM.

A 1ª Oficina de Treinamento para os Gestores e chefias de setor e unidades para habilitá-los na construção dos Planos de Ação, ocorreu em fevereiro de 2017. Métodos utilizados foram:

- Reuniões para discussão com os membros consultores do grupo do Núcleo da Qualidade (NQ);
- Avaliação, prévia, da parte teórica da oficina, ou seja, da aula expositiva dialogada sobre PDE (com exposição da metodologia de elaboração (BSC); análise dos propósitos organizacionais; matriz de responsabilidades; alinhamentos estratégicos, táticos e operacionais);
- Definição do Indicador a ser trabalhado na parte prática (Taxa de Absenteísmo)
- Definição dos Grupos de Trabalho para as oficinas de treinamento;
- Definição, dentre os membros dos Grupos de Trabalho do facilitador;
- Definição dos consultores do NQ que acompanharam os Grupos de Trabalho;
- Definição do tempo dedicado a cada ação da oficina;

- Realização da aula expositiva dialogada sobre PDE (Parte teórica da oficina);
- Realização da parte prática da oficina com os gestores, chefias de setor e unidades;
- Avaliação dos Planos de Ação construídos durante a parte prática da oficina.
- Feedback aos participantes.

Dessa ação resultou o treinamento de aproximadamente 50% dos gestores, chefias de divisão, setor e unidades sobre a construção do Plano de Ação do PDE 2017/2018. (**Anexo Ação 2: Lista de presença**)

Ação 3

Após o cumprimento da ação 2, foi identificada necessidade de repetir a oficina para os demais gestores e colaboradores indicados por eles.

Assim, foi realizado a **2ª Oficina de Treinamento para os gestores e chefias de setor e unidades**, realizada na 1ª quinzena de março de 2017.

O método utilizado foi o mesmo da 1ª Oficina, já descrito acima. O resultado alcançado foi o treinamento de aproximadamente 100% dos gestores sobre a construção do Plano de Ação do PDE 2017/2018. (**Anexo Ação 3: Lista de presença**)

Ação 4

Após as oficinas de treinamento ocorreu o **Lançamento do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2017/2018** a toda comunidade do Hospital de Clínicas da UFTM, no dia 21 de março de 2017.

O método utilizado foi:

- Reuniões para discussão com os membros consultores do Núcleo da Qualidade (NQ);
- Gravação de vídeo institucional;
- Definição do cerimonial, local e tempo de duração;
- Divulgação do evento com panfletagem, cartazes e camisetas;
- Definição dos membros que compuseram a mesa diretiva;
- Realização da aula expositiva dialogada sobre PDE;

O Lançamento do PDE 2017/2018 foi iniciado com apresentação cultural pelo grupo Sarakura, seguido pela composição da mesa diretiva com a presença do Vice Reitor em exercício, do Superintendente, dos gerentes da Atenção à Saúde, Administrativo e Ensino e Pesquisa, todos os membros da mesa enfatizaram a importância do PDE para a melhoria dos processos de trabalho desenvolvidos na instituição. Após, foi realizada apresentação do vídeo institucional e finalizado com apresentação expositiva argumentativa de aula ministrada pela coordenadora do PDE. Essa ação permitiu disseminar os objetivos e metas a grande parte da comunidade do Hospital de Clínicas da UFTM.

(Anexo Ação 4: fotos do lançamento e lista de presença)

Ação 5

Após o cumprimento da ação 3, foi identificada necessidade de acompanhar os gestores (por meio de consultoria técnica) na construção dos Planos de Ação, relacionados aos seus respectivos Indicadores pelos membros do NQ.

Assim o NQ, realizou o **Monitoramento e consultoria aos Grupos de Trabalho durante a construção dos Planos de Ação**, relacionados ao cumprimento das metas de cada Gerência, de acordo com cada Indicador do Plano Diretor Estratégico 2017/2018 (PDE), em março de abril de 2017.

O método utilizado foi:

- Discussão com os membros consultores do grupo do NQ;
- Realização de amostragem dos Indicadores a serem monitorados pelos consultores do NQ;
- Avaliação da imparcialidade do consultor com o Indicador;
- Confirmação geral do consultor/Indicador com o grupo do NQ;
- Participação dos consultores na construção dos Planos de Ação.

O consultor do NQ participou das reuniões de construção dos Planos de ação e contribuiu com as necessidades dos Grupos de Trabalho relacionadas ao método de construção validado pela alta gestão.

Ação 6

Após a finalização de construção dos Planos de ação, por seus responsáveis e grupos gestores, foi realizado a **Apresentação dos planos de ação das gerências Administrativa, Atenção à Saúde e Ensino e Pesquisa e Superintendência**. Os gerentes foram os responsáveis pela leitura e explicação das ações e atividades de cada Plano elaborado.

(Anexo Ação 6: Planos de Ação da Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde; Administrativa e Ensino e Pesquisa).

Ação 7

Finalizada a apresentação dos Planos de Ação foi realizado pelo NQ **análise das ações e atividades dos planos de ações**. Diante disso, foi elaborada apresentação das principais fragilidades de cada plano ao Superintendente e gerentes, discutido propostas para melhorias e otimização das ações dos mesmos para o alcance das metas pactuadas.

Ação 8

Foram realizadas 3 reuniões para “**Validação dos Planos de Ação da Gerência Administrativa, da Gerência de Atenção à Saúde e Ensino e Pesquisa**”

Os Planos de Ação revisados pelo Gerentes, juntamente com as chefias e aos grupos gestores vinculados a cada Gerência, foram apresentados ao Núcleo da Qualidade (NQ) e ao Superintendente, para validação e formalização das ações, atividades, prazos, responsáveis, recursos necessários e produtos de entrega.

A formalização dos Planos da Gerência Administrativa ocorreu, nos dias 14/06/2017; 19/06/2017; 21/06/2017 e 26/06/2017 por meio da leitura dos Planos de Ação, realizada pela assessora da Gerência Administrativa. A apresentação dos Planos da Gerência de Atenção à Saúde ocorreu no dia 12/06/2017 e da Gerência de Ensino e Pesquisa, no dia 12/06/2017, ocorreu por meio da leitura dos Planos de Ação, realizada pelo Chefe do Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica - Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira.

Os membros do NQ e o Superintendente realizaram apontamentos relevantes em relação ao alcance das metas, sugerindo mudanças que estavam sendo utilizadas na prática neste momento, sem impacto de melhorias, considerando as ações e atividades propostas novamente.

Ação 9

O NQ monitorou o processo de publicização dos Planos de ação a toda a comunidade do HC-UFTM, por meio da publicação desses documentos no site eletrônico do hospital. Disponível no endereço: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/pde>

Ação 10

O NQ construiu “**Fichas de Indicadores**” para cada indicador estratégico, com objetivo de padronizar e facilitar o monitoramento. Em cada ficha foi descrito o conceito, importância, método de cálculo, definição de termos utilizados no numerador e denominador, interpretação, periodicidade de envio dos dados; público alvo; usos; parâmetros, dados estatísticos e recomendações; meta, fonte de dados; ações esperadas para causar impacto no indicador; limitações e vieses e referências.

(Anexo Ação 10: ficha dos Indicadores)

Ação 11

As ações e atividades dos Planos de Ação foram inseridas em planilhas chamadas de Relatórios de Atividades Mensais (RA), a serem enviados à Unidade do Planejamento, com periodicidade mensal. O NQ monitora os relatórios gerados por essa Unidade acerca dos RA. Após análise e discussão entre os membros do grupo, alertas foram enviados aos Gerentes e Superintendente para resolução da condição de inadimplência dos gestores que não estão cumprindo o Plano de Ação em tempo hábil.

De acordo com o Relatório da Unidade de Planejamento (Anexo Ação 11) há **Indicadores com 100% de atraso nas atividades** dos Planos de Ação, sendo:

- Percentual de atendimentos da alta complexidade em relação à média (Responsável: Monica de Souza Melo Tovo -a partir de outubro de 2017);

- Taxa de não conformidade nos registros de atendimento (Responsável: Rogério Duarte da Silva - a partir de dezembro de 2017);
- Percentual de contas glosadas em internações (Responsável: Rogério Duarte da Silva - a partir de dezembro de 2017);
- Proporção de prescrições médicas no AGHU (Responsável: Giuliano Cesar Silveira - a partir de outubro de 2017);
- Taxa de reinternação 48 horas após a alta (Responsável: Rita de Cassia Rodrigues - a partir de dezembro de 2017);
- Percentual de exames de imagem por internação (Responsável: Luciana Barbosa);
- Número de acidentes de trabalho (Responsável: Robertson Alves Giani);
- Percentual de adequação física em relação ao mapa de melhorias (Responsável: Luiz Humberto Camilo);
- Gerencia de Ensino e Pesquisa - 10 Indicadores todos com 100% de atraso;
- Percentual dos setores com AGHU implantado (Responsável: Freud Antônio Martinelli Gomes);
- Percentual de capacitação do AGHU (Responsável: Freud Antônio Martinelli Gomes).

Ação 12

A reflexão dos relatórios emitidos pela Unidade do Planejamento destacou a necessidade de realizar análise específica se os produtos entregados em cada RA estavam causando impacto na meta.

Dessa forma, em parceria com estagiários da Engenharia de Produção, foi desenvolvido **Planilhas para monitoramento do alcance da meta proposta no PDE 2017/2018.**

Cada gestor foi orientado sobre a necessidade de preenchimento dessa planilha com as informações do indicador, e a Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística, que iniciou o compilamento dos dados gera os gráficos, que permitem avaliar o alcance da meta.

Ação 13

O NQ selecionou, dentre os **indicadores estratégicos**, alguns a serem apresentados nas reuniões mensais dos gestores. Segue abaixo cronograma proposto:

MÊS	INDICADOR/RESPONSÁVEL
OUTUBRO	Grau atendimento requisições medicamentos / GIULIANO
	Média permanência / DR.ADRIANO JANDER
NOVEMBRO	Absenteísmo / VANILDA
	Número protocolos multiprofissionais / DRA. ELIENE
DEZEMBRO	Pré-qualificação / PATRICIA AFONSO
	Pesquisa Satisfação / HÉLIDA
JANEIRO	Capacitação na Humanização / PAULO ESTÉVÃO
	Clima Institucional / RAFAEL
FEVEREIRO	Taxa mortalidade / DR. ADRIANO JANDER
	Processamento de contas hospitalares (30 dias) / EDWARD
MARÇO	Kits insumos hospitalares / MARISLEY
	LPP / RENATA ABREU

Ação 14

Outra estratégia adotada pelo NQ para monitorar o andamento dos Planos de Ação e o Monitoramento *in loco* foi definir um indicador, em reunião do NQ e unidade de planejamento: “**Grau de atendimento efetivo das requisições de insumos**”, de responsabilidade do chefe da Unidade de Almoxarifado - Kleber Pereira Silva.

Realizado agendamento prévio da visita a Unidade de Almoxarifado, e no dia 08/11/2017 realizado visita a Unidade, sendo acompanhada pelo chefe da Unidade. Foram apresentados aos membros do Núcleo da Qualidade os fluxos de trabalho da Unidade, principalmente a quantidade

de retrabalho realizada na Unidade, devido à falta de suporte de ferramenta eletrônica (TI), que possibilite extrair as informações do Software utilizado no hospital o AGHU.

De acordo com o chefe da unidade de suprimentos, o suporte tecnológico necessário ao desenvolvimento das tarefas vem sendo solicitado a Tecnologia da Informação (TI) do HC/UFTM desde 2014.

Os Trabalhadores da Unidade, após lançamento da dispensação de materiais no sistema AGHU abastecem manualmente uma planilha em formato Excel, para armazenar as informações referentes as solicitações e dispensações realizadas pela Unidade de suprimentos.

O Núcleo da Qualidade aponta os vieses no abastecimento do HC, pelos lançamentos manuais efetuados quando comparados ao sistema AGHU com os materiais presente nos estoques das prateleiras e o que consta na planilha. Após essa verificação foi orientado ao mesmo de que as planilhas alimentadas no Excel, deverão ser impressas diariamente com os valores, assinadas e carimbadas diariamente pelo seu superior imediato e guardadas para inspeções do controle interno, da auditoria EBSERH ou auditorias externas (TCU, CGU), dentre outras.

Ação 15

O gerenciamento de riscos é uma das funções essenciais da governança e sua efetividade depende de envolvimento e comprometimento da alta administração, com o estabelecimento de medidas que asseguram que os dirigentes implementem e monitorem práticas de gestão de riscos. A primeira medida estabelecida pela gestão foi estabelecer os riscos administrativos e assistenciais a partir do plano de ação com suas diretrizes, estabelecidas no planejamento estratégico 2017/2018, depois a nomeação de uma comissão de controle interno.

O termo risco é proveniente do latim e significa ousar. Entende-se “risco” como possibilidade de “algo não dar certo”, mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às “perdas” como aos “ganhos”, com relação ao rumo dos acontecimentos planejados.

Os princípios norteadores da Gestão de Risco na instituição são: 1. Foco na prevenção e nos processos assistenciais e administrativos. 2. Sistemática, estruturada e oportuna. Gerenciamento de Risco traz mais segurança no atendimento à saúde e saúde financeira. 3. Dinâmica, interativa e capaz de reagir às mudanças. 4. Parte integrante dos processos organizacionais. 5.

Alinhada ao planejamento estratégico da organização. 6. Orienta a tomada de decisões. 7. Gerência eventos sentinela. 8. Baseada em evidências.

Nesse sentido o NQ, promoveu em novembro de 2017 o **1º Simpósio de Gestão de Risco do Hospital de Clínicas da UFTM**.

Este evento foi realizado no Anfiteatro Safira do Centro Educacional e Administrativo – CEA da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sendo organizado pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. As atividades ocorreram no período das 08 às 12 horas com intervalo para coffee break. Participaram do evento 139 pessoas como ouvintes sendo profissionais de diferentes áreas administrativas, assistências e gerências do HC-UFTM, sendo a Reitora, o Superintendente, o Gerente Administrativo e de Atenção à Saúde, a Diretora Clínica, 4 Chefes de Setor, 2 chefes de Divisão, 16 chefes de Unidades, 54 profissionais administrativos, 31 de enfermagem e 27 de outros profissionais (Farmácia, Saúde Ocupacional, Psicossocial, Reabilitação, Radiologia Estagiários) e outras instituições.

Foram ministradas palestras. Durante a mesa-redonda foram realizadas discussões sobre os temas abordados no decorrer do simpósio, atuais metas, ferramentas de trabalho e projetos em execução. O evento foi divulgado no site do hospital, com fotos e informações a respeito dos temas abordados pela Unidade de Comunicação.

Ação 16

Para melhoria continua dos processos de trabalho é necessário que fluxos de processos sejam disponibilizados a todos os trabalhadores envolvidos. Assim, o NQ, junto ao grupo gestor da Unidade, construiu **10 fluxos de processos de trabalho do Serviço de Oftalmologia**. Os fluxos estão em fase de validação pelo referido grupo gestor.

Conclusão

Uma reflexão sobre a mudança de olhar dos profissionais da saúde deste HC, quanto a importância do planejamento estratégico diário e estrutural, deverá ser estimulada e monitorada pois este relatório aponta para a necessidade de investimento em aproximação diária de seus superiores como uma alternativa de superação das dificuldades vivenciadas.

Eva Cláudia Venancio de Senne

Patrícia Borges Peixoto

Luciana Paiva Romualdo

Daniela Galdino Costa

Ana Palmira Soares dos Santos

Ana Cláudia de Moraes Faquim

Dener Donizeti Cunha Matos

Giuliano César da Silveira

Rita de Cássia Rodrigues Reis

Cláudio Alberto Bernardes Oliveira

Renata Maria Dias Abreu

Anexos