



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EM GESTÃO DA QUALIDADE
PARA REDE PRESTADORA DE OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.**

FORTALEZA - CEARÁ

2021

FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EM GESTÃO DA QUALIDADE
PARA REDE PRESTADORA DE OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão em saúde coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cora Franklina do Carmo Furtado

FORTALEZA - CEARÁ

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Arruda, Francisca Manuela de.

Construção e validação de um manual em gestão da qualidade para rede prestadora de operadora de saúde suplementar [recurso eletrônico] / Francisca Manuela de Arruda. - 2021.

127 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Em Gestão Em Saúde - Profissional, Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof.^a Dra. Cora Franklina do Carmo Furtado.

1. Gestão em Saúde. 2. Auditoria. 3. Acreditação. 4. Qualificação. 5. Saúde Suplementar.. I. Título.

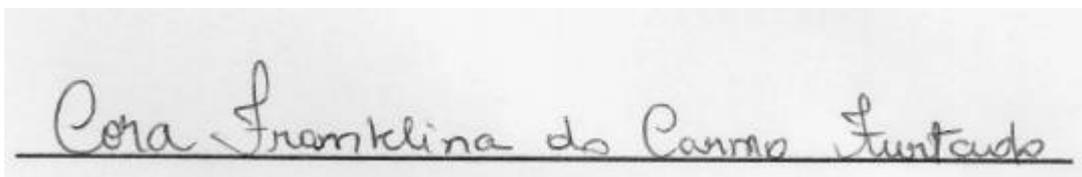
FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EM GESTÃO DA QUALIDADE
PARA REDE PRESTADORA DE OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão em saúde coletiva.

Aprovada em: 16 de dezembro de 2021.

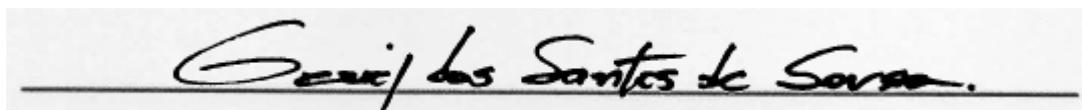
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Cora Franklina do Carmo Furtado - Orientador(a)
Universidade Estadual do Ceará



Prof. Dr. Márcio de Oliveira Mota
Universidade Estadual do Ceará



Prof. Dr. Geziel dos Santos de Sousa
Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por permitir a realização desse sonho e por toda a expressão de amor que sempre está comigo ao longo de toda essa caminhada, repleta de desafios.

Em especial agradeço à minha mãe, por ter me criado desde recém-nascida, e que mesmo com todas as dificuldades, sempre incentivou e ainda me incentiva nos estudos, sabendo que o conhecimento é algo que vai me enriquecer como pessoa e profissional sempre.

Ao meu esposo Ruy que sempre vem me dando forças para continuar e nunca deixar de acreditar em mim. Obrigada por todo o carinho, paciência e atenção meu amor!

Agradeço também à Simone, minha mãe biológica, que mesmo às vezes distante estava sempre na torcida pela minha vitória. Aos meus irmãos Gabriela e Lucas, que são meus bens preciosos que amo muito.

Agradeço imensamente a Unimed Sobral na pessoa do Dr. Carlos Arcanjo e Wesceley pelo suporte e confiança depositada para que eu conseguisse chegar até aqui. Minha eterna gratidão, tenho muito orgulho em poder fazer parte dessa equipe de ouro! Na AIS (Atenção Integral à Saúde) agradeço a parceria de todos, em especial da Alita, Bringel e da querida Jacque! Agradeço também a equipe de auditoria de enfermagem (Jamilly e Cecília); a Rede prestadora da Unimed Sobral; a equipe de comunicação e marketing, meus amigos Bosco e Dayse Teófilo que tanto me ajudaram nesses últimos dias.

E na UECE, gratidão a minha querida orientadora Dra. Cora Franklina que contribuiu muito para a construção acerca do tema desta pesquisa, com seu rico conhecimento, dedicação e por acreditar na minha pessoa. Aproveito para estender aqui também meus agradecimentos à banca que tanto contribuiu na qualificação desse trabalho, a Larah e a Mairla que ajudou com o suporte acadêmico com muita paciência. E aos demais excelentes professores que fazem parte do MEPGES.

Aos meus amigos queridos dessa turma animada, que bom poder os conhecer, em especial aqueles que são meus conterrâneos: Leon, Elane, Josy, Conceição e o Afrânio (que não é conterrâneo, mas é como se fosse).

Agradeço por fim, as pessoas que apesar de não terem sido citadas aqui diretamente, de alguma forma me ajudaram em mais este ciclo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelos de nuvem das palavras mais frequentes.....	20
Figura 2 – Análise de cluster das palavras (Categoria: gestão da qualidade).....	21
Figura 3 – Análise de cluster das palavras (Categoria: acreditação).....	25
Figura 4 – Análise de cluster das palavras (Categoria: saúde suplementar).....	30
Figura 5 – Análise de cluster das palavras (Categoria: auditoria).....	34
Figura 6 – Etapas do desenvolvimento da pesquisa.....	39
Figura 7 – Nuvem de palavras com base na questão sobre o que é auditoria.....	44
Figura 8 – Nuvem de palavras com base na questão sobre o que é acreditação.....	45
Figura 9 – Nuvem de palavras com base na questão sobre o que é segurança do paciente.....	46
Figura 10 – Nuvem de palavras sobre as 3 palavras (auditoria; acreditação e segurança do paciente)	47
Figura 11 – Sugestão de alterações dos juízes 1. Inclusão de mais ilustrações afim de tornar o manual mais atrativo.....	56
Figura 12 – Sugestão de alterações dos juízes 2. Acrescentar a melhoria que se prever com a implantação do manual.....	62
Figura 13 – Sugestão de alterações dos juízes 3. Acrescentar questões de formação do núcleo de segurança do paciente.....	62
Figura 14 – Sugestão de alterações dos juízes 4. Acrescentar no manual sugestões sobre como cadastrar no NOTIVISA.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição dos artigos seleccionados: Título, autores, ano, revista e qualis.....	17
Quadro 2 –	Resumo das categorias.....	37
Quadro 3 –	Cenário da pesquisa.....	39
Quadro 4 –	Crítérios de inclusão e exclusão.....	40
Quadro 5 –	Técnicas e instrumentos a ser utilizados na pesquisa.....	40
Quadro 6 –	Interpretação do questionário do público-alvo.....	41
Quadro 7 –	Caracterização do público-alvo.....	42
Quadro 8 –	Principais respostas sobre o que é QUALISS.....	47
Quadro 9 –	Crítérios de seleção para juízes de conteúdo proposto por Jasper (1994).....	50
Quadro 10 –	Modificações realizadas com base nas sugestões dos juízes especialistas na área da saúde.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Categorização dos artigos.....	19
Tabela 2 –	Top 5 das palavras mais recorrentes sobre auditoria..	44
Tabela 3 –	Top 5 das palavras mais recorrentes sobre acreditação.....	45
Tabela 4 –	Top 5 das palavras mais recorrentes sobre segurança do paciente.....	46
Tabela 5 –	Caracterização dos juízes especialistas que participaram da pesquisa de validação do manual.....	52
Tabela 6 –	Fórmula de cálculo IVCES.....	52
Tabela 7 –	Resultado validação com Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES).....	53
Tabela 8 –	Validação dos juízes especialistas – design gráfico.....	64
Tabela 9 –	Respostas do público-alvo.....	66
Tabela 10 –	Fórmula de cálculo do SUS.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
SAM	Suitability Assessment of Materials
RN	Resolução Normativa
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
SUS	Suitability Assessment of Materials
ONA	Organização Nacional de Acreditação
UECE	Universidade do Estado do Ceará
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Experiência da pesquisadora e suas implicações com o tema.....	15
1.2	O objeto de investigação e a literatura pertinente.....	15
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
3	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA E <i>BENCHMARKING</i>..	16
3.1	Resultados e discussões da revisão integrativa.....	19
3.2	Considerações acerca da análise das categorias.....	36
4	MÉTODO.....	38
4.1	Tipo de Estudo.....	38
4.2	Período e cenário da pesquisa.....	39
4.3	Participantes da Pesquisa.....	40
4.4	Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta.....	40
4.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	41
4.6	Análise dos resultados da pesquisa junto ao público-alvo.....	41
4.7	Etapas de elaboração do manual.....	48
5	VALIDAÇÃO.....	50
5.1	Critérios de escolha dos Juízes.....	50
5.2	Consulta aos juízes especialistas em relação ao conteúdo do manual.....	51
5.3	Análise dos juízes especialistas em <i>design</i> com relação	

	aparência.....	64
5.4	Consulta a população – alvo sobre a usabilidade do manual.....	65
6	CONSIDERAÇÕES.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES A - CARTA – CONVITE.....	73
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – (TCLE).....	74
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA DO PÚBLICO-ALVO.....	76
	APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA.....	78
	APÊNDICE E – VERSÃO FINAL DO MANUAL.....	79
	ANEXO A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES) - JUÍZES ESPECIALISTAS.....	119
	ANEXO B - SYSTEM USABILITY SACLE (SUS) - PÚBLICO ALVO.....	120
	ANEXO C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – ESPECIALISTA DA ÁREA DE DESIGN GRÁFICO.....	122
	ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	124

RESUMO

É constante a preocupação por parte da grande maioria das empresas para entregar um serviço de qualidade, por meio de um gerenciamento mais eficiente com atendimentos diferenciados, até por questões de sustentabilidade, frente à alta exigência e competitividade do mercado. A análise desse cenário traz consigo também o aumento das exigências não somente por parte de clientes, mas se tratando da saúde suplementar, as exigências surgem também por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Considerando essa vertente, de qualificação, o presente estudo objetivou desenvolver um manual em gestão da qualidade voltado à rede prestadora de operadora de saúde suplementar com a perspectiva de disseminar de forma facilitada a utilização do mesmo para melhoria nos processos da organização, além de servir como estratégias de incentivo a sua qualificação junto aos programas e ações desenvolvidas pela ANS com impactos nos prestadores/operadoras: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) com base na RN405/2016; melhoria nos indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS); Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) que define o padrão na troca de informações sobre o atendimento prestado aos clientes; além de impulsionar a implementação da RN 452/2020 para acreditação de Operadoras de Saúde Suplementar. Com base na revisão integrativa foi possível através dos artigos, encontrar categorias que auxiliassem no desenvolvimento das entrevistas com o público-alvo, por meio da ferramenta NVivo versão 11 para compilação dos dados, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE sob o nº nº CAAE: 47870721.0.0000.5534. A metodologia utilizada foi a pesquisa de método misto, com a composição de elementos quantitativos e qualitativos. Após confecção da 1ª versão do manual, foram enviados aos juízes especialistas para validação de conteúdo e aparência utilizando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) onde obteve score total de conformidade de 96,39% e Suitability Assessment of Materials (SAM) com média global 98,86%. E após modificações, a 2ª versão foi enviada para validação do público-alvo com base no instrumento System Usability Scale (SUS) sendo classificado no geral, como “excelente” pontuação 83,5%. Deste modo, espera-se que o manual faça parte da rotina e práticas dos gestores da rede prestadora e demais profissionais que forem utilizar, como estratégia de melhorias;

qualificações e conformidades de seus processos de gestão, com foco principalmente na qualidade do serviço prestado ao paciente.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Auditoria. Acreditação. Qualificação. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

The concern of most companies to deliver a quality service, through a more efficient management with differentiated services is constant, even for reasons of sustainability, given the high demand and competitiveness of the market. The analysis of this scenario also brings with it the increase in requirements not only from customers, but in the case of supplementary health, the requirements also come from the National Agency for Supplementary Health (ANS). Considering this qualification aspect, the present study aimed to develop a manual on quality management aimed at the provider network of a supplementary health operator with the perspective of disseminating in a facilitated manner its use for improving the organization's processes, in addition to serving as strategies to encourage its qualification in the programs and actions developed by ANS that impact on providers/operators: Qualification Program of Service Providers in Supplementary Health (QUALISS) based on RN405/2016; improvement in the indicators of the Supplementary Health Performance Index (IDSS); Exchange of Information in Supplementary Health (TISS) that defines the standard in the exchange of information on the care provided to customers; in addition to boosting the implementation of RN 452/2020 for accreditation of Supplementary Health Operators. Based on the integrative review it was possible, through the articles, to find categories that would help in the development of the interviews with the target audience, using the NVivo tool version 11 for data compilation, after approval by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Ceará - UECE under the number CAAE: 47870721.0.0000.5534. The methodology used was mixed method research, with the composition of quantitative and qualitative elements. After making the 1st version of the manual, it was sent to expert judges for content and appearance validation using the Instrument for Health Education Content Validation (IVCES), which obtained a total score of 96.39% and Suitability Assessment of Materials (SAM) with an overall average of 98.86%. And after modifications, the 2nd version was sent for validation to the target audience based on the System Usability Scale (SUS) instrument, being classified as "excellent" overall score 83.5%. Thus, it is expected that the manual will be part of the routine and practices of the managers of the provider network and other professionals who will use it, as a strategy for improvement, qualification and conformity of their management processes, focusing mainly on the quality of service provided to the patient.

Keywords: Quality Management. Audit. Accreditation. Qualification. Supplementary Health.

1 INTRODUÇÃO

A acreditação é um método que desenvolve padrões de avaliação para a melhoria contínua da qualidade do atendimento aos pacientes e do desempenho organizacional, oferecendo assim confiança da comunidade nas instituições de saúde. E para isso, o primeiro passo é estabelecer padrões de qualidade que possam servir de referência para os avaliadores neste processo para acreditação (NOVAES, 2015).

Atualmente as instituições de saúde no Brasil estão inserindo a gestão da qualidade em todos os seus processos, e a busca dessa qualidade virou o assunto que mais se discute nas grandes organizações que almejam ganhar maior visão, permanência e competitividade de mercado, oferecendo assim um atendimento de excelência. E essa qualidade pode ser alcançada através da Acreditação, que tem o objetivo de gerar uma vantagem importante para a prestadora de serviço e para o usuário que recebe esse serviço (AQUINO, 2018).

Esse processo de avaliação da Acreditação é de total responsabilidade das instituições acreditadoras credenciadas pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil e apresenta como objetivo a possibilidade de qualquer hospital (ou instituição de serviços de saúde) que possua o interesse na melhoria contínua da qualidade e suas estruturas, que possa buscar através da implementação desses processos atingir resultados, através de um roteiro adaptável e não discriminatório (AQUINO, 2018).

A crescente exigência dos clientes em obterem um serviço de saúde de qualidade dentro das suas necessidades e com baixo custo eleva cada vez mais a necessidade dessas instituições buscarem dentro dos manuais existentes, estabelecer processos e rotinas de melhorias contínuas, e tudo isso através de um processo de acreditação que muitas instituições de saúde vêm sendo submetidas (AQUINO, 2018).

Considerando a realidade no âmbito da Saúde Suplementar, as operadoras assim como as demais instituições de saúde podem também participar de processos de Acreditação. Existem cerca de 742 operadoras de saúde de assistência médica com registro ativo no Brasil, e nos últimos 8 anos, apenas 115 foram acreditadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com base na resolução normativa 277, e que inclusive se trata de uma Resolução Normativa revogada que passou por uma atualização em seus requisitos, e que ficou válida até 25 de setembro de 2020. Após

essa data, as operadoras vinculadas a ANS poderão solicitar o processo de avaliação para acreditação apenas na nova RN 452 (ANS, 2020).

Tendo em vista este número, é válida a constante preocupação por parte de todas, para entregar um serviço de qualidade, por meio de um gerenciamento mais eficiente com atendimentos diferenciados, até por questões de sustentabilidade, frente à alta exigência e competitividade, aumentar continuamente a qualidade dos serviços prestados se tornou essencial para o setor.

A análise desse cenário traz consigo também o aumento das exigências não somente por parte de clientes como também por parte da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), onde estão fazendo com que seguradoras e assistências médicas se preocupem cada vez mais em trabalhar com gestão da qualidade desenvolvendo assim sua rede prestadora. Percebe-se também que a cada dia a regulamentação do setor tem mostrado um cenário desafiador para a sustentabilidade das operadoras que participam da saúde suplementar, cujos obstáculos são expressos por seus dados econômicos e por suas dificuldades na adaptação a ações regulatórias mais intensas (ZIROLDO; GIMENES; CASTELO, 2013).

Neste contexto, uma gestão participativa se torna necessária para a melhoria da qualidade nos processos e para uma maior conscientização dos trabalhadores em relação à qualidade, se fazendo necessário que ocorra uma conscientização e mudança cultural na rotina dos mesmos. Por outro lado, as instituições de saúde têm dificuldade para entender e tratar do referido assunto, uma vez que sua implantação pode não ser suficiente para atingir os objetivos de se padronizar os produtos e serviços oferecidos (TERRA; BERSANNETI, 2017, p. 12).

Ainda de acordo com Terra e Bersanneti (2017, p.12) o processo de acreditação que apesar de ser voluntário tem o intuito de avaliar a qualidade nos serviços que “converge a uma tendência mundial para o cumprimento de protocolos institucionais, com diretrizes e procedimentos próprios para cada serviço ou instituição”.

Com isso, essa busca incessante por um padrão de qualidade, seja no atendimento ou em seus processos internos, vem se mostrando mais presentes e influenciando a reorganização e a reestruturação principalmente de hospitais, visto que são estruturas complexas (TERRA E BERSANNETI, 2017, p. 12). Daí surgem às perguntas de partida: Quais os principais fatores que possam afetar a obtenção de uma acreditação/certificação? Como as operadoras podem auxiliar sua rede na implementação de melhorias com foco em promover qualidade nos processos e garantir a segurança clínica do paciente?

Nesse sentido, a própria agência reguladora do setor, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), busca influenciar de alguma maneira na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar. Um dos exemplos significativos desse esforço por parte da ANS consiste em seu Programa de Qualificação de Operadoras (SILVA *et al.*, 2013). Que através desse papel regulamentador e incentivador, tenta estimular a melhoria do serviço prestado aos clientes.

Considerando que Agência Nacional de Saúde (ANS) instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde em 2011 e em 2020 através da resolução normativa 452 esse programa sofreu atualizações, tornando mais desafiador a sua implementação. A participação das operadoras no programa é voluntária, porém imagina-se que a adesão reflete sua atenção no que diz respeito à qualificação, melhorias e o interesse pela acreditação, tendo em vista que avalia a qualidade e conformidades das práticas das operadoras através da avaliação do implemento dos requisitos elencados em 04 (quatro) dimensões que falam sobre: 1. Gestão organizacional; 2. Gestão da rede prestadora; 3. Gestão em saúde; e 4. Experiência do beneficiário (ANS, 2020).

De modo a reforçar e entender a importância do presente trabalho, a dimensão 2 (gestão da rede prestadora) e 3 (gestão da saúde) é o foco desta pesquisa, e a implementação dessas dimensões por parte da Operadora é de grande relevância tendo em vista que busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários e políticas de qualidade da atenção à saúde e segurança do paciente (ANS, RN 452, 2020).

Outro fator na saúde suplementar com vista a estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde, paralelo às exigências da RN 452, a ANS, lançou também em 2016 o QUALISS (Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde) para hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde. Com o objetivo também de ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral (ANS, 2016).

Com isso, as Operadoras de Saúde que são corresponsáveis pela qualidade dos serviços ofertados pela sua rede prestadora credenciada tem como desafio também ser a maior incentivadora deste QUALISS, pois têm o dever de cobrar e estimular esta qualificação por parte deles através do desenvolvimento de ações voltadas para respaldar e apoiar à rede prestadora, potencializando assim o cuidado pautado em boas práticas, segurança e gestão organizacional das mesmas, para que a partir dessa

conjuntura haja aumento no grau de qualidade, satisfação e experiências exitosas na atenção aos beneficiários do sistema de saúde suplementar que terá benefícios mútuos (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 35).

Outro fator a ser analisado é o Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), uma iniciativa desenvolvida também pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde. Os resultados dessas avaliações das operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) que é composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde. Através dele é permitida a comparação entre operadoras, estimulando a disseminação de informações de forma transparente e a redução da assimetria de informação, falha de mercado que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde e a ampliação da concorrência baseada em valor no setor. Esses indicadores são contemplados por dimensões: Qualidade em Atenção à Saúde; Garantia de Acesso; Sustentabilidade no Mercado; e Gestão de Processos e Regulação (ANS, 2020).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou também em 2012 um novo padrão para a troca de informações de saúde suplementar em todo o país. Esta ação foi denominada TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar, que define o padrão para troca de informações sobre o atendimento prestado aos clientes, entre operadoras de planos de saúde privados e prestadores. O objetivo da padronização é atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação da assistência à saúde (de caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor (RN 305, ANS 2020).

Considerando todos os pontos levantados sobre os incentivos à qualificação voltada aos prestadores por parte da ANS e impulsionada pelas ações que devem partir também da Operadora a qual esses prestadores são credenciados, considerando a cidade a qual essa pesquisa está vinculada, apenas 4 (prestadores) dos 66 possuem alguma acreditação (ANS, 2021).

Diante disso, reforça-se a importância e necessidade da criação de um manual educativo que traga orientações básicas e estratégicas de gestão da qualidade para auxiliar a rede prestadora da Operadora de saúde na qualificação e alinhamento de seus processos, maior participação nos projetos elencados pela ANS para esse público

e conseqüentemente intensificar as adesões das mesmas no que diz respeito à acreditação, trazendo assim as melhorias para ambas as partes envolvidas.

1.1 Experiência da pesquisadora e suas implicações com o tema

A aproximação com o tema se veio na experiência e atuação na área de gestão da qualidade iniciada no ano de 2018 na Operadora de saúde suplementar Unimed Sobral, localizada na cidade de Sobral/Ceará, com a proposta de participar das auditorias de qualificação em sua rede prestadora para melhoria do serviço e em sequência atender boa parte da resolução normativa que fala do programa de qualificação de operadora da ANS ao qual estava aderindo voluntariamente, e que trazia em uma das dimensões a sugestão de qualificação da rede prestadora como requisito a ser implementado.

É importante destacar também o grau da relevância dessa escolha por parte da Operadora tendo em vista que reforçou sua preocupação com a qualidade do serviço prestado aos seus clientes de Sobral e região ao qual atua comercialmente, além de ter proporcionado uma maior aproximação junto a sua rede credenciada de atendimento.

Paralelo a isso, ocorreu à aprovação no mestrado profissional em gestão em saúde da UECE, no final do ano de 2019, fortalecendo cada vez mais a iniciativa de introduzir melhorias para a Operadora, intervindo assim diretamente na sua rede prestadora (Clínicas, Hospitais, laboratórios) considerado uma das áreas mais complexas e desafiadoras, mas que se bem trabalhada traz ganhos significativos para ambos as partes (Operadora e Rede Prestadora credenciada).

1.2 O objeto de investigação e a literatura pertinente

O presente objeto de investigação foi à rede prestadora (Clínicas, Laboratórios e Hospitais) da Operadora de saúde Unimed Sobral.

Com isso, de modo a responder à pergunta da pesquisa, será analisado e aprofundado sobre a Agência Nacional de Saúde (ANS, 2020) no que diz respeito o “Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde”, através da resolução normativa 452 que traz em sua dimensão 2 a Gestão da rede prestadora. E sobre o QUALISS (Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde) para hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde estabelecidos pela resolução normativa 406, com o objetivo de ampliar o poder de avaliação e de

escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral (ANS, 2016). Conjuntamente a isso será abordado também outras políticas que contribuem com o tema proposto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Construir e validar um manual em gestão da qualidade voltado à Rede Prestadora de Operadora de Saúde Suplementar.

2.2 Específicos

- a) Mapear junto ao público-alvo a implantação e implementação dos processos de gestão da qualidade;
- b) Construir o Manual educativo para a rede prestadora de Operadora de saúde suplementar;
- c) Validar o conteúdo e aparência com Juízes especialistas;
- d) Validar a Usabilidade com a população-alvo.

3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA E *BENCHMARKING*

Partindo do objetivo geral do presente estudo, a metodologia utilizada foi à revisão integrativa que inclui a análise de pesquisas bibliográficas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão. De acordo com Broome (2006) citado por Botelho *et al.* (2011) “é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular”. Portanto, esse método foi utilizado no sentido de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento no tema investigado.

Como é um método de pesquisa que objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema, conforme já citado, foram selecionados das principais bases de dados da área da saúde: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis

and Retrieval System Online) MEDLINE via Pubmed, LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Sistema de Informação da Biblioteca da OMS (WHOLIS) com período de publicação dos últimos 5 anos, 506 artigos retirados em português por meio da pesquisa com palavras-chave acrescidos de 'e'(and) ou 'ou'(or): Gestão da qualidade AND Auditoria OR Acreditação OR Qualificação AND Saúde Suplementar.

Esta etapa resultou depois em um levantamento de 88 estudos, filtrado por principais assuntos que restaram 42, logo após passaram por uma seleção de leitura de títulos e resumos, a fim de selecionar pesquisas que respondessem ao tema proposto com período de publicação entre 2015 a 2020. Para um refinamento dos estudos encontrados, utilizou-se a ferramenta do NVivo versão 11 para se fazer uma análise do conteúdo mais detalhada, onde permaneceram apenas 17 artigos elegíveis à presente pesquisa. Salienta-se que pelo seu perfil científico, a revisão integrativa dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

Com relação a aplicação dos critérios de inclusão: artigos na íntegra, disponíveis on-line, publicados em português, que tratavam do tema da pesquisa de modo a subsidiar respostas à temática tratada. Quanto aos critérios de exclusão foi considerado os artigos incompletos ou limitados ao acesso apenas de resumos.

Vale ressaltar que a preferência é sempre ter no trabalho artigos com um Qualis Capes (2013-2016) de melhores classificações, porém para não haver uma grande redução no número dos artigos analisados se fez necessário incluir também os da categoria B4.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados: Título, autores, ano, revista e qualis

TÍTULO	AUTOR (A)	ANO	REVISTA	QUALIS
Gestão da qualidade na saúde suplementar.	Eliza Antunes Castro; Dra. Marcela Lima Cardoso Selow.	2015	Vitrine de produção acadêmica: produção de alunos da Faculdade Dom Bosco.	B4
Projeto de implantação da gestão da qualidade com base na norma PALC e	Laís Oliveira Barbosa; Samir Nicola Mansour.	2018	Revista brasileira de análises clínicas (SBA)	B3

metodologia ONA em um laboratório de análises clínicas.				
Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público.	Allan Egon Kernl, Liliane Bauer Feldmanl, Maria D'Innocenzol	2018	Revista paulista de enfermagem	B2
Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: revisão integrativa.	Graziela Caldana; Leticia Cristina Hirotani; Carmen Silvia Gabriel; Larissa Gutierrez de Carvalho Silva; Andrea Bernardes.	2018	Revista baiana de enfermagem	B4
Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar.	Andreia Guerra Siman; Simone Grazielle Silva Cunha; Marilane de Oliveira Fani Amaro; Maria José Menezes Brito.	2017	Revista de enfermagem do centro oeste mineiro (recom)	B4
Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde.	José Daniel Rodrigues Terra; Fernando Tobal Berssaneti.	2017	O mundo da saúde	A2
Processo de acreditação ONA: desafios para gestores de qualidade em serviços de apoio às organizações de saúde.	Deivid Nogueira Rafael; Simone Aquino.	2019	Revista de gestão em sistemas de saúde – RGSS	B1
Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade.	João Lucas Campos de Oliveira; Laura Misue Matsuda.	2016	Escola Anna Nery	A2
A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar.	Gildasio Souza Pereira; Sueli Souza Pereira.	2015	Revista atualiza saúde	B1
A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar.	Danielle Furtado de Oliveira; George Edward Machado Kornis.	2017	Physis (uerj. Impresso) revista de saúde coletiva	B1
Auditoria na saúde suplementar: uma revisão integrativa.	Tatiana Pereira das Neves Gamarra	2018	Revista de gestão em sistemas de saúde – RGSS	B1
Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde.	Lilian Rodrigues Pereira, Mariana Freitas Carvalho; Jaqueline Silva Santos; Gilmar Antonio Batista Machado; Maria Ambrosina Cardoso Maia; Raquel Dully Andrade.	2017	Arquivos de ciências da saúde (2318-3691)	B3
Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente.	Márcia Amaral Dal Sasso; Helaine Carneiro Capucho; Isaac Newton Machado Bezerra; Lorena Bezerra Carvalho; Diego Souza Silva Almeida; Grasiela Piuvezam.	2019	Revista brasileira em promoção da saúde	B1
Indicador organizacional da cultura de segurança em um hospital universitário.	Cintia Silva Fassarellal; Lolita Dopico da Silvall; Flavia Giron Camerinilll; Maria do Céu Barbieri-Figueiredo.	2019	Revista enfermagem UERJ	B1
Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e de satisfação do usuário.	Helena Barreto dos Santos.	2016	Revista baiana de saúde pública	B3

Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate.	Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes; Almerinda Luedy; Ângela Tamiko Sato Tahara; Gilberto Tadeu Reis Silva.	2016	Revista baiana de saúde pública	B3
Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação hospitalar.	Andréia Guerra Siman; Simone Grazielle Silva Cunha; Erick Siman Martins; Maria José Menezes Brito.	2015	Revista mineira de enfermagem (Reme)	B1

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

3.1 Resultados e discussões da revisão integrativa

Neste estudo foram analisados os dados referentes à gestão da qualidade na saúde e seus processos de implantação para melhoria da qualidade dos serviços ofertados e conseqüentemente a conquista de creditações através de auditorias externas nos serviços de saúde. Para isso conforme já havia citado, utilizou-se o software NVivo versão 11.0 que de acordo com Alves, Figueiredo e Henrique (2015, p.125) “é um programa para análise de informação qualitativa que integra as principais ferramentas para o trabalho com documentos textuais, multimétodo e dados bibliográficos”.

Com base na divisão categórica realizada, percebe-se conforme a tabela abaixo o quantitativo da reprodução da mesma paralela aos artigos analisados:

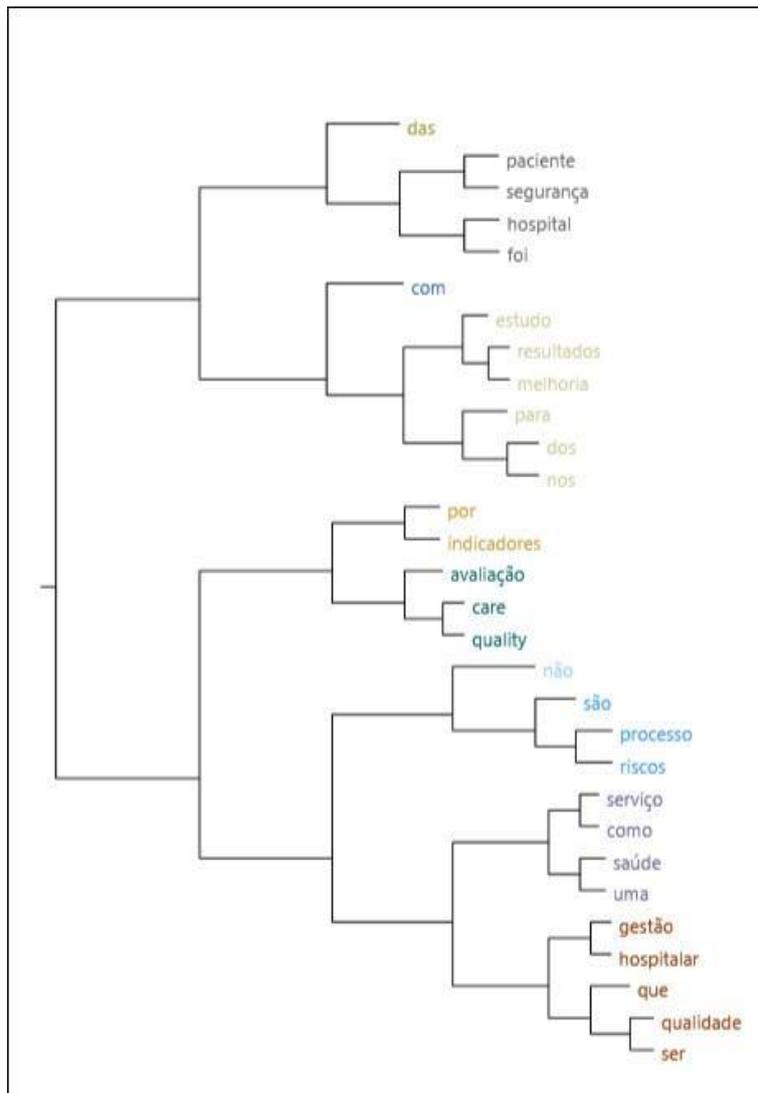
Tabela 1- Categorização dos artigos

CATEGORIA	Nº DE REPETIÇÃO DAS PALAVRAS (FREQUÊNCIA)	(%)
Gestão da qualidade	914	10,55%
Acreditação	490	6,33%
Saúde Suplementar	171	1,94%
Auditoria	143	1,05%

Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

De acordo com a tabela 1, conforme análise dos artigos a categoria “gestão da qualidade” aparece em mais vezes, totalizando 914 (10,55%) repetições. Logo em seguida, a categoria “acreditação” tem 490 (6,33%) repetições de palavras. Em terceiro,

Figura 2 – Análise de cluster das palavras (Categoria: gestão da qualidade)



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Dos 07 artigos selecionados e submetidos a análise de cluster no Nvivo versão 11, na categoria “gestão da qualidade” teve uma alta frequência aparecendo em destaque nos resultados, com ramificações de outras palavras que foram denominadas de subcategorias.

De acordo com Pereira *et al.* (2017, p.49) “é preponderante a equipe compreender que a organização da assistência influencia na qualidade do serviço prestado e na satisfação do usuário”. Entende-se assim que é essencial já se ter em mente uma estrutura formada, articulada e adaptada para as organizações de modo a nortear seus objetivos com relação ao que se deseja alcançar. Parte desses objetivos podem ser elaborados e alcançados por meio da implementação e acompanhamento de indicadores de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde que buscam a

gestão da qualidade. Sasso *et al.* (2019) ressalta este ponto de vista, quando trata das informações que evidenciam a qualidade da assistência.

Essas informações têm a capacidade de evidenciar os avanços alcançados na qualidade da assistência, relacionando-os às ações do programa. A monitorização intensiva, com o envio de feedback aos serviços, pode contribuir para esse estímulo (SASSO *et al.*, 2019, p. 07).

De modo a reforçar ainda mais, Sasso *et al.* (2019, p. 06) afirmam que “a qualidade em saúde tem três componentes básicos: estrutura, processo e resultado, os quais a tornam mais organizada e equipada.” Paralelo a isso entende-se novamente que é necessária essa gestão organizada que subsidie todos estes componentes e que haja harmonia entre eles.

Conforme Fassarella *et al.* (2019, p. 02) “avaliar a cultura de segurança organizacional do paciente é de extrema relevância e permite uma visão ampliada dos indicadores organizacionais”. Assim, compreende-se que conhecer antecipadamente todo este contexto que envolve a segurança do paciente é um dos primeiros passos para montar estratégias organizacionais de acompanhamento das ações de melhorias.

Santos (2016, p. 98) reforça que “avaliação do desempenho do cuidado hospitalar por meio de indicadores não é a única ferramenta para gestão da qualidade.” Sendo assim, outras ferramentas possibilitam trabalhar com gestão da qualidade e colaboram com a verificação dos resultados.

Conforme Barbosa e Mansour (2018, p. 11) “para a implantação de qualquer sistema de gestão da qualidade é necessário propor um modelo que contenha as fases de implantação e as vantagens desse processo”. A organização deve primeiramente desenvolver um modelo de gestão da qualidade para posteriormente se chegar às melhorias necessárias.

Vale compreender também, segundo Kern, Feldman e D’Innocenzo (2018, p.127) que “a adoção de estratégias simples e claras, alinhadas com planejamento objetivo e sustentável, proporciona um diferencial na qualidade da assistência”. Diante disso, as estratégias devem ser bem definidas em um alinhamento sistêmico com o todo do planejamento da gestão da qualidade para atender os anseios e necessidades do paciente.

E mesmo que se pareça o contrário, tendo em vista em se falar tanto em qualidade, Caldana *et al.* (2018) alerta para um cenário de poucos estudos voltados para comprovações de que a implementação de programas de melhorias da qualidade possa ser efetiva nas mudanças dos serviços de saúde.

A ausência de estudos nacionais comprova o distanciamento ainda presente em profissionais, gestores e pacientes na busca de comprovações dos resultados da implementação de programas de melhoria da qualidade no Brasil. Isto pode estar relacionado à falta de consolidação de uma cultura de avaliação, tão incentivada nos modelos de gestão focados na qualidade dos serviços de saúde e em suas ferramentas. (CALDANA *et al.*, 2018, p.11)

Percebe-se assim, que este ponto de vista remete a uma carência de avaliações quando da aplicação dos programas de melhoria da qualidade. A visão do Caldana *et al.* (2018) é importante para o desenvolvimento de uma cultura que possa mensurar os impactos da aplicação dos processos de qualidade e oferecer uma maior visibilidade dos mesmos.

Pereira e Pereira (2015) reforçam que os “sistemas de qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso”. A busca para implantação de um sistema de gestão da qualidade tem por objetivo a melhoria dos processos e das ações de uma organização.

Partindo dessa questão, foi rastreada por meio da análise de cluster a subcategoria de palavras que também tiveram no texto uma forte ligação com a categoria principal “gestão da qualidade”. Sendo assim percebe-se que ao tratar da categoria “gestão da qualidade” abordadas por Pereira *et al.* (2016), Sasso *et al.* (2019) Barbosa e Mansour (2018), Kern, Feldman e D’Innocenzo (2018), Caldana *et al.* (2018), Pereira e Pereira (2015) e Santos (2016), a subcategoria “satisfação” apresentou uma alta frequência nos textos desses autores.

Santos (2016, p. 105) argumenta que “a gestão da qualidade envolve outras ferramentas, mas é necessário estarem sempre presentes o objetivo de aprendizado contínuo para aprimoramento do cuidado e a avaliação de satisfação do usuário.” Dessa forma, a mensuração da satisfação do serviço é algo relevante para avaliar o desempenho do serviço ofertado. Além disso, Caldana *et al.* (2018) reforçaram para o desenvolvimento de uma cultura de avaliação já que considerou os estudos no Brasil incipientes para essa questão.

Barbosa e Mansour (2018, p. 365) salientaram que “faz-se necessário a implantação de um sistema de qualidade visando à padronização dos processos, otimização dos custos, melhoria nas análises laboratoriais e a satisfação do cliente”. É compreendido na fala dos autores que eles alinham o sistema de qualidade aos processos de padronização para conseqüentemente levar a satisfação aos usuários dos serviços de saúde. É a partir de informações obtidas de pesquisas de satisfação com os

usuários que as organizações de saúde podem tomar decisões durante o andamento dos programas de melhoria da qualidade.

Se utiliza para colocar em andamento programas de gestão de riscos cujos objetivos são melhorar a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a eliminação ou redução de custos desnecessários (KERN; FELDMAN e D'INNOCENZO, 2018, p.129)

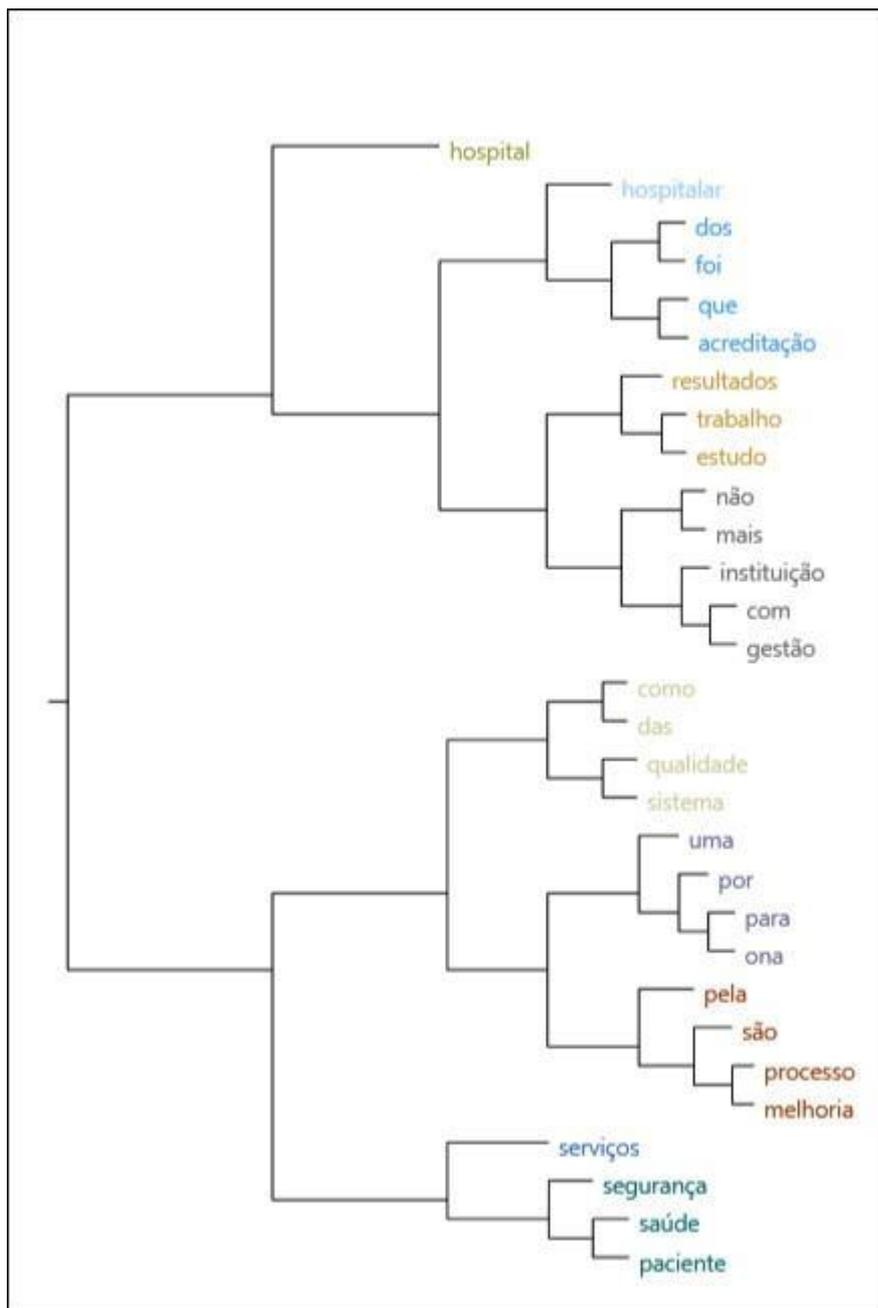
Kern, Feldman e D'Innocenzo (2018, p. 129) explicaram que com a aplicação dessas pesquisas os resultados podem fortalecer as decisões para a qualidade tendo em vista a perspectiva de que a “filosofia da gestão de qualidade é um referencial para o desenvolvimento de uma cultura baseada na melhoria contínua”.

Paralelo a isso, Pereira e Pereira (2015, p.113) salientaram que “é preciso entender as necessidades e desejos dos clientes e fornecer um processo que os satisfaça da melhor maneira possível, podendo esse ser alcançado com o planejamento da qualidade”.

Observa-se que as pesquisas de satisfação servem como base para mensuração dessa satisfação das pessoas que se utilizam do serviço, sendo base para criação de indicadores de melhoria do serviço em si.

Santos (2016), Barbosa e Mansour (2018), Kern, Feldman e D'Innocenzo (2018) e Pereira e Pereira (2015), trouxeram propostas complementares à importância de mensurar essa satisfação como forma de alcançar as necessidades dos usuários. Além disso, alertaram para as necessidades de apresentação dos impactos causados por um sistema da qualidade que respalde e consolide a relevância dos processos avaliativos.

Figura 3 - Análise de cluster das palavras (Categoria: acreditação)



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Com relação à categoria “acreditação” foram analisados 06 artigos que enfatizaram com maior relevância sobre a temática em questão.

Conforme Mendes *et al.* (2016) abordam inicialmente o contexto da atuação do processo de acreditação no Brasil apresentado às agências que mais se destacam.

Atualmente, existem agências acreditadoras atuando no Brasil, sendo as mais representativas, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), brasileira, a Joint Commission International (JCI), americana, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e a Accreditation Canada, canadense, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (MENDES *et al.*, 2016, p. 243).

Com base nas citadas acima, Mendes *et al.* (2016) aponta que “a metodologia da ONA, instituída em 1999, tem como base os padrões descritos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, já a JCI é destacada no texto por “ser líder mundial em acreditação de organizações de saúde”.

Siman *et al.* (2015) reforçaram ainda que o processo de acreditação tem origem americana, portanto contém em suas práticas algo oriundo das condutas e padrões americanos.

O processo de acreditação está pautado em experiências norte-americanas. Isso porque a acreditação foi criada nos Estados Unidos da América (EUA), quando foi instituído o Colégio Americano de Cirurgiões (ACC), que estabeleceu em 1924 o Programa de Padronização Hospitalar (SIMAN *et al.*, 2015, p. 816).

Fundamentada neste processo de criação da acreditação, destaca-se no texto na fala de Siman *et al.* (2015) a inspiração e necessidade do seu surgimento, e o propósito pelo qual se destinou para os serviços de saúde.

Em face das exigências da prestação de serviço na saúde com qualidade, a acreditação possivelmente representa um processo permanente de melhoria, fundamental na busca da assistência com mais qualidade e segurança. Parte-se do pressuposto de que as organizações hospitalares almejam a certificação “acreditado com excelência” (SIMAN *et al.*, 2015, p. 816).

Vale ressaltar que esse propósito vem a ser possível, conforme é citado por Siman *et al.* (2015) quando “incluir o incremento gerencial no bojo do capital humano”. Quer dizer que, ao envolver pessoas e desenvolver neles habilidades se chegará ao objetivo que o processo de acreditação exige.

Siman *et al.* (2017) em um outro artigo, pactua ainda deste mesmo ponto de vista, salientando que “para alcançar essa certificação de qualidade se faz necessário uma gestão eficiente, com bom planejamento”.

O fato é que, quem busca acreditação, busca qualidade. E o processo que leva a esta conquista diz muito do cumprimento das práticas de cada instituição quando confrontadas com as metodologias dos programas de qualidade que existem.

O processo de acreditação converge à uma tendência mundial para o cumprimento de protocolos institucionais, com diretrizes e procedimentos próprios para cada serviço ou instituição, através de práticas de acreditação. O objetivo é a qualidade dos serviços oferecidos (TERRA; BERSANETI, 2017, p. 12).

Partindo daí, percebe-se também que essa dinâmica da acreditação requer

mudanças na cultura das instituições. Ainda conforme Terra e Berssaneti (2017, p. 12) “a implantação da metodologia de acreditação hospitalar está se tornando cada vez mais frequente dentro desse contexto de mudanças”, e com isso reforça os impactos que a ampliação desse processo de acreditação causa, tendo em vista que “vem se intensificando e se expandindo, influenciando a reorganização e a reestruturação de hospitais, visto que são estruturas complexas”.

Paralelo a isso, Rafael e Aquino (2019, p. 330) reforçaram que “existe um consenso que mudanças organizacionais são promovidas pelo processo de acreditação”. Ou seja, o fato de a acreditação ser um processo voluntário é papel da própria instituição de saúde já demonstrar este consenso, devendo haver também a aceitação por parte de quem se propôs.

Rafael e Aquino (2019, p. 331) apontaram também que “acreditação é um procedimento administrativo que visa à garantia de melhorias contínuas para as unidades de saúde e os profissionais que as compõem”. Reforçando ainda que “a certificação da acreditação pode ser disponibilizada para todas as organizações que prestem serviços de saúde que atuem na área assistencial ou de diagnóstico”. Nessa fala os autores esclarecem que o processo de acreditação atinge não somente o âmbito hospitalar, mas também demais serviços de saúde, como clínicas ou laboratórios.

Oliveira e Matsuda (2016, p. 66) abordam que “as vantagens advindas da acreditação hospitalar se relacionam com a melhoria da qualidade do gerenciamento e também, da assistência ao usuário”. Interpreta-se assim, que o papel das melhorias depende muito do engajamento de uma equipe e se reproduz frente ao atendimento que lhe é prestado aos usuários dos serviços de saúde que se comprometeram com a idealização de uma acreditação.

Em consonância com a afirmação anterior, no que tange às vantagens do processo de acreditação, Oliveira e Matsuda (2016, p. 66) enfatizaram o impacto da gestão da qualidade em todo este contexto.

A gestão da qualidade interfere diretamente na organização do processo de atendimento e, também, no atendimento das necessidades do usuário, conforme se nota no excerto a seguir: Organização dos seus processos [...]. Discussão clara do que é planejamento na instituição. Organização da sua estrutura para a satisfação das necessidades dos seus clientes internos e externos (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016, p. 66).

Oliveira e Matsuda (2016, p. 66) reforçam que “quando você parte para discutir Gestão da Qualidade, você foca em quem é o interessado: o paciente. O dia que

você centraliza nesses processos de atendimento, tudo se resolve”. É notória a importância de colocar o paciente no centro da atenção, pois são a partir das necessidades deles que deve ser planejado e gerenciado os processos, as metas, estratégias, ações e o alcance de uma acreditação.

De modo a complementar e reforçar o trecho acima, é fundamental que a organização tenha um planejamento estratégico que norteie sua visão, missão e valores bem como oriente suas ações para implementar melhorias de acordo com seus anseios e necessidades de seus pacientes.

Considera-se que o estudo contribui à gestão da qualidade hospitalar, no que diz respeito à fundamentação de tomadas de decisão mais assertivas, especialmente para aqueles que almejam a implantação da Acreditação e, assim, possam favorecer a cultura organizacional e a permanência dos trabalhadores, previamente e ao longo de todo o processo de certificação (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016, p. 69).

Assim, Oliveira e Matsuda (2016) deixam explícito, que as vantagens de se fazer gestão da qualidade se torna evidente e tem seus benefícios à organização, desde reconhecimento com certificações/acreditações até a satisfação de todos.

Por meio da análise de cluster a subcategoria de palavras que também tiveram no texto uma forte ligação com a categoria principal “acreditação” abordada por Mendes et al. (2016), Siman *et al.* (2015) e (2017), Terra e Berssanet (2017), Rafael e Aquino (2019) e Oliveira e Matsuda (2016), foi a subcategoria “hospitalar” apresentando uma alta frequência nos textos desses autores.

Mendes *et al.* (2016, p. 240) aponta que “os serviços de saúde, mais especificamente os hospitais privados e filantrópicos contratualizados com o SUS, têm adotado iniciativas de avaliação e melhoria da qualidade”. E a prática na busca de melhorias e certificações seja no público ou privado remete mais ao âmbito hospitalar. Mendes *et al.* (2016) ainda complementam que essa “discussão sobre a qualidade hospitalar e o desenvolvimento de estratégias para a criação e a implantação de padrões de qualidade em serviços de saúde” acontece por meio da acreditação hospitalar.

Siman *et al.* (2015, p. 816) parte do mesmo princípio e ressalta que “a acreditação hospitalar, quando implantada de forma efetiva, propicia mudanças de valores e comportamentos na instituição”. Em outras palavras, a decisão de ter acreditação requer dedicação, alinhamento, acompanhamento e implementação de mudanças que irão causar os impactos das melhorias no serviço hospitalar.

Siman *et al.* (2017, p. 08) ressaltaram um ponto importante para o

conhecimento na busca de uma acreditação hospitalar, salientando que “o processo de acreditação pode parecer oneroso, mas ressalta-se seu caráter educativo, tendo em vista os resultados e as melhorias do sistema hospitalar com foco no paciente”. Assim, parte-se do princípio que a acreditação não seria um gasto, mas um investimento.

Terra e Berssanet (2017) explicitaram que essa implantação nos hospitais vem se tornando cada vez mais presente, propiciando assim mudanças e melhorias que se julgam necessárias.

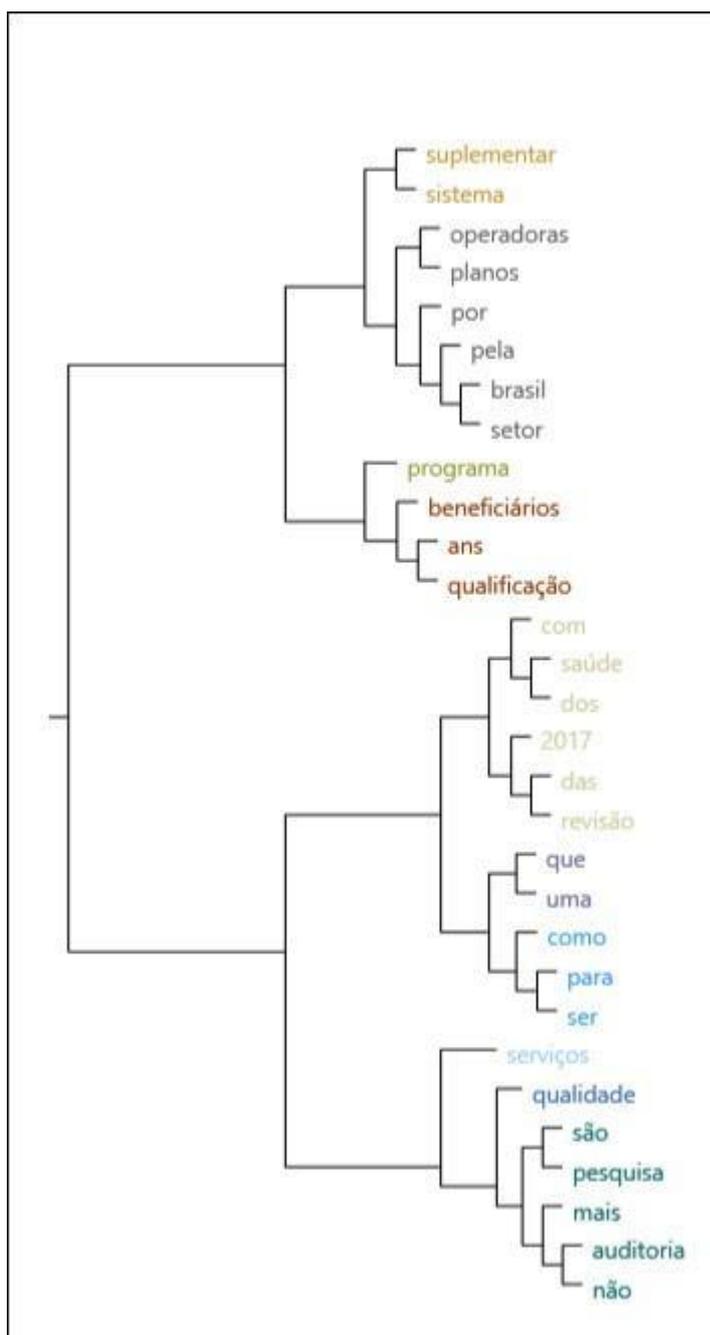
A implantação da metodologia de acreditação hospitalar está se tornando cada vez mais frequente dentro desse contexto de mudanças que as instituições hospitalares vêm passando, seja nas suas operações ou no modo como se relacionam com seus clientes (TERRA; BERSSANET 2017, p. 12)

E isso vem reforçando com a fala de Rafael e Aquino (2019, p. 330) de que “a acreditação hospitalar se configura como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital”. De modo a complementar sobre o assunto Oliveira e Matsuda (2016) concluem a abrangência que o processo de acreditação hospitalar representa.

A acreditação hospitalar é um sistema de gestão da qualidade, adaptado à realidade do serviço de saúde, baseado em princípios que, pela aplicação de métodos e técnicas sistemáticos, enfatizam o atendimento das necessidades dos usuários como resultado desejado (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016, p. 66).

Percebe-se nesta análise o forte papel do âmbito hospitalar como instituição pioneira na área da saúde na busca constante pela implantação da acreditação como forma de reorganizar seus processos, padronizá-los e melhorar a assistência prestada aos seus pacientes em todos os segmentos.

Figura 4 - Análise de cluster das palavras (Categoria: Saúde Suplementar)



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Com base na análise da categoria “saúde suplementar”, foram selecionados 03 artigos, que apesar de ser considerada uma quantidade inferior aos outros, responderam a questão tratada.

Oliveira e Kornis (2017, p. 209) ressaltam que “a saúde suplementar no Brasil, então, pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde”. No Brasil, a Saúde Suplementar a saúde suplementar só foi regulamentada no final do ano de 1990, com a entrada em vigor da

lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde. No ano seguinte, por meio da lei 9.961/2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar, programar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento.

Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo – representado pelo Ministério da Saúde –, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) –, além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 209).

Castro e Selow (2015, p. 259) reforça também o papel da ANS como “uma agência reguladora de interesse público na assistência suplementar à saúde”. É ela quem regula e fiscaliza as comercializações dos planos e preços, coberturas assistenciais e condições de ingressos”.

Castro e Selow (2015, p. 261) salientam que a ANS paralelo ao seu papel de reguladora tem também o “intuito de conseguir informações junto ao Programa de qualificação de Saúde Suplementar com a finalidade de aprimorar a qualidade dos prestadores operadoras e beneficiários”. Essas informações contribuem para o melhor desenvolvimento do serviço prestado.

Oliveira e Kornis (2017, p. 209) abordam outro ponto relevante no artigo para o contexto deste trabalho, destacando que “as operadoras compram dos prestadores de serviços da área de saúde (médicos, laboratórios, clínicas, hospitais etc.) serviços como consultas, exames, internações, cirurgias, entre outros”. No caso, pode-se destacar que com isso as operadoras são corresponsáveis pelos serviços prestados por essas instituições, no momento que as contratam e oferecem aos seus beneficiários (pacientes).

Oliveira e Kornis (2017) salientam também de forma mais detalhada o papel da ANS, como agência reguladora da saúde suplementar, enfatizando a relação entre ambos (prestadores e operadoras).

À ANS coube promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais, inclusive em suas relações com prestadores de serviço e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 2010).

No que compete à qualificação de Operadora de saúde, seu órgão regulador, a ANS, criou também o IDSS (Índice de Desempenho na Saúde Suplementar), é um grande desafio para as operadoras tendo em vista que avalia a qualidade das mesmas

através de indicadores. Conforme análise de Oliveira e Kornis (2017) sobre a política de qualificação da saúde suplementar no Brasil.

A preocupação de verificar os índices de qualidade das operadoras de planos de saúde que compõem o universo da saúde suplementar surge da necessidade de propor novos modelos assistenciais. (...) Para buscar a qualificação da atenção desse setor, foi necessário que a ANS desencadeasse um processo de monitoramento e avaliação na perspectiva da atenção à saúde, de forma a instituir o novo modelo de regulação com novos processos e práticas de micro e macrorregulação que induzissem à reversão da atual lógica de organização e funcionamento do setor (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 07).

A avaliação e monitoramento proporcionam uma maior sustentabilidade e reputação (dependendo do resultado avaliado) tanto para o olhar da ANS, como para o olhar de prospecção de novos clientes bem como para preservação e conservação dos beneficiários, cita ainda Oliveira e Kornis (2017).

(...) os resultados do IDSS mostram a manutenção no comportamento dos indicadores que parecem estar contribuindo na indução do mercado no sentido do alcance das diretrizes estratégicas estabelecidas pela ANS, traduzidas pelas dimensões e indicadores do Programa. Outro ponto a ser destacado é que, além da iniciativa de gerar informações que possam contribuir de certo modo para o fortalecimento do poder de escolha pelo beneficiário da operadora a ser contratada, a ANS vem promovendo esforços para a disseminação de informações de qualidade com vistas ao desenvolvimento setorial (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 18).

Assim, a prática de qualificação é um caminho que tem grande progresso, apesar dos desafios. E que embora venha em forma reguladora e avaliativa, a ANS contribui consideravelmente com todo o progresso em operadoras de saúde suplementar participantes do IDSS.

No que tange ao desenvolvimento do IDSS, a revisão dos resultados do programa de qualificação da ANS mostrou que a utilização da metodologia de avaliação proposta pelo índice tem contribuído em tornar públicos os graus de qualidade do setor da saúde suplementar, munindo o usuário / consumidor / beneficiário de informações que o auxiliem em suas escolhas, tanto na adesão quanto na portabilidade, proporcionando, assim, maior transparência ao setor (OLIVEIRA; KORNIS, 2017, p. 21).

É interessante essa fala, sobre a divulgação dos resultados, pois através dessa exposição pública melhora o poder de escolha do cliente que está à procura de contratar os serviços da operadora de plano conforme seu nível de qualidade, e percebe-se também o grau de exigência do mesmo em ter atenção quanto a isto. E assim mostra por um lado a força que o IDSS tem até mesmo como forma de gerar

competição entre as operadoras de saúde suplementar e conseqüentemente melhorar a gestão da qualidade da instituição e superar seus desafios tendo como resultado melhoria para os beneficiários e sustentabilidade do negócio.

O terceiro e último artigo analisado nesta categoria “saúde suplementar” engloba questões relevantes sobre o processo de auditoria comparando inclusive rapidamente com a que acontece no SUS, quando Gamarra (2018, p. 223) diz que a mesma “é considerada complexa, pode-se inferir que na saúde suplementar, com seus respectivos prestadores de serviços, a realidade possa ser ainda mais desafiadora”.

Ainda conforme Gamarra (2018) na repercussão e contexto de origem dessas auditorias ressalta:

A partir da década de 1970, à medida que o setor de saúde suplementar foi se desenvolvendo e organizando, a incorporação do auditor de saúde nesse campo também foi intensificada. A auditoria com viés contábil na rotina das operadoras de planos de saúde esteve subjacente ao desenvolvimento da saúde suplementar, já que as instituições necessitavam buscar evidências de sua capacidade de liquidez e de suas condições econômicas suficientes para atender aos beneficiários (GAMARRA, 2018, p.223).

Complementando esta fala de Gamarra (2018), percebe-se esta intensificação da auditoria como parte também de obrigações perante a agência reguladora dos planos de saúde. Paralelo a isso, Gamarra (2018, p.223) reafirma que apesar dos desafios é notório que “o setor vem ganhando importância não apenas pela quantidade de serviços prestados, mas também pela percepção da boa qualidade dos atendimentos aos seus beneficiários”.

E isso, faz com que a auditoria na saúde suplementar pode se converter em uma importante estratégia, tendo em vista que Gamarra (2018, p.223) ressalta que “dois de seus grandes desafios podem ser enfrentados por esta estratégia, isto é, a redução de custos do setor e a melhoria da qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde”.

Diante disso, Oliveira e Kornis (2017), Castro e Selow (2015) e Gamarra (2018) contemplaram em seus artigos determinados pontos relevantes sobre a categoria principal “saúde suplementar” que propiciando um melhor entendimento sobre a mesma nos aspectos sobre criação e responsabilidades como instituição provedora de saúde. A partir daí, percebe-se também a subcategoria “regulação” com uma alta frequência nos textos desses autores.

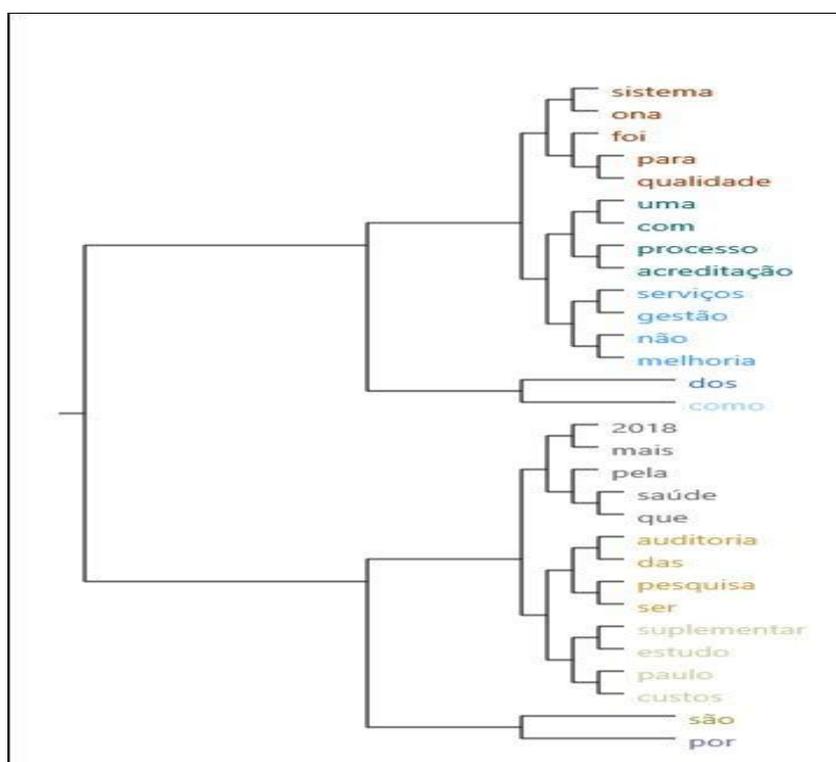
Oliveira e Kornis (2017, p. 210) apontam que “na maioria dos países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do

setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado”, por outro lado isso ocorre diferentemente do Brasil que “optou-se por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde”.

Gamarra (2016, p.) afirma ainda que “são necessárias ações políticas para a saúde suplementar, a fim de assegurar a provisão de serviços em saúde em bases sustentáveis”, entende-se assim que paralelo a regulação por parte da agência ANS deva existir também uma atuação mais presente por parte do estado com criação de políticas estratégicas para a área.

No mais, diante da análise dos artigos, percebe-se uma escassez de trabalhos voltados a esta categoria “saúde suplementar”, de modo que os autores sugerem um aprofundamento de mais trabalhos junto a esta temática.

Figura 5 - Análise de cluster das palavras (Categoria: Auditoria)



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Dando continuidade à análise da última categoria “auditoria” foram selecionados 02 artigos que contemplam sobre a mesma.

Gamarra (2018) traz um conceito do termo auditoria em sua introdução de modo a esclarecer sua origem, e como ela se apresenta nos dias atuais.

O termo auditoria é proveniente do latim audire, que significa ouvir. A princípio, foi traduzido pelos ingleses como auditing, para indicar termos técnicos para a avaliação dos registros contábeis. Entretanto, na atualidade a compreensão de seu significado é mais ampla e configura-se na ação independente de confrontar uma dada condição com um critério previamente estabelecido, que se converte na situação ideal para que se possa comentar sobre algo ou alguma situação específica (GAMARRA, 2018, p.222).

Entende-se assim que a prática da auditoria se inicia no momento em que existe uma verificação das condições atuais confrontadas com as condições que são consideradas as mais ideais. Gamarra (2018, p. 222) reforçou ainda que “a auditoria é uma fonte independente de informação, cobrindo todos os processos que compõem um sistema de garantia de qualidade”. E a auditoria pode ser considerada uma forma de avaliar e garantir o nível de qualidade de algo que seja auditado.

Rafael e Aquino (2019) abordam em seu texto um processo de auditoria específico voltado para a acreditação ONA, muito utilizado em hospitais.

A auditoria do selo ONA possui foco na segurança do paciente avaliando os processos diretos e indiretos da empresa assim como a segurança do negócio, agregando valor a instituição, sendo também uma estratégia de marketing, podendo ser decisório na escolha de um fornecedor (RAFAEL; AQUINO, 2019, p.339)

Rafael e Aquino (2019, p. 339) apontam também que há uma diferença dessas auditorias da ONA comparadas às demais, tendo em vista que “possui foco em todos os processos”. A auditoria ocorre em todas as áreas que dizem respeito às instituições confrontadas com os requisitos estabelecidos na ONA.

Gamarra (2018, p. 222) também corrobora com essa questão ressaltando que essas auditorias de qualidade “ocorrem em toda a organização e abrangem todas as áreas dos serviços prestados. Os auditores internos da qualidade são treinados para este propósito”. Sendo assim, entende-se que existe uma equipe que é preparada para atuar frente a essas auditorias de modo a avaliar as informações e constatar o nível de qualidade do serviço ofertado. Gamarra (2018) ainda completa que “um ponto chave para melhoria da qualidade é a inserção de auditorias no cotidiano dos profissionais que atuam em serviços de saúde”.

Trazendo uma visão geral, Gamarra (2018) aponta que apesar de não aplicar um processo de auditoria, na maioria das vezes algumas melhorias são realizadas, porém não em sua totalidade.

De maneira geral, prestadores de serviços de saúde estão propensos a melhorar o atendimento, mas, muitas vezes as mudanças em sua prática não ocorrem em

grande parte porque eles não estão cientes de seu desempenho está abaixo do ideal (GAMARRA, 2018, p. 230).

Diante disso, entende-se que a devolutiva da auditoria vem sendo uma importante ferramenta para dar essa ciência de onde precisa melhorar e qual mudança precisa ser feita, além de subsidiar melhores estratégias para a gestão dos serviços de saúde.

Gamarra (2018); Rafael e Aquino (2019) enfatizaram em seus textos o objetivo da auditoria, que é poder deixar melhorias nos serviços de saúde através de seus relatórios com as devolutivas para que a partir daí a instituição possa implementar as devidas mudanças. Com base nessa análise destacou-se também a subcategoria “melhoria” como uma das palavras mais frequentes nos textos desses autores.

Gamarra (2018, p. 222) diz que “a auditoria e sua devolução podem ser instrumentos úteis na melhoria da prática em saúde”. Isto é, a devolutiva e os *feedbacks* de uma auditoria é um material crucial para a implantação de ações de melhorias, quando necessárias, nos estabelecimentos de saúde. Além do que “os profissionais de saúde podem receber a devolução da auditoria sem possuir a responsabilidade de implementar mudanças”.

Por outro lado, Gamarra (2018, p. 224) cita também que “a auditoria em saúde possui como propósito principal, a melhoria do cuidado ao paciente”, ou seja, as práticas das ações de melhorias apontadas são fundamentais que sejam viabilizadas para o alcance dessa garantia de qualidade no cuidado ao paciente. Diante disso, compreende-se que o primeiro passo após a auditoria é a realização das mudanças necessárias impostas na devolutiva, mudanças essas que irão impactar muita das vezes na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

3.2 Considerações acerca da análise das categorias

Na análise individual dos artigos para formulação das 4 categorias, pode-se ressaltar a relevância de cada fala dos autores de modo a reforçar a significância dessa revisão da literatura para a construção deste trabalho, entendendo assim sua completude. Com isso, através desse resumo salienta-se a essência do que foi entendido de cada categoria.

Quadro 2- Resumo das categorias

Categoria	Resumo
Gestão da Qualidade	Percebe-se que os artigos conseguem percorrer vários caminhos para chegar a um objetivo comum entre eles, que é explicitar a importância da gestão da qualidade em cada processo da organização e o que ela representa para a sustentabilidade da mesma. Conforme Sasso et al. (2019) a qualidade em saúde tem três componentes básicos, que se seguidos, tornam a empresa mais organizada e equipada. Valendo ressaltar ainda que sua implementação auxilia principalmente em mudanças para melhorias de todos, e que os “sistemas de qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso” (PEREIRA; PEREIRA, 2015).
Acreditação	Percebe-se aqui que a acreditação é uma consequência de um longo trabalho em equipe, que apesar das dificuldades, gera um enorme ganho para as instituições de saúde que se permitem passar por esse processo desafiador. Rafael e Aquino (2019, p. 330) reforçaram que “existe um consenso que mudanças organizacionais são promovidas pelo processo de acreditação”. Mas para isso deve existir um processo voluntário da própria instituição de saúde, havendo também a aceitação por parte de quem se propôs. Oliveira e Matsuda (2016, p. 66), abordam que “as vantagens advindas da acreditação hospitalar se relacionam com a melhoria da qualidade do gerenciamento e também, da assistência ao usuário”. O papel das melhorias depende muito do engajamento de uma equipe e se reproduz frente ao atendimento que lhe é prestado aos usuários dos serviços de saúde.
Saúde Suplementar	Percebe-se a importância que a saúde suplementar tem dado ao longo da sua criação para a questão da qualidade, almejando com isso a satisfação dos clientes e a sua sustentabilidade no mercado que na maioria das vezes vem sendo muito competitivo. Por isso, a prática de qualificação é um caminho que tem grande progresso, apesar dos desafios. E que embora possa vir de forma reguladora e avaliativa, pela a ANS, pode contribuir consideravelmente com todo o progresso das operadoras de saúde suplementar que se participam e cumprem ativamente essas regulamentações.
Auditoria	Percebe-se o papel fundamental de um processo de auditoria, seja interno ou externo para atestar a qualidade do serviço prestado, tendo em vista que sua prática se inicia no momento em que existe uma verificação das condições atuais confrontadas com as condições que são consideradas conformes para o bom funcionamento do negócio, baseando-se sempre

	<p>por pré-requisitos de normativas ou leis vigentes. De acordo com Gamarra (2018); Rafael e Aquino (2019) esse seria o objetivo da auditoria, deixar melhorias nos serviços de saúde através das devolutivas, após auditorias, para que a partir daí a instituição possa implementar as mudanças julgadas necessárias.</p>
--	---

Fonte: Elaborada pela autora.

Diante disso, reforça-se que a riqueza nas informações extraídas em cada categoria terá um papel importante para complementar à construção do manual, tendo em vista que as mesmas nortearão a formulação do questionário com as perguntas da pesquisa junto ao público-alvo.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

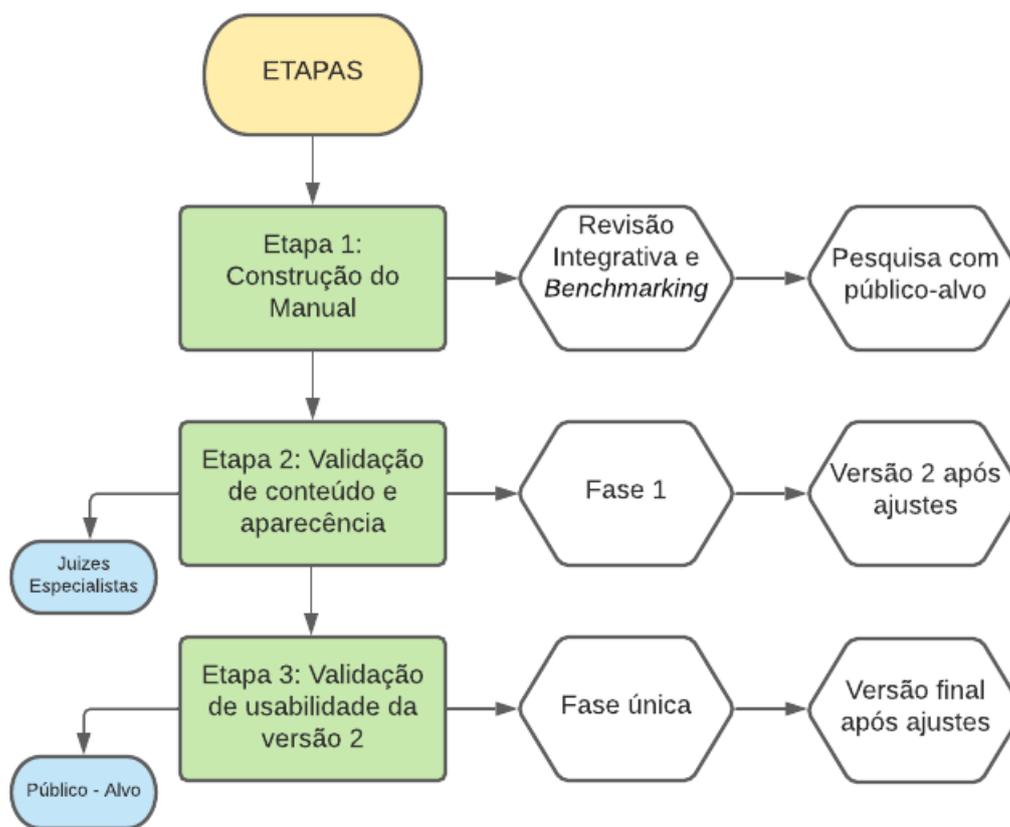
O presente estudo trata-se de uma pesquisa de método misto, com a composição de elementos quantitativos e qualitativos. Essa prática de utilizar diferentes métodos surgiu entre antropólogos e sociólogos no início dos anos 1960. E no final de 1970, surgiu o termo “triangulação” como uma combinação de metodologias no estudo de um mesmo fenômeno para diminuir a tendência inerente ao uso de um determinado método (SANTOS *et al.*, 2017).

Para Creswell (2012), os dados quantitativos, podem ser analisados com auxílio da estatística e assim apresentar informações úteis, rápidas e confiáveis a respeito de um grande número de observações. E as técnicas qualitativas, como entrevistas abertas, fornecem informações sobre a própria fala dos entrevistados, apresentando assim diferentes perspectivas sobre o tema e delineando os aspectos subjetivos do fenômeno (apud PARANHOS, 2016).

Com isso, entende-se que tanto as técnicas quantitativas quanto as qualitativas têm suas virtudes e limitações. No entanto, o fato é que no geral elas são utilizadas com objetivos distintos. E a sua função consiste em tentar extrair o melhor de cada uma para responder às questões da pesquisa (PARANHOS, 2016).

Portanto, o desenvolvimento da pesquisa aconteceu por meio de três etapas, conforme diagrama abaixo:

Figura 6 - Etapas do desenvolvimento da pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora na ferramenta Lucidchart.

4.2 Período e cenário da pesquisa

A presente pesquisa considerando os aspectos de revisão da literatura; pesquisas junto aos juízes e público-alvo corresponderam ao período de Junho/2020 à Novembro/2021. Foi desenvolvida na cidade de Sobral/CE mais especificamente junto à Rede Prestadora da Operadora de Saúde Suplementar da Unimed Sobral, conforme divisão abaixo:

Quadro 3 - Cenário da Pesquisa

Quantidade/tipo de Rede Prestadora	Público atendido
06 Hospitais	Beneficiários Unimed
17 Laboratórios	Beneficiários Unimed

43 Clínicas	Beneficiários Unimed
-------------	----------------------

Fonte: Elaborada pela autora.

4.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os gestores/responsáveis, atendentes e profissionais de saúde da rede prestadora (conforme os critérios de inclusão e exclusão no quadro 4) e Enfermeiros (de preferência com formação em auditoria).

Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão	Exclusão
Estar formalmente credenciado a Operadora de saúde suplementar Unimed Sobral e aceitar participar.	Descrédenciamento junto a Operadora Unimed Sobral, ou por decisão voluntária.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta

As técnicas e instrumentos utilizadas na coleta de dados, para realizar os objetivos específicos deste trabalho seguiram conforme quadro abaixo.

Quadro 5 - Técnicas e instrumentos a ser utilizados na pesquisa

Objetivos específicos	Técnica	Instrumento
Mapear junto ao público-alvo a implantação e implementação dos processos de gestão da qualidade;	Entrevista.	Questionário <i>Google forms</i> .
Construir o Manual educativo para rede prestadora da Operadora de saúde suplementar;	Estudo metodológico; Entrevistas.	Através de pesquisas bibliográficas e com os resultados da pesquisa junto ao público-alvo e validação dos juízes escolhidos.
Validar o conteúdo e aparências com Juízes;	Entrevista.	SAM (Suitability Assessment of Materials). IVCES (Instrumento de Validação de Conteúdo de Especialistas na Saúde)
Validar Usabilidade com população-	Entrevista.	SUS (System Usability Sacle)

alvo;		
-------	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido, e previamente cadastrado no sistema de submissão on-line via “Plataforma Brasil”, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, e a coleta de informações junto aos participantes só aconteceu após a aprovação do referido comitê (CAAE: 47870721.0.0000.5534).

Vale ressaltar que a participação foi voluntária e a carta de anuência (APÊNDICE D) e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) disponibilizado aos participantes da pesquisa. Além do que, foi dada a condição de interrupção ou recusa do participante durante a mesma.

4.6 Análise dos resultados da pesquisa junto ao público-alvo

Os questionários podem ser definidos como um conjunto de perguntas que serão realizadas ao público de entrevistados escolhidos. Além de ser um instrumento de pesquisa muito utilizado para a coleta de dados primários devido a sua facilidade. Para o seu desenvolvimento, é fundamental escolher as perguntas, o formato, a linguagem e sequência, observando que tudo isso pode influenciar na resposta. Atentando-se sempre para uma linguagem clara, objetiva, imparcial e com sequência lógica (KOTLER, 2000).

Com isso, as perguntas podem ser classificadas em dois tipos: perguntas abertas, que são aquelas que permitem ao entrevistado respondê-las do seu jeito, e perguntas fechadas, que já demonstram todas as possíveis respostas para o entrevistado escolher a que desejar (KOTLER, 2000).

Na pesquisa realizada foram escolhidas perguntas fechadas, no intuito de gerar respostas mais rápidas de serem interpretadas e tabuladas, considerando também que cada pergunta era elaborada de acordo com sua interpretação, conforme quadro abaixo.

Quadro 6 - Interpretação do questionário do público-alvo

Denominação	Descrição
-------------	-----------

Completamente não estruturada	Uma pergunta que os entrevistados podem responder de diversas maneiras.
Associação de palavras	São apresentadas várias palavras, uma de cada vez, para que os entrevistados possam mencionar a primeira palavra que lhes vier à mente.
Complemento de frase	É apresentada uma frase incompleta e o entrevistado tem de completá-la.
Complemento de uma história	É apresentada uma história incompleta e o entrevistado tem de completá-la.
Figura	É apresentado um desenho com dois personagens, um dos quais está afirmando algo. Pede-se aos entrevistados que se imaginem no lugar do interlocutor e completem o balão vazio.

Fonte: Elaborada pela autora com base em Kotler (2000).

Foram realizadas entrevistas através do envio de um *link* com o questionário (APÊNDICE C) construído na ferramenta *Google Forms*, norteado com base nas categorias encontradas após as revisões integrativas e *benchmarking* sobre a temática do referido trabalho. Ao final do prazo estabelecido de 10 (dez) dias, obteve-se 18 (dezoito) respostas da Rede Prestadora, e a caracterização do público-alvo se deu pela identificação do tipo de prestador e função na empresa.

Quadro 7 - Caracterização do público-alvo

Quantidade	Tipo de prestador	Função na empresa
2	Clínica	Atendente
3		Gestor/Responsável
3		Profissional de saúde
3	Laboratório	Atendente
1		Gestor/Responsável
2		Profissional de saúde
3		Atendente

1	Hospital	Gestor/Responsável
0		Profissional de saúde

Fonte: Elaborada pela autora.

Vale ressaltar que os resultados foram compilados através da utilização do software *NVivo* versão 11, “um programa que permite processamento e análises estatísticas de textos produzidos” (MOIMAZ ET AL., 2016, p.569), de modo a auxiliar na análise dos dados.

Quando perguntado a questão da opinião sobre qualidade, percebe-se pelas respostas algum conhecimento a respeito, ainda que vago, considerando o cargo em que ocupa no âmbito do serviço de saúde.

“(…) A qualidade oferece segurança para as pessoas atendidas, além de terem maior vida útil e darem maior previsibilidade à gestão hospitalar”. Dessa forma, tem um controle mais rígido proporcionando conforto, comodidade e bem-estar o acolhimento das necessidades do paciente (GESTOR/RESPONSÁVEL, HOSPITAL).

Percebe-se na fala do entrevistado um aprofundamento sobre as práticas proporcionadas por uma instituição que zela pelo fator qualidade, e sentidas através do alcance das necessidades do paciente.

Houve respostas mais sucintas através de expressões como “Excelente”; “Muito importante para a qualidade de atendimento, para a empresa crescer junto com seus usuários” e “A qualidade é o essencial necessário para prestar um excelente serviço” (Gestor/Responsável, Clínica).

No entanto o que se assemelha entre ambas as respostas é que a qualidade é refletida como algo positivo, e necessário, que tem um impacto no atendimento ao paciente. Com isso, de acordo com as demais opções que remetem às categorias já analisadas na revisão integrativa, segue o compilado das respostas através das nuvens de palavras, quando se perguntou sobre auditoria, a palavra “fiscalização” é a que mais se destaca”.

Figura 7 - Nuvem de palavras com base na questão sobre o que é auditoria



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

De modo a reforçar a análise, gerou-se também uma tabela mostrando a quantidade das palavras mais recorrentes nas respostas.

Tabela 2 - Top 5 das Palavras mais recorrentes sobre auditoria

Palavra	Frequência	Percentual ponderado (%)
Fiscalização	3	0,14
Avaliação	2	0,9
Acreditação	1	0,5
Alinhamento	1	0,5
Averiguação	1	0,5

Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Sendo assim, percebe-se que “fiscalização” aparece 3 vezes com um percentual ponderado no texto de 0,14%, seguida das palavras “avaliação” (0,9%), e por fim “acreditação” (0,5), “alinhamento” (0,5) e “averiguação” (0,5) que tem o mesmo percentual.

Quando se pergunta sobre acreditação, a palavra que mais se destaca na nuvem de palavras é qualidade, ou seja, percebe-se a ligação que as pessoas das instituições que responderam entendem que esse processo está ligado à qualidade.

Figura 8 - Nuvem de palavras com base na questão sobre o que é Acreditação



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Com relação à tabela 3 apresenta a frequência das palavras relacionadas a Acreditação.

Tabela 3 - Top 5 das palavras mais recorrentes sobre acreditação

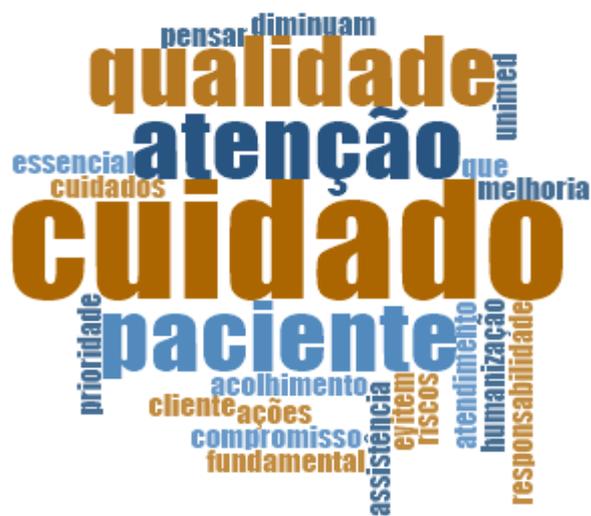
Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Qualidade	7	0,28
Certificação	2	0,8
Selo	2	0,8
Acreditar	1	0,4
Adequação	1	0,4

Fonte: Criado pela autora através do Nvivo 11.

Como mostra a tabela 2, percebe-se que “qualidade” aparece 7 vezes com um percentual ponderado no texto de 0,28%, seguida das palavras “certificação” (0,8%) e “selo” (0,8) com mesmo percentual, “acreditar” (0,4) e “adequação” (0,5) também com mesmo percentual.

E por fim, quando se perguntou sobre segurança do paciente, como mostra a nuvem de palavras, o destaque foi para a palavra “Cuidado”.

Figura 9 - Nuvem de palavras com base na questão sobre o que é Segurança do Paciente



Fonte: Criado pela autora através do Nvivo 11.

Com relação à tabela 3 apresenta a frequência das palavras relacionadas à Segurança do paciente.

Tabela 4 - Top 5 das palavras mais recorrentes sobre Segurança do paciente

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
Cuidado	3	0,9
Atenção	2	0,6
Paciente	2	0,6
Qualidade	2	0,6

Acolhimento	1	0,3
-------------	---	-----

Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Como mostra a tabela 3, percebe-se que “cuidado” aparece 3 vezes com um percentual ponderado no texto de 0,8%, seguida das palavras “atenção” (0,8%), “paciente” (0,8) e “qualidade” com mesmo percentual, e por último “acolhimento” (0,3).

E quando faz uma análise das 3, ao gerar a nuvem de palavras percebemos que qualidade é a palavra que mais vai se destacar entre todas as demais.

Figura 10 - Nuvem de palavras sobre as 3 palavras (Auditoria; Acreditação e Segurança do paciente)



Fonte: Elaborada pela autora através do Nvivo 11.

Outra questão importante a ser destacada é quando perguntamos o que é participar do QUALISS (Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde) da ANS.

Quadro 8 - Principais respostas sobre o que é QUALISS

Respostas de Atendentes, Gestores e/ou Profissional da Saúde.
“Um dever como profissional da saúde”;
“Adquirir conhecimentos e com isso obter melhorias”;
“Uma honra”;
“É um caminho de aprendizado, conquista e sucesso!”
“Bom”
“Fundamental para o desenvolvimento pessoal e do serviço”;

“Bastante importante para a empresa”;
“Competência”;
“Se preocupar com qualidade;”
“Participar do qualiss é adquirir novos conhecimentos”;
“Complementar e adquirir conhecimentos”;
“Abraçar oportunidades de melhorias no trabalho”;
“Participar do qualiss é adquirir novos conhecimentos”;
“Processo de qualificação”.

Fonte: Elaborada pela autora.

O fato é que as respostas a essa questão, não trouxe uma confiança de que ambos responderam com a ciência de que se refere ao programa de qualificação oferecido pela ANS, e que eles poderiam participar através do vínculo que eles têm com Operadora de saúde suplementar a qual são credenciados, portanto é de fundamental importância o esclarecimento do mesmo como um dos tópicos do manual.

4.7 Etapas de elaboração do manual

A primeira versão do manual educativo para orientar a rede prestadora nas estratégias de processos relacionados à gestão da qualidade, levando em consideração a análise e resultados da pesquisa bem como a revisão integrativa pertinente da literatura e o *benchmarking*, para assim construir conforme traz Echer (2014) as 10 etapas deste manual.

A **1ª etapa** foi a Construção de um projeto realizado através da parte introdutória, bem como seu desenvolvimento, objetivos, métodos, cronogramas, orçamentos, referências, termo de consentimento livre e esclarecido e instrumentos para qualificação do manual. Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição e aprovado (CAAE: 47870721.0.0000.5534).

A **2ª Etapa** aconteceu através da definição e seleção dos conteúdos, realizado através da revisão com base na literatura dos descritores: Gestão da qualidade, Auditoria, Acreditação e Saúde Suplementar, de modo a subsidiar um maior conhecimento científico acerca do tema, bem como subsidiou a formulação do questionário para aplicação junto ao público-alvo.

A **3ª Etapa** foi sobre a adaptação da linguagem do manual, com base nos achados científicos da literatura, bem como a análise das respostas da pesquisa junto ao público-alvo, onde foi adaptado todo o conteúdo de modo a ser de fácil entendimento

e compreensão pelos mesmos ao fazer a leitura do material.

A **4ª Etapa** foi o momento da inclusão de ilustrações tendo em vista que conforme Echer (2014) “a imagem ajuda na fixação do conteúdo pelo leitor”. Sendo colocadas algumas ilustrações (imagens) de modo a facilitar e tornar mais didático o manual.

A **5ª Etapa** foi à confecção do Manual piloto antes de ir para o processo de qualificação para a validação dos juízes especialista na área da saúde, se fez necessário algumas revisões detalhadas de todo o conteúdo novamente de modo a verificar a compreensão do mesmo.

A **6ª Etapa** de Qualificação do manual, a qual foi enviada para leitura do manual a 10 juízes sendo que apenas 06 aceitaram, respondendo dentro do prazo estabelecido de dez dias. Os juízes foram enfermeiros de preferência com formação em auditoria da saúde. Após leitura minuciosa do manual, responderam ao questionário avaliativo referente aos seguintes aspectos do manual: Objetivos (propósitos, metas, finalidades); Estrutura e apresentação (organização, estratégia, coerência e suficiência); Relevância (refere-se às características que avalia o grau de significação do manual instrutivo) além de sugestões e observações gerais.

A **7ª Etapa** é referente ao Layout do manual, onde foi enviado a um design gráfico para formatação quanto à capa, tamanho da fonte, distribuição textual, ilustrações e a revisão na língua portuguesa. Nesta etapa foi solicitado também que respondesse a um questionário sobre esses aspectos após finalização do layout.

A **8ª Etapa** seria a impressão final do manual, porém ainda não foi possível, tendo em vista que por decisão estratégica juntamente com a instituição a qual a pesquisa está vinculada, os mesmos serão inicialmente apenas por meio digitais. Diante disso foi enviado para validação da usabilidade do público-alvo por meio digital juntamente com um questionário para avaliar antes da versão final.

A **9ª Etapa** é o Manual em Gestão da Qualidade para a Rede Prestadora da Saúde Suplementar pronto contendo os principais tópicos: Apresentação; Gestão de documentos; Gestão de processos; Gestão de segurança; Gestão da satisfação do cliente interno e externo; Informações sobre o QUALISS (ANS); Considerações e Referências.

A **10ª Etapa** é a distribuição e acesso do manual, o qual se deu inicialmente através do envio por e-mail para a rede prestadora credenciada a Unimed Sobral de forma gratuita pela operadora de plano de saúde Unimed Sobral.

5 VALIDAÇÃO

5.1 Critérios de escolha dos Juízes

Foram considerados os critérios de Jasper (1994), para a escolha dos juízes tendo em vista que o autor aponta que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Portanto, os juízes escolhidos deveriam atender pelo menos dois dos critérios descritos por Jasper (1994), para que assim fossem considerados como especialistas na área temática.

Quadro 9 - Critérios de seleção para juízes de conteúdo proposto por Jasper (1994)

Critérios	Características	Pontuação Máxima	Pontuação obtida	% dos Juízes que atenderam ao requisito
1. Possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência.	1. Ter experiência profissional em gestão da saúde/processos/auditoria.	3	15	83,30%
	2. Ter experiência docente na área de interesse*	2	8	66,70%
2. Possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto.	3. Ter sido palestrante em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*	2	6	50%
	4. Participação em cursos ou mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*	1	4	66,70%
3. Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	5. Ter experiência no desenvolvimento de pesquisa científica na área de interesse*	3	15	83,30%

	6. Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à área de interesse*	2	4	33,30%
--	--	---	---	--------

Fonte: Elaborada pela autora conforme Jasper (1994).

Área de interesse: Gestão da qualidade, da saúde e auditoria.

No que se refere ao número de juízes, conforme Pasquali (1997) propõe-se que esse número pode variar entre 6 e 20 sujeitos. A partir daí, as escolhas dos juízes foram de 10 especialistas, onde os mesmos receberam uma carta convite (APÊNDICE A) via e-mail elencando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem. A partir da sua aceitação, disponibilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para formalizada a participação no presente estudo, juntamente com um instrumento eletrônico (formulário), criado com o auxílio do *Google Forms* disponibilizado através de um link de acesso online (APÊNDICE C). No instrumento, também continha novamente em seu início o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para aceite do juiz, seguido dos dados referentes à caracterização do especialista, e as informações específicas para a validação de conteúdo do manual. Juntamente com o link do instrumento, foi enviado o manual digital na versão pdf para leitura e apreciação do juiz. Ao final do preenchimento do instrumento eletrônico, o ícone enviar devolveu automaticamente o instrumento preenchido à pesquisadora.

Vale ressaltar, que foi dado um prazo de até 10 dias corridos para responderem o questionário, levando em consideração também mais 5 dias de prorrogação, apenas 6 responderam, sendo este o número mínimo tolerável para participar da pesquisa, a mesma foi realizada apenas com estes.

5.2 Consulta aos juízes especialistas em relação ao conteúdo do manual

Tendo em vista que o “IVCES tem como objetivo disponibilizar embasamento científico capaz de validar conteúdo de materiais educativos em saúde”. (LEITE *et al.*, 2018, p. 08), o mesmo foi utilizado na validação desta pesquisa.

Vale ressaltar ainda que este instrumento de validação de conteúdo educativo em saúde – IVCES (ANEXO A), “destina-se aos profissionais de saúde de nível superior que desejam construir e validar conteúdos educativos para qualquer público-alvo” (LEITE *et al.*, 2018, p. 08), de modo assim a reforçar ainda mais a importância de sua utilização.

Conforme já ressaltado no tópico anterior ao total 6 juízes especialistas participaram da pesquisa, tendo as seguintes características.

Tabela 5 - Caracterização dos juízes especialistas que participaram da pesquisa de validação do Manual

Características		Percentual %
Sexo	Feminino	100
	Masculino	0
Tempo de Formação	0 – 5	16,7
	5 – 10	33,3
	10 – 15	16,7
	Acima de 15 anos	33,3
	Tempo de trabalho na área	
	1 – 3	33,3
	3 – 5	16,7
	5 – 7	0
	Acima de 7 anos	50
Titulação	Especialista	33,3
	Mestre	66,7
	Doutor	0
	Pós-Doutor	0

Fonte: Elaborada pela autora.

O instrumento de validação era composto de 21 itens, com opções de respostas utilizando a escala *Likert*, sendo 0 = discordo, 1 = concordo parcialmente e 2 = concordo totalmente, enviado através da geração de um *link* no *Google Forms*

Após a devolução, foram analisadas as respostas dadas pelos juízes experts ao instrumento do IVCES, considerando o cálculo de cada um os seus itens. Adotou-se nível de significância de 95%. O escore total foi calculado através do somatório da pontuação de todos os itens, dividido pelo somatório da pontuação máxima de cada item, vezes 100 para transformar em percentual, conforme a fórmula de cálculo abaixo.

Tabela 6 – Formula de cálculo IVCES

$\text{IVCES (subtotal)} = (\sum(n)\text{itens alcançados} / \sum\text{itens, } n=42) \times 100$ $\text{IVCES (total)} = \%J1 + \%J2 + \%J3 + \%J4 + \%J5 + \%J6 / (n^\circ \text{ de juízes, } n=6)$
--

Fonte: Elaborada pela autora.

Após aplicação da fórmula, obtiveram-se os seguintes resultados da tabela abaixo, para cada item avaliado, identificando os juízes pela sigla J + número de juízes que participaram.

Tabela 7 - Resultado da validação com Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES)

ITENS	RESPOSTAS JUÍZES					
	J1	J2	J3	J4	J5	J6
OBJETIVOS: propósito, metas, finalidade.						
1. Contempla o tema proposto	2	2	2	2	2	2
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	2	2	2	2	2	2
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	2	2	2	2	2	2
4. Proporciona reflexão sobre o tema	2	1	2	2	2	2
5. Incentiva mudança de comportamento	2	1	2	2	2	2
Subtotal	96,66					
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência.						
6. Linguagem adequada ao público-alvo	2	2	2	2	2	2
7. Linguagem apropriada ao material educativo	2	2	2	2	2	2
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo.	2	2	2	2	2	2
9. Informações corretas	2	2	2	2	2	2
10. Informações objetivas	2	2	2	2	2	2
11. Informações esclarecedoras	2	2	2	2	2	2
12. Informações necessárias	2	1	2	2	2	2
13. Sequência lógica das ideias	2	2	2	2	2	2
14. Tema atual	2	2	2	2	2	2
15. Tamanho do texto adequado	2	2	2	2	2	2
16. Estimula o aprendizado	2	1	2	2	2	2
17. Contribui para o conhecimento na área	2	2	2	2	2	2
18. Desperta interesse pelo tema	2	1	2	2	2	2
Subtotal	98,07					
RELEVÂNCIA: refere-se às características que avalia o grau de						
	J1	J2	J3	J4	J5	J6

significação do manual instrutivo.						
19. Significância	2	2	2	2	2	2
20. Impacto	2	1	2	2	2	2
21. Motivação	2	1	2	2	2	2
Subtotal	94,44					
Score Total	96,39					

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente.

Fonte: (LEITE et al, 2018).

Após compilação dos dados referente à utilização do IVCES, obteve-se na no quesito “Objetivo” 96,66%; “Estrutura” 98,07% e em “Relevância” 94,44%, o resultando em um score total de 96,39% de conformidade, o que mostra a viabilidade de utilização do manual. Com isso, é notório que a utilização do IVCES aponta uma confiabilidade aos aspectos relevantes aos conteúdos educativos que são essenciais para cumprir os propósitos desse tipo de material e proporcionar educação da forma mais eficiente possível para o público-alvo (LEITE et al, 2018).

Dessa forma, ao adentrar mais detalhadamente nas avaliações dos especialistas, pode-se pontuar os itens que não tiveram respostas “concordo totalmente” deixando assim um sentimento de melhoria a ser feita, aos quais foram nos 3 quesitos “objetivo; estruturação e relevância”, um dos juízes especialistas avaliou para os itens 4; 5; 12; 16; 18; 20 e 21 “concordar parcialmente”, onde a partir daí pensou-se em trazer no manual um texto final com considerações acerca de reforçar os benefícios que poderiam ser alcançados com a implementação do mesmo.

Foi deixando uma pergunta aberta ao final do questionário para “observações e sugestões”, tendo poucos itens para melhorias e os demais como forma de elogios. Considerando as sugestões de melhorias recebidas, as mesmas foram todas acatadas.

Quadro 10 – Modificações realizadas com base nas sugestões dos juízes especialistas na área da saúde

SUGESTÕES DOS JUIZES	ACATADAS
1. Inclusão de mais ilustrações a fim de tornar o manual mais atrativo	Sim
2. Acrescentar a melhoria que se prever com a implantação do manual	Sim
3. Acrescentar questões de formação do núcleo de segurança do paciente	Sim
4. Acrescentar no manual questão sobre como cadastrar no	Sim

Ao final da compilação e análise de todas as respostas dadas pelos juízes especialistas com base no IVCES, as devidas modificações foram realizadas com base nesta 1ª validação.

Figura 11 - Sugestão de alteração dos juízes 1. Inclusão de mais ilustrações a fim de tornar o manual mais atrativo



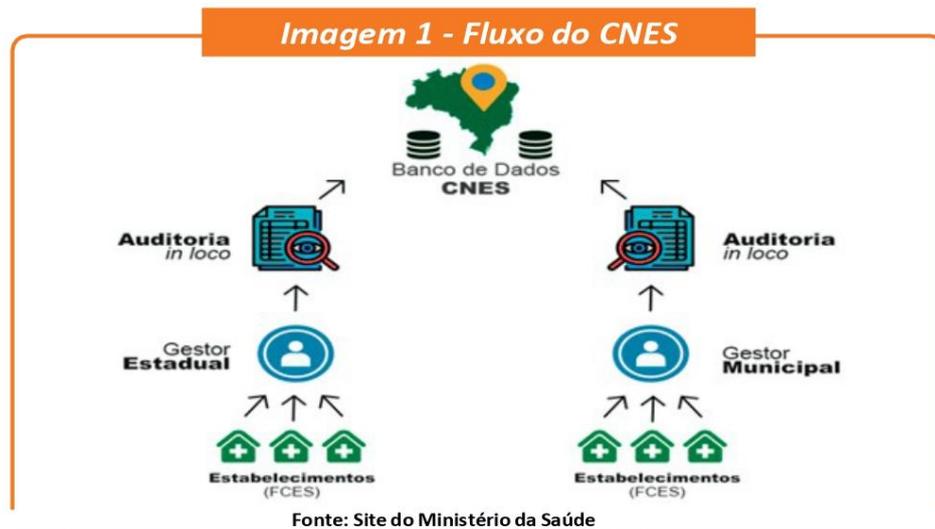
27. Cadastro Nacional Estabelecimento Saúde (CNES)

Conforme o Art. 359 da Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS/2017 o CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica, seja ela pública ou privada (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º).

A identificação dos estabelecimentos de saúde no CNES e de seus respectivos profissionais ocorre através de numerações que podem ser compreendidas por um código dado aos estabelecimentos de saúde em âmbito nacional com objetivo de identificar sua unicidade.

Fluxo do CNES:

O fluxo para o cadastro do estabelecimento de saúde é de gestão estadual ou municipal, o estabelecimento de saúde encaminha as fichas de cadastro de estabelecimento (FCES) ao seu respectivo gestor, e este realiza uma auditoria in loco, com o intuito de verificar a veracidade das informações encaminhadas. Após a auditoria, o gestor encaminha os dados para o Banco de Dados do CNES, conforme imagem abaixo:



A base nacional do CNES (DBCNES) é um banco de dados especificado em SGBD ORACLE, sob gestão do Ministério da Saúde, que recebe os dados cadastrais enviados pelos gestores estaduais e municipais.

2 – Cadastrar as pessoas físicas vinculadas à instituição: responsável legal, gestor de segurança e usuário de instituição.

3 – Atribuir perfil de acesso aos sistemas às pessoas físicas vinculadas à instituição: Com o perfil de acesso é possível acessar alguns sistemas, como por exemplo, o Notivisa.

Para maiores informações: Acesse o sistema de cadastro de instituições pelo link: <http://www1.anvisa.gov.br/cadastramententre> ou envie e-mail para: cadastro.sistemas@anvisa.gov.br

3 – GESTÃO DE PROCESSOS

Reconhecimento de que a organização é um conjunto de processos, que precisam ser entendidos de ponta a ponta e considerados na definição das estruturas: organizacional, de trabalho e de gestão. Os processos devem ser gerenciados visando à busca da eficiência e da eficácia nas atividades, de forma a agregar valor para a organização e as partes interessadas.

A orientação por processos é um dos fundamentos da excelência, pois busca eficiência e eficácia nos conjuntos de atividades que formam a cadeia de agregação de valor para os clientes e demais partes interessadas.

3.1. Mapeamento de Processos

Processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Ou, em uma abordagem mais técnica, é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas em uma sequência determinada, conduzirão a um resultado esperado, o qual assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e de outras partes interessadas (AZEVEDO, 2016).

O gestor de segurança que atribui perfil de acesso no sistema de Cadastro de Usuários.

Figura 1 - Estrutura do Mapa de processo



Fonte: Adaptado pela autora

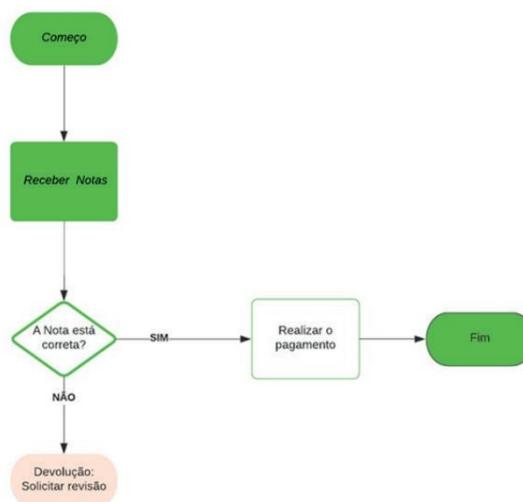
Para a construção do mapa de processo conforme estrutura acima seguir a sequência:

- Definir o processo (atividade principal) a ser analisada;
- Definir a metodologia e os responsáveis pelo mapeamento;
- Identificar e detalhar as ações na entrada, no processamento e na saída do processo;
- Identificar aspectos operacionais e administrativos relativos a cada etapa.

3.2. Descrição dos Fluxogramas

São ferramentas de gestão que descrevem um determinado processo através de símbolos de forma resumida e direta, incluindo as etapas, os registros utilizados e gerados durante a execução daquela atividade, podendo ocorrer de forma sequencial ou paralela. (AZEVEDO, 2016).

Figura 2 - Fluxograma de um processo



Fonte: Adaptado pela autora na ferramenta Lucidchart conforme Azevedo (2016).

3.2. Descrição dos Procedimentos Operacionais Padrão

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma ferramenta de gestão da qualidade que traz para todos os envolvidos no processo uma orientação através de uma sequência lógica e detalhada das atividades desenvolvidas pela as áreas, garantindo assim uma padronização e a execução dos resultados esperados (VIEIRA, 2014).

6 – INFORMAÇÕES SOBRE O QUALISS (RN 405 - ANS)

O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS consiste no estabelecimento, avaliação e divulgação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar, com o intuito também de ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte das operadoras e dos beneficiários de planos de saúde (RN 405, ANS, 2019).

Imagem 3 - Fluxo QUALISS

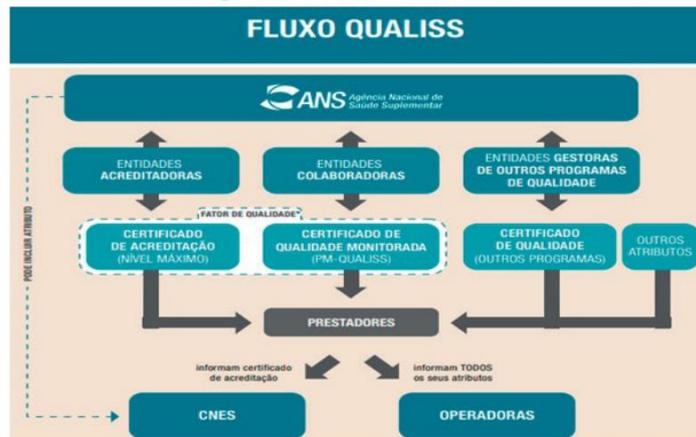


Foto: Extraída do site da ANS (2019).

Premissas do QUALISS:

- Transparência da informação para a sociedade;
- Natureza indutora da melhoria da qualidade setorial;
- Avaliação da qualificação dos prestadores;
- Estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial;
- Divulgação dos atributos de qualificação;
- Participação voluntária dos prestadores de serviços.

Para participar do QUALISS:

- Estabelecimentos acreditados em nível máximo por instituições acreditadoras de serviços de saúde no país; prestadores com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa, além dos prestadores que participam de projetos de indução de qualidade da ANS (Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e Oncorede).

Prestadores Elegíveis:

- Todos os prestadores integrantes da rede assistencial das operadoras.

Imagem 4 - Fluxo participação no QUALISS



Foto: Extraída do site da ANS (2019).

Vale ressaltar que a atenção especial do programa é no atendimento aos atributos do Fator Qualidade, que compete: Estrutura; Segurança; Efetividade; e Experiência do Paciente.

Isto pode ser oferecido pela participação das empresas (prestadores) nos processos de Acreditação (ONA, Joint Commission, QMentus, ACSA, etc) ou pela Certificação dos Serviços de Saúde, pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade, ambos reconhecidos pela ANS.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar em conformidade no que preconiza as resoluções e legislações vigentes, além da implementação de boas práticas é a melhor conduta de uma instituição que se preocupa com a qualidade e a sustentabilidade do negócio.

Figura 12 - Sugestão de alteração dos juízes 2. Acrescentar a melhoria que se prever com a implantação do manual

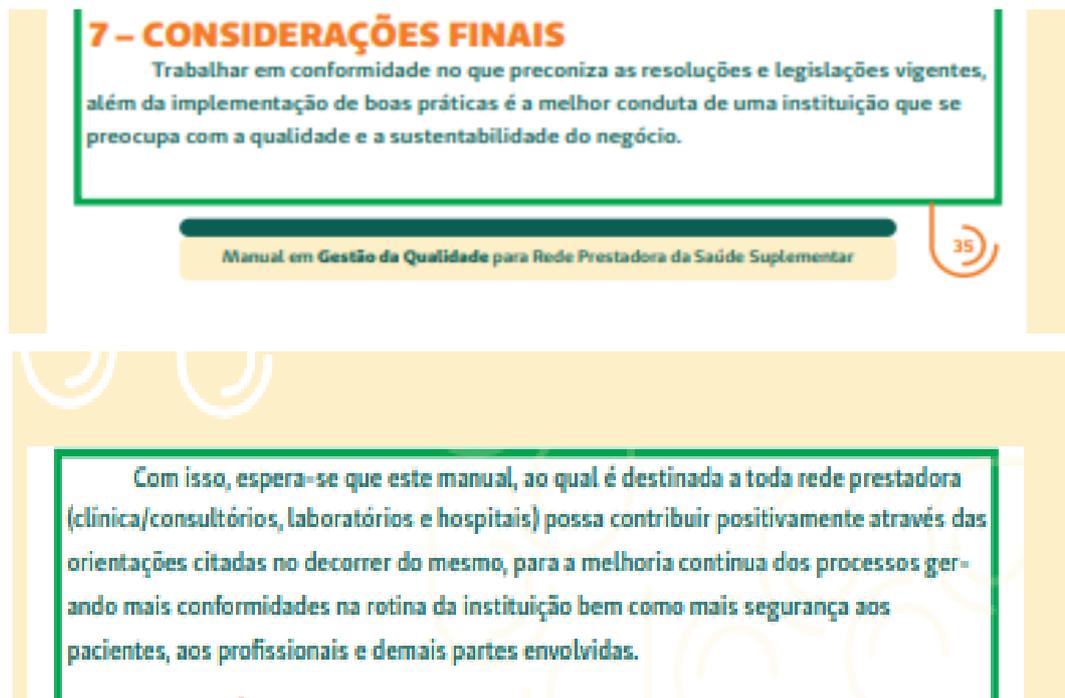


Figura 13 - Sugestão de alteração dos juízes 3. Acrescentar questões de formação do núcleo de segurança do paciente

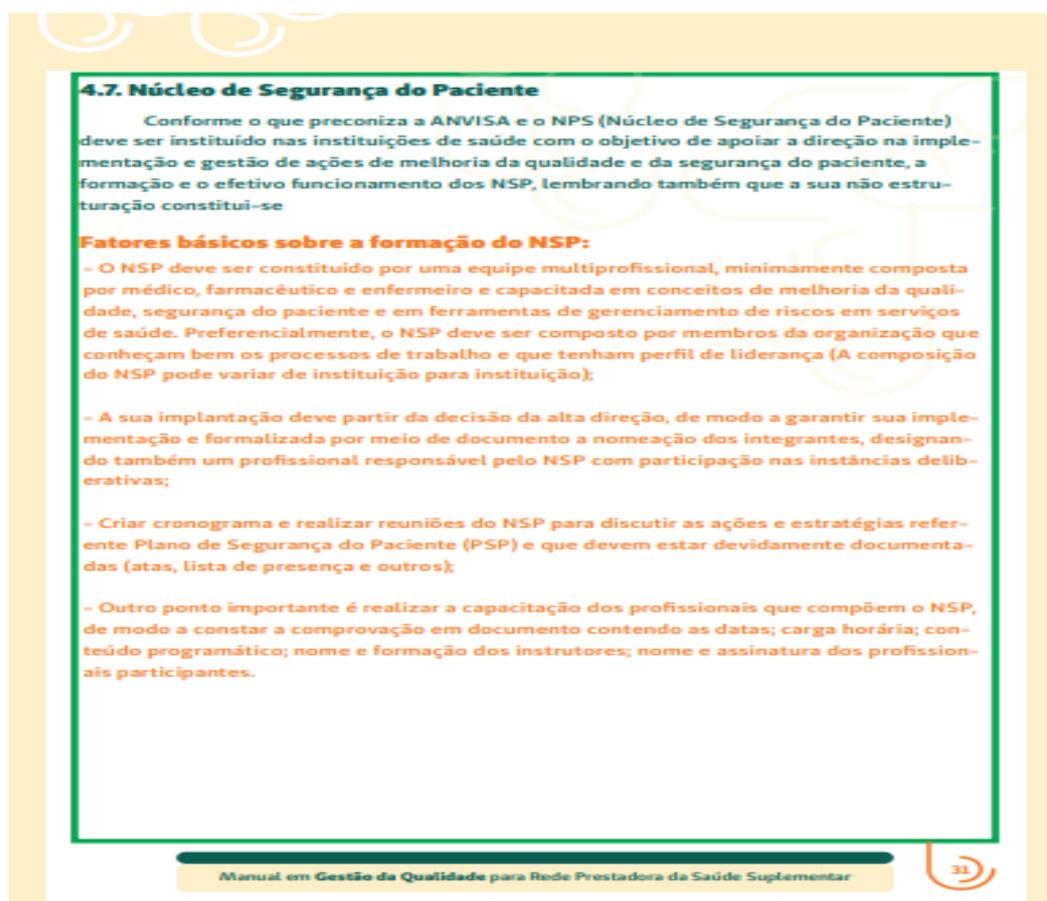


Figura 14 - Sugestão de alteração dos juízes 4. Acrescentar no manual questão sobre como cadastrar no NOTIVISA

IV - responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, IV)

V - responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, V)

Art. 361. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo proceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 4º)

2.8. Cadastro no NOTIVISA

O Notivisa é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) com intuito de receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

Vale ressaltar alguns exemplos de notificações de eventos adversos que podem ser feitas no Notivisa: Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico; Queda do paciente; Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado); Reação adversa ao uso de medicamentos; Inefetividade terapêutica de algum medicamento; entre outros. Já nos casos de notificações de queixas técnicas:

Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio da qualidade; Produto com suspeita de estar sem registro; Suspeita de produto falsificado;

O cadastro funciona em três etapas principais:

1 - Cadastrar a instituição (CNPJ próprio ou mantida) no sistema de Cadastro de Instituições: Aqui, será possível visualizar os dados cadastrais da instituição e cadastrar o responsável legal e os gestores de segurança Suspeita de empresa sem autorização de funcionamento (AFE).

Manual em Gestão da Qualidade para Rede Prestadora da Saúde Suplementar

19

5.3 Análise dos juízes especialistas em *design* com relação aparência

O instrumento destinado aos juízes de outras áreas, com foco em design e marketing, foi elaborado tendo como base um instrumento americano proposto em 1996 para avaliação da dificuldade e conveniência dos materiais educativos, denominado *Suitability Assessment of Materials* (SAM).

A validação de conteúdo e aparência pelos juízes através do SAM como exibido no APÊNDICE C servirá para avaliar a compreensão do manual, de modo a garantir a sua adequação e entendimento do público-alvo (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

Sendo assim, pode-se compreender que o SAM consiste em um *checklist* formado por seis categorias – conteúdo, compreensão do texto, ilustração gráfica, apresentação, motivação e adaptação cultural, compondo 22 itens e uma escala de pontuação de zero a dois, sendo (0 – inadequado; 1 – adequado; 2 – totalmente adequado). O mesmo é aplicado após a leitura do material. O cálculo do escore total de adequação é feito a partir da soma dos escores obtidos, dividido pelo total de escores e multiplicado por 100, para transformar em percentual. Em todas as situações, a interpretação do percentual de estimativa do SAM se dará da seguinte forma: 70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Caso ocorresse itens com pontuação menor ou igual a 39% (material inadequado) por mais de 50% dos juízes seriam modificados e novamente submetidos a eles.

No instrumento SAM há uma lista para checar atributos relacionados a conteúdo, estilo de escrita, aparência, motivação e adequação cultural do material educativo, onde os mesmos foram avaliados por 06 juízes especialistas, conforme resultado da tabela 7.

Tabela 8 - Validação dos Juízes especialistas – Design gráfico

JUIZES	ESCORE OBTIDO	POSSIBILIDADE TOTAL DE ESCORES	%	INTERPRETAÇÃO
JD1	43	44	97,72	Material superior
JD2	44	44	100	Material superior
JD3	43	44	97,72	Material superior
JD4	44	44	100	Material superior
JD5	44	44	100	Material superior
JD6	43	44	97,72	Material superior

SAM MÉDIA GLOBAL	98,86	-
-------------------------	--------------	---

Fonte: Suitability Assessment of Materials (SAM).

A partir dos escores obtidos, o manual foi validado pelos especialistas, mediante escore SAM global de 98,86% sendo considerado “material superior”, ou seja, totalmente adequado para uso.

Entre os 6 juízes especialistas, nenhum respondeu “inadequado” para uso, porém nos quesitos “conteúdo” e “ilustrações gráficas” 3 juízes responderam apenas “adequado” equivalente a 1 ponto. Por outro lado, nos demais requisitos “linguagem”; “layout e tipografia”; “motivação” e “adequação cultural” tiveram pontuação máxima de 100%, tendo em vista todos marquem “totalmente adequado” equivalente a 2 pontos por item. Vale ressaltar também que nenhum dos juízes sugeria mudanças no manual, entendendo assim que o manual passa a estar mais acessível e compreensível para o envio ao público-alvo.

5.4 Consulta a população – alvo sobre a usabilidade do manual

A escala de usabilidade do sistema (SUS) é uma autoavaliação amplamente utilizada, instrumento registrado para a avaliação da usabilidade de um uma enorme variedade de produtos e interfaces de usuário. O principal valor do SUS é que ele fornece uma pontuação de referência única para a visão dos participantes sobre a usabilidade de um produto ou serviço (MARTINS *et al.*, 2015, p. 293).

Vale ressaltar ainda que “os dados e pontuações do SUS podem ser analisados para fornecer potencialmente várias medidas de usabilidade percebida.” (PERES *et al.*, 2013, p. 193). Com isso, para a validação desta pesquisa utilizou-se o SUS com o público-alvo (gestores; atendentes e profissionais da saúde da Rede prestadora credenciada a Unimed Sobral) através das entrevistas, enviadas por e-mail com o link do *Google Forms*; o TCLE (APÊNDICE B) e o anexo da última versão do “Manual em gestão da qualidade para rede prestadora de saúde suplementar” em pdf.

Tendo em vista o curto prazo destinado para aplicação da usabilidade do produto apenas 5 (cinco) pessoas responderam as 10 (dez) questões pertencentes ao SUS, que foram graduadas em escala tipo *Likert*, com valores de 1 (um) a 5 (cinco), classificadas respectivamente como: “discordo totalmente”, “discordo”, “neutro”,

“concordo” e “concordo totalmente”. Apenas a última questão, incluída pelo pesquisador, foi dissertativa não obrigatória.

Para calcular o escore da pontuação total do SUS, o primeiro passo é somar o escore de cada item que contribui em uma escala de 1 a 5. Para os itens ímpares (1, 3, 5, 7 e 9) o escore individual é a nota recebida menos 1. Para os itens pares (2, 4, 6, 8 e 10) a contribuição é 5 menos a nota recebida. Multiplica-se a soma de todos os escores por 2,5 e só assim é obtido o valor total do SUS. Após a pontuação e o cálculo do escore, é possível fazer a classificação do sistema avaliado: <20,5 (pior imaginável); 21 a 38,5 (pobre); 39 a 52,5 (mediano); 53 a 73,5 (bom); 74 a 85,5 (excelente); e 86 a 100 (melhor imaginável) (BANGOR; KORTUM; MILLER, 2009).

Conforme tabela 8 obtiveram-se os resultados das respostas do público-alvo de cada questão (utilizou-se a abreviação PA1 para se referir a público-alvo e quantidade).

Tabela 9 - Respostas do público-alvo

QUESTÕES	PA1	PA2	PA3	PA4	PA5
5.4.1.1 Eu acho que gostaria de usar este Manual frequentemente	4	4	4	4	5
5.4.1.2 Eu achei o Manual desnecessariamente complexo.	3	2	2	2	1
5.4.1.3 Eu achei o Manual fácil de usar.	4	4	4	4	5
5.4.1.4 Acho que necessitaria de ajuda de um profissional técnico para conseguir utilizar este Manual.	2	2	2	2	1
5.4.1.5 Considerarei que as várias funcionalidades deste manual estavam bem integradas.	4	4	4	4	5
5.4.1.6 Achei que este manual tinha muitas inconsistências.	2	2	2	2	2
5.4.1.7 Eu imaginaria que a maioria das pessoas aprenderiam a usar este manual rapidamente.	4	4	3	3	4
5.4.1.8 Considerarei o manual muito complicado de utilizar.	2	2	2	2	2
5.4.1.9 Senti-me muito confiante ao utilizar este manual.	4	4	4	4	4
5.4.1.10 Tive que aprender muito antes de conseguir lidar com este manual.	2	2	2	2	2

Nota: Valoração dos itens: 1 - discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – neutro; 4 – concordo e 5 - concordo totalmente.

Fonte: Andrade *et al.* (2019).

Os dados obtidos acima com base na aplicação do questionário SUS foram compilados e calculados conforme tabela 8 chegando aos valores e classificação da tabela 9.

Tabela 10 - Fórmula de cálculo do SUS

Público-alvo	Formula de calculo	Classificação
PA1	Questões ímpares: $(4-1)+(4-1)+(4-1)+(4-1)+(4-1)=18$ Questões pares: $(5-3)+(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)=17$	Melhor imaginável

	Expressão: soma das questões $x2,5= 35x2,5= 92,5$	
PA2	Questões ímpares: $(4-1)+(4-1)+(4-1)+(4-1)+(4-1)=18$ Questões pares: $(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)=15$ Expressão: soma das questões $x2,5=33x2,5=82,5$	Excelente
PA3	Questões ímpares: $(4-1)+(4-1)+(3-1)+(4-1)+(4-1)=17$ Questões pares: $(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)=15$ Expressão: soma das questões $x2,5=32x2,5=80$	Excelente
PA4	Questões ímpares: $(4-1)+(4-1)+(3-1)+(4-1)+(4-1)=17$ Questões pares: $(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)+(5-2)=15$ Expressão: soma das questões $x2,5=32x2,5=80$	Excelente
PA5	Questões ímpares: $(5-1)+(5-1)+(5-1)+(4-1)+(4-1)=18$ Questões pares: $(5-1)+(5-1)+(5-2)+(5-2)+(5-2)=17$ Expressão: soma das questões $x2,5=35x2,5=92,5$	Melhor imaginável
Valor geral: 83,5		Excelente

Fonte: Andrade et al. (2019).

O instrumento SUS aplicado, foi eficiente para avaliar a usabilidade através da percepção do público-alvo, sendo classificado no geral como excelente (pontuação 83,5). Vale ressaltar também que com base nas respostas do “PA1” e “PA2”, o manual foi avaliado “melhor imaginável” com pontuação 92,5 considerada a maior nota.

Foi adicionada também ao final do instrumento uma questão aberta, na qual o participante poderia incluir observações ou sugestões sobre o manual. Apesar de não pertencer à estrutura original, optou-se pela utilização desse item, porém, não foram sugeridas nenhuma modificação, apenas expressões positivas como “Excelente manual” e “Muito boa a iniciativa”.

Diante disso, o processo de validação da usabilidade do manual, apesar das poucas avaliações foram bastante positivas, e sua aplicação será acompanhada por um período de 5 anos. E que poderá sofrer revisões de acordo com a necessidade do público – alvo, após acompanhamento periódico da Operadora Unimed Sobral (mínimo anual e no máximo bienal).

6 CONSIDERAÇÕES

Um serviço de saúde que tem como premissa trabalhar com foco no bem-estar e na satisfação do paciente através das melhorias constantes de seus processos e engajamento de seus colaboradores e alta gestão valorizam e entendem que apesar de ser desafiador o caminho é a implementação de práticas de gestão da qualidade.

Tendo em vista isso, o desenvolvimento do presente manual atinge seus objetivos, tendo seu problema resolvido, apesar da revisão na literatura através dos artigos subsidiarem um olhar ainda não muito formado sobre a gestão da qualidade na saúde precisando de uma base e adequações para promover maior efetividade nas práticas nos serviços de saúde, e não somente no âmbito hospitalar, mas também em clínicas e laboratórios, conseguiu-se formular o questionário para mapear junto ao público-alvo os processos de gestão da qualidade.

Outro fator relevante que fez com que o objetivo tenha sido atingido, foi a percepção que ficou sobre o pouco poder de argumentação em algumas respostas das entrevistas no que compete aos processos de qualificações e programas da ANS voltado a rede prestadora, reforçando que precisa explicar mais sobre o assunto, e impulsionando o papel da Operadora como principal agente responsável por essa disseminação. E caso isso tudo venha acontecer, os mais favorecidos serão os clientes da Operadora, que passarão a sentir através da melhoria no atendimento prestado.

Aponta-se como uma limitação da pesquisa, ter sido realizada em meio a uma Pandemia de COVID-19, pois se pensou para o desenvolvimento desse estudo, em sua etapa de projeto, a realização de encontros presenciais através de oficinas com gestores e profissionais da rede prestadora (hospital; consultoria e laboratórios), mas que acabou sendo inviável, e realizada de forma virtual com o envio das entrevistas.

Considerando as respostas dessas entrevistas foi realizada a construção e validação do manual junto aos juízes especialistas e logo depois de validada com o público-alvo a sua usabilidade, ter resultados positivos e satisfatórios, com poucos ajustes e modificações, reforça o impacto que o mesmo apresenta a sociedade e o quanto ele poderá servir para o alcance da qualificação e quem sabe resulte em futuras instituições acreditadas.

Pensando nessa perspectiva, o estudo permite delinear ainda sobre a necessidade de que poderia ser mais rica essa validação caso tivesse sido enviado para outras redes prestadoras credenciadas ao Sistema Unimed, de modo a opinar e avaliar

em sua totalidade sobre o manual. Com isso, sugere-se que em um momento oportuno o estudo seja encaminhado para validação de outras Unimeds.

Espera-se assim que este produto tenha sido compreendido de fato, e passe a ser utilizado na rotina de trabalho da rede prestadora, e refletida na prestação de serviço aos pacientes através do sentimento de estar proporcionando mais qualidade no atendimento e melhorias nos processos de gestão da instituição.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Eduardo Barros. **Acreditação Hospitalar e Qualidade: Entendendo como ocorre sua implantação e a participação dos profissionais no processo.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 11, Vol. 02, pp. 34-53 novembro de 2018. ISSN:2448-0959.

BARBOSA, OLIVEIRA L., MANSOUR N.S. **Projeto de implantação da gestão da qualidade com base na norma PALC e metodologia ONA em um laboratório de análises clínicas.** Aprovado em 2018. DOI: 10.21877/2448-3877.201800701.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2016.

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. DE A., & MACEDO, M. (2011). **O Método Da Revisão Integrativa Nos Estudos Organizacionais.** Gestão e Sociedade, 5(11), 121. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cadastro de Operadoras/ANS/MS e Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS.** Brasília: ANS, 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 4 set. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN Nº 452, de 9 de março de 2020. **Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2NA==>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 305, de 09 de outubro de 2012. **Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde.** Rio de Janeiro: ANS 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl2OA>. Acesso em: 30 out. 2021.

CALDANA G. et al. **Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: revisão integrativa.** Rev baiana enferm. 2018;32:e22292.

CASTRO, ELIZA ANTUNES, SELOW M.L. **Gestão Da Qualidade Na Saúde Suplementar.** Vitrine Prod. Acad., Curitiba, v.4 n.1, p.29-38, jan/jun. 2016. 37.

DAL SASSO MA. Et. Al. **Implementação De Um Painel De Indicadores On-Line Para Segurança Do Paciente.** Rev Bras Promoç Saúde. 2019;32:9788.

DOAK CC, DOAK LG, ROOT JH. **Teaching patients with low literacy skills.** 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996. 212 p.

FASSARELLA, CINTIA SILVA et al. **Indicador organizacional da cultura de segurança em um hospital universitário [Organizational indicator of safety culture in a university hospital] [Indicador organizacional de la cultura de seguridad en un hospital universitario].** Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 27, p. e34073, jun. 2019.

ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemueroj/article/view/34073>. Acesso em: 07 dez. 2020.

GAMARRA, T. P. N. **Auditoria na Saúde Suplementar: Uma Revisão Integrativa**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 221-237, sep. 2018. ISSN 2316-3712. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/377>. Acesso em: 07 dez. 2020.

JASPER, M.A. **Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing**. J. Adv. Nurs., v.20, n.4, p.769-776, 1994.

KERN A.E, FELDMAN L.B, D'INNOCENZO M. **[Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público]**. Rev Paul Enferm [Internet]. 2018;29(1-2-3):127-35.

LEITE, S. S. et al. **Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1635-1641, abr. 2018.

MARTINS, ANA ISABEL, et al. **Validação da escala de usabilidade do sistema (SUS) para português europeu**. Volume 67 , 2015, páginas 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.09.273>.

NOVAES, H.M.: **Garantia de qualidade em Hospitais da América Latina e do Caribe**. EM: Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe. Organização Pan-americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde - Federação LatinoAmericana de Hospitais. Ed. Federação Brasileira de Hospitais, Série SILOS nº13, Brasília, 1992.

OLIVEIRA MC, LUCENA AF, ECHER IC. **Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(6):1597-603, jun., 2014.

OLIVEIRA, D. F., KORNIS G. E. M. **A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [2]: 207-231, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. **Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade**. Esc Anna Nery 2016;20(1):63-69.

PADRINI-ANDRADE L. et al. **Avaliação da usabilidade de um sistema de informação em saúde neonatal segundo a percepção do usuário**. Rev. paul. pediatr. 37 (1) • Jan-Mar 2019. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;1;00019>.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, ago. 2016.

PASQUALI, L. (2010). **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

PEREIRA G. S., PEREIRA S. S. **A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar**. (2015). Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015.

PEREIRA, LILIAN RODRIGUES et al. **Avaliação De Procedimentos Operacionais Padrão Implantados Em Um Serviço De Saúde**. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 47-51, dez. 2017. ISSN 2318-3691. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/840>. Acesso em: 07 dez. 2020.

POLIT, D. F., BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

RAFAEL D. N., AQUINO S. **Processo de acreditação ONA: desafios para gestores de qualidade em serviços de apoio às Organizações de Saúde**. Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 327-341, set./dez. 2019.

SANTOS H.B. **Indicadores De Avaliação Da Qualidade Hospitalar E De Satisfação Do Usuário**. Revista baiana de saúde pública. v. 40, supl. 1, p. 98-108 jan./mar. 2016.

SANTOS V.L.P, LUEDYC M.A., SATO A.T, SILVA T.G.T.R. **Política De Qualidade, Acreditação E Segurança Do Paciente Em Debate**. Revista baiana de saúde pública. v. 40, supl. 1, p. 232-249 jan./mar. 2016.

SIMAN A. G., CUNHA S. G. S., AMARO M. O. F, et al. **Implicações da acreditação para a gestão do serviço hospitalar**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2017;7:e1480. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1480>.

SIMAN, AG, CUNHA, SG, MARTINS, ES, & BRITO, MJ. **Estratégia Do Trabalho Gerencial Para Alcance Da Acreditação Hospitalar** (2015). Rev Min Enferm. 2015 o DOI: 10.5935/1415-2762.20150063 ut/dez; 19(4): 815-822.

TERRA J.D. R., BERSANETI F.T. **Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde**. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;41(1):11-17.

ZIROLDO, R.R., GIMENES, R. O. & CASTELO, C., JR. (2013). **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil**. O Mundo da Saúde, São Paulo, 37 (2), 216-221.

APÊNDICES A - CARTA – CONVITE

Prezado (a) _____.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa, na condição de discente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE, a qual possui como objetivo geral: “Desenvolver um manual em gestão da qualidade voltado a rede prestadora de operadoras de saúde no intuito de auxiliar nos processos de gestão como estratégias para incentivar sua qualificação”.

Dessa forma, gostaria que através desse questionário e tendo em vista o reconhecimento de sua experiência profissional, emitisse seu julgamento sobre o conteúdo/aparência do referido Manual.

Desde já, agradeço sua atenção. Estou certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se faça necessária.

Obs: Solicito que caso aceite participar da pesquisa como juiz de conteúdo/aparência, informo que estarei enviando por e-mail o material para validação.

Atenciosamente,

Francisca Manuela de Arruda
Mestranda em Gestão da Saúde – UECE
Contato: manuelaarruda90@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da Pesquisa “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EM GESTÃO DA QUALIDADE PARA REDE PRESTADORA DE OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR” coordenada pelas Pesquisadoras Francisca Manuela de Arruda (UECE) e Cora Franklina do Carmo Furtado (UECE) e que tem o objetivo de desenvolver um manual em gestão da qualidade voltado aos gestores da rede prestadora da operadora de saúde.

O interesse para a realização desta pesquisa é reforçado pela a importância e necessidade da criação de um manual educativo que traga orientações estratégicas de gestão da qualidade para auxiliar a rede prestadora da Operadora de saúde suplementar da Unimed, na qualificação constante de seus processos e consequentemente intensificar as adesões das mesmas no que diz respeito às creditações e certificações existentes, trazendo assim as melhorias para ambas as partes envolvidas.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, pois será realizada de modo virtual, sem nenhum procedimento invasivo, com o comprometimento em manter a confidencialidade dos dados fornecidos. Entretanto, em função da vulnerabilidade do ambiente virtual, como risco, existem limitações de assegurar a não violação das informações. Além disso, outro risco é a possibilidade de desconforto ao responder alguma das perguntas do questionário.

Você não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração por participar desse estudo. E tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar, sem que isto lhe traga alguma penalidade ou prejuízo.

Reforço que garantimos sigilo de todas as informações que forem obtidas e seu nome e nem sua identidade não serão revelados, nem mesmo quando os resultados forem apresentados. Comprometendo-nos a utilizar os dados coletados somente para essa pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Ao aceitar este Termo de Consentimento Livre Esclarecido você será incluída na pesquisa.

É importante que você salve/armazene uma cópia deste documento eletrônico para posterior verificação, caso julgue necessário. Para isto basta acessar o link:

<https://drive.google.com/file/d/1FYQ4mLb3dj666XKPkXLMR4U21KrWZ3Vv/view?usp=sharing>

Dúvidas/observações entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora responsável: Francisca Manuela de Arruda - Telefone para contato: (88) 99939-6938.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento também pelo Tel./Fax: (085)3101.9890 e e-mail cep@uece.br. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campos do Itaperi, bairro Serrinha. CEP: 60714-903, Fortaleza- CE.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA DO PÚBLICO-ALVO

Questionário

Descrição (opcional)

☰

Marque qual tipo de Rede Prestadora esta inserido(a): *

- Clínica/Consultório
- Laboratório
- Hospital

Marque qual sua função na instituição de saúde: *

- Atendente
- Gestor e/ou Responsável
- Profissional da Saúde

1. Qual sua opinião sobre qualidade? *

Texto de resposta longa

2. Qual a primeira palavra que lhe vem à mente quando escuta falar de: AUDITORIA *

Texto de resposta longa

2.1. Qual a primeira palavra que lhe vem à mente quando escuta falar de: ACREDITAÇÃO *

Texto de resposta longa

2.2. Qual a primeira palavra que lhe vem à mente quando escuta falar de: SEGURANÇA DO PACIENTE *

Texto de resposta longa

3. Participar do QUALISS é(Complete a frase) *

Texto de resposta longa

4. A instituição de saúde em que trabalho passou por auditoria externa e conseguimos receber um selo de Acreditação. Isso tudo foi fruto de..... (Agora complete a história) *

Texto de resposta longa

5. Se imagine no lugar do interlocutor e complete o balão. *



Fonte imagem: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/310f0a460507f.pdf>

Texto de resposta longa

APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA



www.unimedsobral.com.br
Av. Dom José Tupinambá da Foz, 1961
CEP: 62010-290 - Centro - Sobral
T: (84) 3677-3500



somos coop

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que **UNIMED DE SOBRAL - Sociedade Cooperativa Médica Ltda** (CNPJ: 07.649.106/0001-60) está de acordo com a execução do projeto intitulado "Construção e Validação de um Manual em Gestão da Qualidade para Rede Prestadora de Operadora de Saúde Suplementar", a ser realizado por Francisca Manuela de Aruda, sob orientação da Prof. Dra. Cora Franklin do Carmo Furtado, vinculado ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), cujo objetivo é desenvolver um manual em gestão da qualidade voltado aos gestores da Rede Prestadora da Operadora de saúde Unimed Sobral no intuito de auxiliar nos processos de auditorias como estratégias para incentivar sua qualificação, no período de Março a Julho de 2021, após aprovação do referido Comitê de Ética em Pesquisa.

Sobral, 05 de março de 2021.


Francisco Carlos Nogueira Arcaño
Diretor Presidente da Unimed de Sobral

 Membro da ANS/04
Cooperativa Intercooperadas

"Cooperativismo: caminho para a democratização e o por-
futura dos negócios"

ANS - nº 303178

**MANUAL EM
GESTÃO DA QUALIDADE
PARA REDE PRESTADORA DA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA (2021)





Ficha técnica

1ª edição 2021

Autora:
Francisca Manuela de Arruda

Orientadora:
Dra. Cora Franklina do Carmo Furtado

Colaboração e Apoio:
UNIMED SOBRAL
Sociedade Cooperativa Médica LTDA.
CNPJ: 07.649.106/0001-60



Índices de Abreviaturas e Siglas

- AMA** – Agência Municipal do Meio Ambiente
- ANS** – Agência Nacional Saúde Suplementar
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ASO** – Atestado de Saúde Ocupacional
- CLPCB** – Certificado de Licença Prévia do Corpo de Bombeiros
- CNES** – Cadastro Nacional Estabelecimento Saúde
- CNPJ** – Cadastro no Estabelecimento
- CONAMA** – Conselho Nacional do Meio Ambiente
- CPF** – Cadastro de Pessoa Física
- INMETRO** – Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
- JUCEC** – Junta Comercial do Ceará
- MEPGES** – Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará
- NOTIVISA** – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
- NPS** – Núcleo de Segurança do Paciente
- NR** – Norma Reguladora
- ONA** – Organização Nacional de Acreditação
- PCMSO** – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
- PGRSS** – Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
- PMOC** – Programa de Manutenção e Operação Controle de Ar Condicionado
- POP** – Procedimento Operacional Padrão
- PPRA** – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
- QUALISS** – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- RN** – Resolução Normativa
- SNGPC** – Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados



Índices de Imagens

Imagem 1.	Fluxo do CNES.....	17
Imagem 2.	Fluxo Dupla Gestão do CNES.....	18
Imagem 3.	Fluxo QUALISS.....	36
Imagem 4.	Fluxo participação no QUALISS.....	37

Índices de Figuras

Figura 1.	Estrutura do Mapa de processo.....	20
Figura 2.	Fluxograma de um processo.....	21
Figura 3.	Modelo de Procedimento Operacional Padrão (POP).....	22



Sumário

1 – APRESENTAÇÃO	6
2 – GESTÃO DE DOCUMENTOS	7
2.1. Contrato Social	7
2.2. Cadastro no Estabelecimento (CNPJ)	8
2.3. Alvará sanitário	9
2.4. Alvará de funcionamento	10
2.5. Licença do corpo de bombeiro	12
2.6. Licença ambiental	14
2.7. Cadastro Nacional Estabelecimento Saúde (CNES)	17
2.8. Cadastro no NOTIVISA	19
3 – GESTÃO DE PROCESSOS	20
3.1. Mapeamento de processos	20
3.2. Descrição de Fluxogramas	21
3.2. Descrição de Procedimentos Operacionais Padrão	21
3.3. Regimento interno	22
3.3. Código de conduta	23
3.4. Controle de acesso e mecanismo de identificação dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes	24
3.5. Programa de treinamento introdutório e educação continuada de trabalhadores	24
4 – GESTÃO DE SEGURANÇA	25
4.1. Programa de Manutenção e Operação Controle de Ar Condicionado – PMOC	25
4.2. Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS	25
4.3. Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO	26
4.4. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA	28
4.5. Programa vacinal dos colaboradores	29
4.6. Controle de pragas	30
4.7. Núcleo de Segurança do Paciente	31
5 – GESTÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE INTERNO E EXTERNO	32
5.1. Aplicação de Pesquisa de satisfação	32
5.2. Tratamento de manifestações dos pacientes	33
5.3. Consentimento Informado ao Paciente	33
6 – INFORMAÇÕES SOBRE O QUALISS (RN 405)	34
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7 – REFERÊNCIAS	36



1 – Apresentação

Este presente conteúdo tem o propósito de auxiliar a rede prestadora da Operadora Unimed Sobral na melhoria contínua de seus processos por meio da orientação de boas práticas em gestão, de modo a incentivá-la também a sua qualificação, inclusive com base no QUALISS (Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar) da ANS, gerando assim impactos positivos para toda a instituição.

Vale ressaltar também que este manual foi criado como produto da dissertação intitulada: “Construção e Validação de um Manual em Gestão e a Qualidade Para Rede Prestadora De Operadora De Saúde Suplementar”, que será levada a banca examinadora, do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – MEPGES – UECE.

2 – GESTÃO DE DOCUMENTOS

Os documentos têm sua importância e carecem de organização e gestão, de forma a garantir o acesso e recuperação das atividades efetuadas na rotina de cada empresa. Essa Gestão Documental pode ser compreendida também como um conjunto de práticas que adotam métodos específicos para formalizar os fluxos documentais e informacionais em uma organização, desde a criação do mesmo, as revisões de suas validades e até seu processo final (TEIXEIRA; AGANETTE; ALMEIDA, 2016).

2.1. Contrato Social

Conforme o Artigo 997 do Código Civil a sociedade constitui-se mediante contrato social escrito, particular ou público, que, além de cláusulas estipuladas pelas partes, mencionará:

- I - nome, nacionalidade, estado civil, profissão e residência dos sócios, se pessoas naturais, e a firma ou a denominação, nacionalidade e sede dos sócios, se jurídicas;***
- II - denominação, objeto, sede e prazo da sociedade;***
- III - capital da sociedade, expresso em moeda corrente, podendo compreender qualquer espécie de bens, suscetíveis de avaliação pecuniária;***
- IV - a quota de cada sócio no capital social, e o modo de realizá-la;***
- V - as prestações a que se obriga o sócio, cuja contribuição consista em serviços;***
- VI - as pessoas naturais incumbidas da administração da sociedade, e seus poderes e atribuições;***
- VII - a participação de cada sócio nos lucros e nas perdas;***
- VIII - se os sócios respondem, ou não, subsidiariamente, pelas obrigações sociais.***

Vale ressaltar que o registro do contrato social é feito na Junta Comercial do Estado ou em Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, de acordo com o tipo de sociedade ao qual está inserido.

O documento deve conter todos os dados da empresa, como sua razão social, local da sede e todas as informações dos sócios, resumidamente é como um registro de nascimento da empresa.

2.2. Cadastro no Estabelecimento (CNPJ)

O CNPJ é o Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas administrado pela Receita Federal. Este cadastro armazena as informações cadastrais das entidades de interesse das administrações tributárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Os procedimentos necessários para solicitar o cadastro conforme a **Receita Federal são:**

- 1.** Gerar o Documento Básico de Entrada (DBE);
- 2.** Apresentar documentação no Órgão de Registro (Documento Básico de Entrada (DBE) ou Protocolo de Transmissão da Ficha Cadastral da Pessoa Jurídica (FCPJ); Ato constitutivo ou alterador (ata, estatuto, contrato social...); Documento de identificação oficial do responsável; outros documentos podem ser necessários de acordo com a localidade) na Junta Comercial ou Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
- 3.** Abrir o processo digital no Portal e-CAC (Esta e as demais etapas seguintes só são necessárias se o DBE for destinado à Receita Federal); acessar o sistema de processos digitais; e selecionar a área cadastro;
- 4.** Solicitar a juntada de documentos (Documento Básico de Entrada - DBE) ou Protocolo de Transmissão da Ficha Cadastral da Pessoa Jurídica (FCPJ); Ato constitutivo ou alterador registrado no órgão competente (ata, estatuto, contrato social...); Documento de identificação oficial do representante legal);
- 5.** Acompanhar o andamento do processo através do Portal e-CAC (ou outros meios disponíveis);
- 6.** Obter o resultado (A informação do resultado será juntada ao seu processo digital. Clique na opção de Meus Processos e consulte os documentos do processo para saber se o seu pedido foi aprovado. Em algumas situações o processo é arquivado após a decisão. Neste caso, você encontrará o processo na aba Inativos.

Em caso de deferimento (aprovação), emita o Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral para confirmar a inscrição/alteração no CNPJ).

2.3. Alvará sanitário

O Licenciamento Sanitário, conforme RDC 207/2018, é o “ato legal que permite o funcionamento de estabelecimentos, constatada sua conformidade com requisitos legais e regulamentares”, sendo o Alvará Sanitário, conforme Lei 13.317/1999 “o documento expedido por intermédio de ato administrativo privativo do órgão sanitário competente, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário”.

Para sua emissão junto ao órgão municipal os documentos são:

- 1. Comprovante do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ, quando pessoa jurídica; ou cópia comum do Registro Geral – RG e do Cadastro de Pessoa Física – CPF, se pessoa física;**
- 2. Consulta de viabilidade locacional (Solicitação feita no site da Junta Comercial do Ceará – JUCEC ou pela Plataforma Simplifica Sobral);**
- 3. RG e CPF do Responsável Legal**
- 4. Contrato Social ou Requerimento de Empresário ou ATA de constituição registrado na Junta Comercial – JUCEC e suas alterações se houver.**
- 5. Certidão de Regularidade Técnica da Empresa e/ou Cédula de Identidade Profissional do Responsável Técnico;**
- 6. Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros;**
- 7. Certificado de Dedetização;**
- 8. Certificado de Limpeza dos Reservatórios de Água e/ou Análise Laboratorial da Potabilidade da Água;**
- 9. Manual de Boas Práticas;**
- 10. Procedimento Operacional Padrão – POP;**
- 11. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);**
- 12. Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS);**
- 13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;**
- 14. Certificado de Autorização de Funcionamento – AFE;**
- 15. Escrituração digital do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), para farmácias que comercializam medicamentos Portaria SVS N° 344/98.**



Observação: As informações acima citadas se referem ao órgão municipal da cidade de Sobral/CE, podendo ocorrer variação dos documentos e valores cobrados de acordo com cada município.

2.4. Alvará de Funcionamento

O Alvará de Funcionamento regula o funcionamento da empresa, como o nome já diz, sendo um documento fundamental para qualquer negócio.

Vale ressaltar que existe algumas especificação para cada tipo de empreendimento ao emitir o alvará pois considera-se o nível de risco: O Alvará de Funcionamento Regular destina-se a formalizar empreendimento considerado de alto risco; e o Alvará de Funcionamento Simplificado destina-se a formalizar empreendimento considerado de médio risco/baixo risco "B", ambos conforme disposições da Lei Federal nº 13.874, conforme disposições da Lei Federal nº 13.874, Resolução do CGSIM nº 51 de 11 de junho de 2019 e Decreto Municipal de Sobral/CE nº 2314 de 10 de dezembro de 2019.

Relação de documentos solicitados (Regular):

1. Documento de propriedade do imóvel ou documento que autorize a utilização do imóvel para finalidade requerida;
2. Consulta de Viabilidade Locacional (Solicitação realizada através do site da Junta Comercial do Ceará – JUCEC ou pela Plataforma Simplifica Sobral);
3. Comprovante do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ, quando pessoa jurídica; ou cópia comum do Registro Geral – RG e do Cadastro de Pessoa Física – CPF, se pessoa física;
4. Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros;
5. Alvará Sanitário ou Isenção do Alvará Sanitário;
6. Licença de Operação Ambiental ou Declaração de Isenção;
7. Habite-se da edificação.

Relação de Documentos Solicitados (Simplificado):

1. Número da Consulta de Viabilidade Locacional (Solicitação realizada através do site da Junta Comercial do Ceará–JUCEC ou pela Plataforma Simplifica Sobral);
2. Comprovante do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica–CNPJ, quando pessoa jurídica; ou cópia comum do Registro Geral –RG e do Cadastro de Pessoa Física;
3. Documento de propriedade do imóvel ou documento que autorize a utilização do imóvel para finalidade requerida física – CPF, se pessoa física;
4. Termo de Ciência e Responsabilidade – TCR quanto à ciência das obrigações assumidas.

ATENÇÃO: O imóvel a ser utilizado pelo estabelecimento deverá dispor de regularidade tributária perante a secretaria responsável pela arrecadação municipal, portanto, para emissão do Alvará será consultado tal regularidade, sendo identificadas pendências, a emissão do Alvará ficará suspensa.

Quando Solicitar o Alvará de Funcionamento Regular/Simplificado – Primeiro Alvará e Alteração?

O pedido do primeiro Alvará deverá ser requerido por empreendimentos que estiverem iniciando as suas atividades no município. A solicitação da alteração do Alvará deverá ocorrer quando o empreendimento tenha passado por alteração da área de funcionamento, endereço do estabelecimento, razão social e atividades econômicas.



Observação: As informações acima citadas se referem ao órgão municipal da cidade de Sobral/CE, podendo ocorrer variação dos documentos e valores cobrados de acordo com cada município.

2.5. Licença do Corpo de Bombeiro

O Certificado de Licença Prévia do Corpo de Bombeiros (CLPCB): é o documento emitido pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE) certificando que a edificação foi enquadrada com sendo atividade econômica de baixo risco à vida ou ao patrimônio e concluiu com êxito o processo de segurança contra incêndio para regularização junto ao Corpo de Bombeiros. Esta análise e entrega das documentações é feita de acordo com a área total construída conforme as especificações abaixo:

Edificações com área total construída inferior a 750,00 m² e/ou até 3 (três) pavimentos os documentos são:



1. CNPJ padrão;
2. Notas fiscais de compra ou recarga dos extintores (original ou cópia). As notas fiscais de recarga e/ou manutenção de extintores deverão se emitidas por empresas que possuam a conformidade do INMETRO publicada aqui.
3. Comprovante de área construída/edificada (certidão negativa da prefeitura, IPTU ou ART/RRT que comprove a mesma);
4. DAE (Documento de Arrecadação Estadual) de acordo com o valor da área total construída juntamente com o comprovante de pagamento (emitir taxa de vistoria);
5. Em caso de a edificação possuir central de gás faz-se necessária a apresentação do Laudo de Estanqueidade e da ART/RRT;
6. Em caso de edificação que se utilize de grupo moto-gerador para a alimentação do sistema elétrico o mesmo deverá apresentar o **TERMO DE ABRANGÊNCIA DO GRUPO MOTO-GERADOR** (conforme modelo existente na NT 001).

ATENÇÃO: Conforme NT 001, toda e qualquer edificação, independente da área total construída, destinada a reunião de público com mais de 100 (cem) pessoas, venda e depósito de explosivos, portos, casas de fogos, eventos temporários, indústrias, teatros, cinemas, hotéis e construções temporárias em locais de difícil evacuação devem apresentar as medidas de segurança contra incêndio e pânico por meio de PROJETO, ou seja, não é possível a realização da vistoria sem a prévia aprovação deste.

**Se for MEI (microempreendedor individual) é necessário apresentar o Certificado de Microempreendedor Individual.*

**Caso o imóvel faça parte de uma edificação maior (shopping, edifício, etc) deverá apresentar o Certificado de Conformidade do mesmo.*

Edificações com área total construída superior a 750,00 m² e/ou mais que 03 (três) pavimentos e edificações de reunião de público superior a 100 (cem) pessoas, as documentações são:



1. CNPJ padrão;
2. Notas fiscais de compra ou recarga dos extintores (original ou cópia). As notas fiscais de recarga e/ou manutenção de extintores deverão ser emitidas por empresas que possuam a conformidade do INMETRO publicada AQUÍ.
3. Comprovante de área construída/edificada (certidão negativa da prefeitura, IPTU ou ART/RRT que comprove a mesma);
4. Cópia do Projeto de Segurança contra Incêndio e Pânico (PSIP) aprovado pelo CBMCE (plantas, memoriais e certificado de aprovação de projeto);
5. Ficha de Assessor Técnico encontrada na área de Formulários de Documentos (sendo opcional para edificações residenciais multifamiliares);
6. Relação da Brigada de Incêndio contendo nome completo e CPF dos brigadistas;
7. Laudo do Teste de Estanqueidade da central de gás (GLP e GN) com respectiva ART/RRT*;
8. Laudo do Teste de Resistividade do Sistema de proteção contra descargas atmosféricas (SPDA) com respectiva ART/RRT*;
9. Comprovante de Pagamento da taxa de vistoria de acordo com o valor da área total construída (sendo que as edificações classificadas como residencial estão isentas da Taxa de Vistoria Técnica em edificações a partir da segunda vistoria, conforme a Lei 15.838/2015).
10. Em caso de edificação que se utilize de grupo moto-gerador para a alimentação do sistema elétrico o mesmo deverá apresentar o TERMO DE ABRANGÊNCIA DO GRUPO MOTO-GERADOR (conforme modelo existente na NT 001).

Os laudos referentes aos itens 7 e 8 serão apresentados a cada vistoria e terão validade conforme determinado no mesmo, sendo limitada a 5 anos.



Observação: As informações acima citadas se referem ao órgão estadual do Ceará, podendo ocorrer variação dos documentos e valores cobrados de acordo com cada estado.

2.5. Licença Ambiental

Conforme a lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981, em seu Art 2º - A Política Nacional do Meio Ambiente tem por objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no País, condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança e em seu inciso VI - Órgãos Locais (municipais) são responsáveis pelo controle e fiscalização dessas atividades, nas suas respectivas jurisdições.

Documentos solicitados pelo AMA – Agência Municipal do Meio Ambiente (Nos casos de declaração de isenção):

1. Requerimento padrão preenchido, devendo esse documento ser assinado pelo representante legal do empreendimento, conforme contrato ou estatuto social, ou quem o represente como procurador, mediante apresentação de instrumento procuratório acompanhado do registro geral (RG) ou documento equivalente do outorgante e do outorgado;
2. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Registro Geral (RG), sendo que estes dois últimos documentos só serão aceitos quando a atividade a ser licenciada não for exclusiva de empresário individual ou sociedade empresária, consoante a lei civil;
3. Cópia do contrato social ou estatuto social e seus respectivos aditivos, todos devidamente registrados na junta comercial. Quando tratar-se de ente público, esse documento será substituído pela lei de criação e decreto ou portaria de nomeação do representante legal;
4. Matrícula do imóvel atualizada (emitida em até noventa dias) ou outro(s) documento(s) que comprove(m) a justa posse/propriedade onde pretende estabelecer a atividade, obra ou empreendimento;

5. Planta de situação (no caso de empreendimentos com até 750 m²), com assinatura de técnico responsável, em 02 (duas) vias, sendo 01 (uma) impressa e 01 (uma) digital contendo o desenho da poligonal do imóvel e a localização do empreendimento;

6. Memorial Descritivo com informações detalhadas do empreendimento, (impresso e via digital - CD): descrever o empreendimento proposto, relação das atividades principais e secundárias a serem desenvolvidas no local, forma de armazenamento e destino dos resíduos sólidos, relação dos equipamentos utilizados, estimativa de funcionários; hidrossanitário: alimentação de água fria (poço ou rede pública), destino dos efluentes (águas servidas e sistema de esgotamento sanitário), entre outras informações que possam consubstanciar o documento;

7. Comprovante de pagamento dos custos de análise.

Obs.: Após a vistoria no local e se necessário for, o corpo técnico poderá solicitar documentação extra para apensamento do processo.

Nos casos de licença de operação-regularização:

1. Requerimento padrão preenchido, devendo esse documento ser impresso e assinado pelo representante legal do empreendimento, conforme contrato ou estatuto social, ou quem o represente como procurador, mediante apresentação de instrumento procuratório acompanhado do registro geral ou documento equivalente;

2. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Registro Geral (RG) do responsável;

3. Matrícula do imóvel atualizada (emitida em até noventa dias) ou contrato de locação onde pretende estabelecer a atividade, obra ou empreendimento;

4. Cópia do contrato social ou estatuto social e seus respectivos aditivos, todos devidamente registrados na junta comercial. Quando tratar-se de ente público, esse documento será substituído pela lei de criação e decreto ou portaria de nomeação do representante legal;

5. Cópia da Outorga do uso da água, quando o empreendimento utilizar diretamente água bruta;

6. Planta baixa do empreendimento;

7. Memorial Descritivo com informações detalhadas do empreendimento, (impresso e via digital - CD): descrever o empreendimento proposto, relação das atividades principais e secundárias a serem desenvolvidas no local, forma de armazenamento e destino dos resíduos sólidos, relação dos equipamentos utilizados, estimativa de funcionários; hidrossanitário: alimentação de água fria (poço ou rede pública), destino dos efluentes (águas servidas e sistema de esgotamento sanitário), entre outras informações que possam consubstanciar o documento;

8. Cópia do Certificado do Corpo de Bombeiros;

9. Atestado da Vigilância Sanitária;

10. Cópia da publicação da licença em jornal de grande circulação, conforme modelo abaixo;

11. Comprovante de pagamento dos custos de análise.

ATENÇÃO: Após a vistoria no local e se necessário for, o corpo técnico poderá solicitar documentação extra para apensamento do processo.

Modelo da publicação no jornal 

Torna público que requereu à Agência Municipal do Meio Ambiente – AMA Licença de Operação - Regularização, referente às atividades de _____ Empreendimento situado na Rua _____, N° _____, Bairro/Distrito _____, no município de Sobral – CE.



Observação: As informações acima citadas se referem ao órgão municipal da cidade de Sobral/CE, podendo ocorrer variação dos documentos e valores cobrados de acordo com cada município.

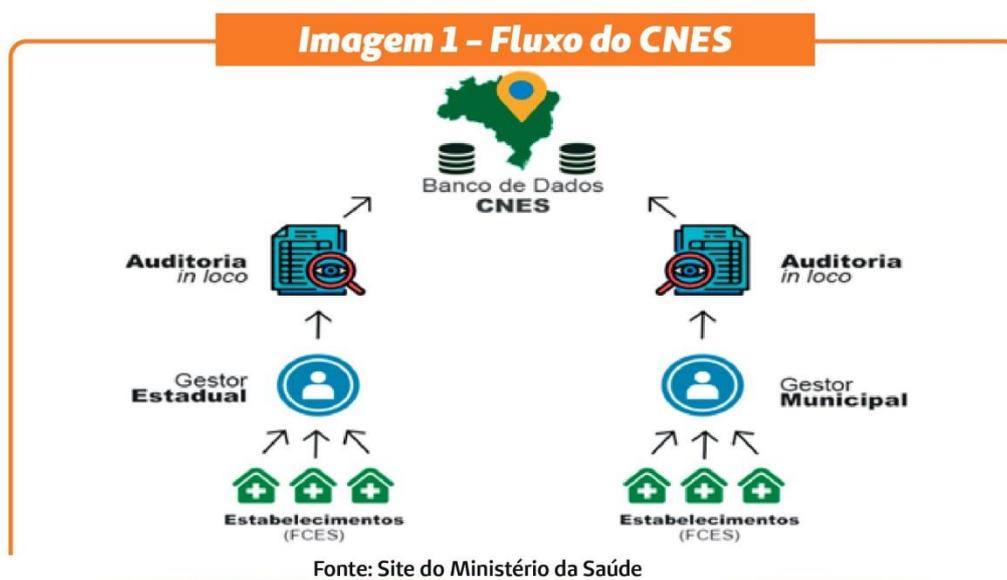
2.7. Cadastro Nacional Estabelecimento Saúde (CNES)

Conforme o Art. 359 da Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS/2017 o CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica, seja ela pública ou privada (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º).

A identificação dos estabelecimentos de saúde no CNES e de seus respectivos profissionais ocorre através de numerações que podem ser compreendidas por um código dado aos estabelecimentos de saúde em âmbito nacional com objetivo de identificar sua unicidade.

Fluxo do CNES:

O fluxo para o cadastro do estabelecimento de saúde é de gestão estadual ou municipal, o estabelecimento de saúde encaminha as fichas de cadastro de estabelecimento (FCES) ao seu respectivo gestor, e este realiza uma auditoria in loco, com o intuito de verificar a veracidade das informações encaminhadas. Após a auditoria, o gestor encaminha os dados para o Banco de Dados do CNES, conforme imagem abaixo:



A base nacional do CNES (DBCNES) é um banco de dados especificado em SGBD ORACLE, sob gestão do Ministério da Saúde, que recebe os dados cadastrais enviados pelos gestores estaduais e municipais.

Fluxo Dupla Gestão:

O estabelecimento de saúde encaminha as FCES ao gestor municipal, e este realiza uma auditoria in loco, com o intuito de verificar a veracidade das informações encaminhadas, após a verificação, o gestor municipal encaminha as informações ao gestor estadual, que encaminha ao Banco de Dados do CNES, conforme imagem abaixo:

Imagem 2 - Fluxo Dupla Gestão do CNES



Fonte: Site do Ministério da Saúde

I - cadastramento: ato de inserir pela primeira vez os dados informados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, I)

II - estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, II)

III - manutenção ou atualização de cadastro: ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, III)

IV - responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, IV)

V - responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, V)

Art. 361. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo proceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 4º)

2.8. Cadastro no NOTIVISA

O **Notivisa** é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) com intuito de receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

Vale ressaltar alguns exemplos de notificações de eventos adversos que podem ser feitas no Notivisa: Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico; Queda do paciente; Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado); Reação adversa ao uso de medicamentos; Inefetividade terapêutica de algum medicamento; entre outros. Já nos casos de notificações de queixas técnicas:

Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio da qualidade; Produto com suspeita de estar sem registro; Suspeita de produto falsificado;

O cadastro funciona em três etapas principais:

1 - Cadastrar a instituição (CNPJ próprio ou mantida) no sistema de Cadastro de Instituições: Aqui, será possível visualizar os dados cadastrais da instituição e cadastrar o responsável legal e os gestores de segurança Suspeita de empresa sem autorização de funcionamento (AFE).

2 – Cadastrar as pessoas físicas vinculadas à instituição: responsável legal, gestor de segurança e usuário de instituição.

3 – Atribuir perfil de acesso aos sistemas às pessoas físicas vinculadas à instituição: Com o perfil de acesso é possível acessar alguns sistemas, como por exemplo, o Notivisa.

Para maiores informações: Acesse o sistema de cadastro de instituições pelo link: <http://www1.anvisa.gov.br/cadastramententre> ou envie e-mail para: cadastro.sistemas@anvisa.gov.br

3 – GESTÃO DE PROCESSOS

Reconhecimento de que a organização é um conjunto de processos, que precisam ser entendidos de ponta a ponta e considerados na definição das estruturas: organizacional, de trabalho e de gestão. Os processos devem ser gerenciados visando à busca da eficiência e da eficácia nas atividades, de forma a agregar valor para a organização e as partes interessadas.

A orientação por processos é um dos fundamentos da excelência, pois busca eficiência e eficácia nos conjuntos de atividades que formam a cadeia de agregação de valor para os clientes e demais partes interessadas.

3.1. Mapeamento de Processos

Processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Ou, em uma abordagem mais técnica, é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas em uma sequência determinada, conduzirão a um resultado esperado, o qual assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e de outras partes interessadas (AZEVEDO, 2016).

O gestor de segurança que atribui perfil de acesso no sistema de Cadastro de Usuários.

Figura 1 - Estrutura do Mapa de processo



Fonte: Adaptado pela autora

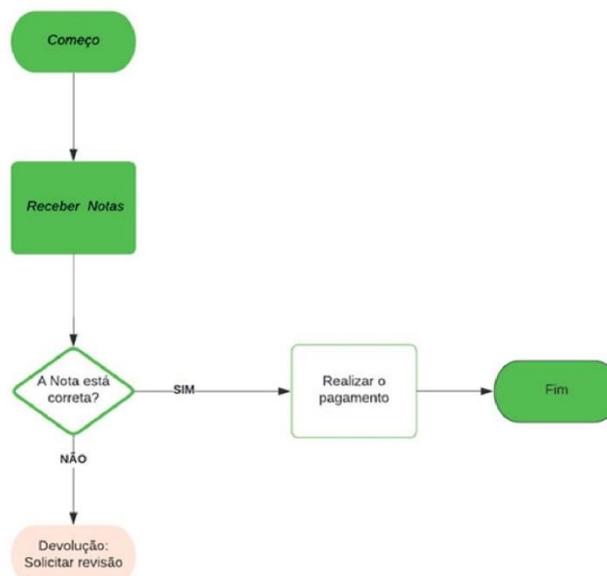
Para a construção do mapa de processo conforme estrutura acima seguir a sequência:

- Definir o processo (atividade principal) a ser analisada;
- Definir a metodologia e os responsáveis pelo mapeamento;
- Identificar e detalhar as ações na entrada, no processamento e na saída do processo;
- Identificar aspectos operacionais e administrativos relativos a cada etapa.

3.2. Descrição dos Fluxogramas

São ferramentas de gestão que descrevem um determinado processo através de símbolos de forma resumida e direta, incluindo as etapas, os registros utilizados e gerados durante a execução daquela atividade, podendo ocorrer de forma sequencial ou paralela. (AZEVEDO, 2016).

Figura 2 - Fluxograma de um processo



Fonte: Adaptado pela autora na ferramenta Lucidchart conforme Azevedo (2016).

3.2. Descrição dos Procedimentos Operacionais Padrão

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma ferramenta de gestão da qualidade que traz para todos os envolvidos no processo uma orientação através de uma sequência lógica e detalhada das atividades desenvolvidas pela as áreas, garantindo assim uma padronização e a execução dos resultados esperados (VIEIRA, 2014).

Figura 3 – Modelo de Procedimento Operacional Padrão (POP)

LOGO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Criado em: / /
-------------	--

- **Atividade:** Processo de atendimento ao cliente
- **Área/Local:** Atendimento (Clínica)
- **Responsável:** Atendente
- **Materiais:** Computador; caneta; agenda.
- **Procedimento detalhado:** Aqui deve conter quais tarefas precisam ser realizadas e como serão realizadas. Inclui todas as etapas necessárias que devem ser seguidas pela equipe.
- **Gráficos e fluxogramas:** Incluir este tópico em situações de atividades com alto grau de complexidade.
- **Histórico de revisão:** período em que o POP precisará ser revisado, o que deve ser feito de preferência anualmente ou quando ocorrer mudança no processo.

Fonte: Adaptado pela autora conforme Vieira (2014).

3.3. Regimento Interno

O Regimento Interno é o documento que traduz um conjunto de normas estabelecidas para regulamentar o funcionamento da organização, detalhando assim os diversos níveis hierárquicos, as respectivas competências das unidades existentes e os seus relacionamentos internos e externos. Resumindo, o Regimento Interno é um importante instrumento para a consolidação da autogestão.

Estrutura básica de regimento interno:

- Apresentar os dados sobre a empresa;
- Apresentar a identidade organizacional e filosofia da empresa (Exemplo: Missão, visão e valores);
- Apresentar os capítulos que contenham o assunto que será tratado (Exemplo: Cada capítulo se restringe a um único assunto, princípio ou regra);
- Apresentar cláusulas que trazem os esclarecimentos das obrigações, restrições e observações que esclareçam dúvidas (Exemplo: Obrigações e deveres do colaborador; uso de uniformes; Horário e funcionamento; proibições; entre outros);

- Apresentar sanções para caso ocorra descumprimento do regimento (Exemplo: Advertências; suspensão; demissão; entre outros);
- Aprovar o documento pela alta gestão;
- Apresentar depois de pronto e aprovado o regimento a todos os colaboradores, entregando, por exemplo, uma cópia impressa ou por e-mail a cada um;
- Solicitar que assinem o termo de aceite que normalmente é colocado no final do regimento, de modo a comprovar que o colaborador leu o regulamento e aceitou suas disposições.



Observação: O Regimento Interno deve possuir redação concisa e objetiva. Assim, é recomendável utilizar linguagem clara e evitar palavras rebuscadas, termos técnicos de difícil compreensão, termos ambíguos que possam gerar dupla interpretação e descrições muito longas. A sua revisão deve ocorrer sempre que houver alterações pertinentes ao documento ou conforme necessidade da organização.

3.3. Código de Conduta

O código de conduta é um documento que objetiva reunir regras a serem seguidas pelos membros de uma organização e até terceiros (se assim a empresa optar). Vale lembrar que a empresa que desenvolve e aplica seu código de conduta transmite assim uma imagem de confiança e idoneidade e se torna referência em boas práticas.

Estrutura básica do Código de conduta:

- Introdução: conter objetivo; a quem se destina; identidade organizacional
- Princípios institucionais (exemplo: ressaltar sobre questões de respeito; integridade; ética; compromisso; proteção de dados; entre outros);
- Critérios de conduta no relacionamento (exemplo: entre colaboradores; clientes; fornecedores);
- Sobre a gestão de ética (exemplo: normalmente se tem um comitê interno estruturado, é ressaltado neste tópico);
- Disposições finais (exemplo: vigências; demais dúvidas e observações).
- Aprovar código de conduta pela alta gestão;
- Apresentar depois de pronto e aprovado o código a todas as partes os interessadas deixando o mesmo exposto de forma pública;
- Solicitar que assinem o termo de aceite que normalmente é colocado no final do código, de modo a comprovar que o mesmo foi lido e aceito.

3.4 - Controle de Acesso e Mecanismo de Identificação dos Trabalhadores, Pacientes, Acompanhantes e Visitantes;

Os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para os serviços de saúde são definidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e conforme art. 21 da RESOLUÇÃO-RDC N° 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011: O serviço de saúde deve garantir mecanismos para o controle de acesso dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Sendo assim, orienta-se criar um documento contendo o artigo acima mencionado, orientando aos envolvidos, e fazendo também referência em forma de aviso exposto no estabelecimento de saúde, além de efetivar na prática este controle de acesso. No art. 22 prever que o serviço de saúde deve garantir mecanismos de identificação dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes. Orienta-se para esta prática a confecção de crachás (para trabalhadores) e pulseiras/adesivos para os pacientes acompanhantes e visitantes, reforçando a identificação dos mesmos no estabelecimento de saúde.

3.5. Programa de Treinamento Introdutório e Educação Continuada de Trabalhadores

A educação continuada é uma ferramenta que permite a mudança de um aprendizado mecânico, da educação permanente e forma profissionais com competências éticas, políticas e técnicas. Aqui, considerando a educação para profissionais de saúde, propiciando um aprendizado ao longo da carreira, além da formação tecnicista a que são submetidos, a educação continuada é definida como práticas educativas contínuas, que desenvolve muitas potencialidades no ser humano (COSWORK et al. 2018).

Com isso, orienta-se a instituição criar e subsidiar um programa de educação continuada aos trabalhadores, contendo a metodologia de ensino, duração, cronograma com os prazos e temas abordados, emissão de certificados e avaliações de modo a mensurar o aprendizado e a conformidade do programa, através da realização de oficinas; workshops, seminários, palestras, visitas técnicas, rodas de conversas com especialista, entre outros.

4 – GESTÃO DE SEGURANÇA

Neste item de processo de gestão de segurança orientasse práticas de planejamento, organização e controle de processos que gerem segurança para a organização, colaboradores e clientes, com objetivo de identificar, avaliar e controlar possíveis impactos de riscos para o seu bom funcionamento .

4.1. Programa de Manutenção e Operação Controle de Ar Condicionado – PMOC

O **PMOC**, sigla para Plano de Manutenção, Operação e Controle, se tornou um dos assuntos mais comentados no mercado de refrigeração e climatização. Conforme a Lei nº 13.589 em janeiro de 2018 em seu Art. 1º todos os edifícios de uso público e coletivo que possuem ambientes de ar interior climatizado artificialmente devem dispor de um Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC dos respectivos sistemas de climatização, visando à eliminação ou minimização de riscos potenciais à saúde dos ocupantes.

O que deve constar no PMOC:

Deve constar o mapeamento de todos os equipamentos do ambiente e quais são as rotinas de manutenção e serviços necessários para mantê-los em perfeito funcionamento, garantindo a qualidade do ar. Vale ressaltar que este documento pode ser assinado por engenheiros mecânicos, técnicos e tecnólogos em mecânica que sejam habilitados por seus respectivos órgãos de classe.

4.2. Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é determinado pela Política Nacional de Resíduos Sólidos, através da lei nº 12.305/2010 seção V art. 20 ao 24, e se configura como um documento de caráter técnico que tem como objetivo orientar qual o gerenciamento e destinação correta dos resíduos resultados dos serviços em saúde, o mesmo é regulamentado também por meio das resoluções CONAMA nº 283/01, CONAMA nº 358/05 e ANVISA RDC 306/04, na qual foram estabelecidas as ações consideradas corretas no manejo e destinação dos resíduos resultantes dos serviços de atendimento à saúde, sejam eles humanas ou animais.

Etapas para sua elaboração:

- 1.** Diagnóstico dos resíduos gerados (Na ANVISA RDC 306/04 estão definidos todos esses grupos, sendo eles: Grupo A; B; C; D e E. Somente, após a classificação dos resíduos de saúde em seus respectivos grupos, será possível definir as próximas etapas do gerenciamento de resíduos de saúde.);
- 2.** Ações relativas ao manejo (Deve ser descrito nesse momento os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. Além disso, deve descrever as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente. Nessa fase, são definidos também os resíduos que serão reciclados e as práticas adotadas, lembrando que somente os resíduos do grupo B e D podem ser reciclados.);
- 3.** Descrever as rotinas e processos de higienização e limpeza (Nesta etapa descrever ações referentes aos processos de prevenção de saúde do trabalhador, como: uso de EPIs, treinamentos obrigatórios, imunizações necessárias, etc);
- 4.** Descrever ações preventivas e corretivas (Como por exemplo: em situações de gerenciamento incorreto ou acidentes, quais práticas preventivas e corretivas serão executadas);
- 5.** Monitoramento e avaliação do PGRSS (O estabelecimento de saúde deve monitorar e avaliar o plano, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental);
- 6.** Desenvolvimento e implantação de programas de capacitação (propiciar treinamentos voltados para manuseio e gerenciamento correto dos resíduos de saúde a todos os trabalhadores da instituição).

4.3. Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO

O PCMSO é previsto pela Norma Regulamentadora N° 7 (NR-7) e tem como finalidade promover o monitoramento e preservação da Saúde Ocupacional através de realização dos exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função, retorno ao trabalho; Emissão do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional).

Como aplicar o PCMSO na instituição:

- Conforme art. 7.5.8 o exame clínico deve obedecer aos prazos e à seguinte periodicidade:

I - No exame admissional: ser realizado antes que o empregado assuma suas atividades;

II - No exame periódico: ser realizado de acordo com os seguintes intervalos:

a) Para empregados expostos a riscos ocupacionais identificados e classificados no PGR e para portadores de doenças crônicas que aumentem a susceptibilidade a tais riscos:

1. A cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico responsável;

2. De acordo com a periodicidade especificada no Anexo IV desta Norma, relativo a empregados expostos a condições hiperbáricas;

b) Para os demais empregados, o exame clínico deve ser realizado a cada dois anos.

- 7.5.19.1 O ASO deve conter no mínimo:

a) Razão social e CNPJ ou CAEPF da organização;

b) Nome completo do empregado, o número de seu CPF e sua função;

c) A descrição dos perigos ou fatores de risco identificados e classificados no PGR que necessitem de controle médico previsto no PCMSO, ou a sua inexistência;

d) Indicação e data de realização dos exames ocupacionais clínicos e complementares a que foi submetido o empregado;

e) Definição de apto ou inapto para a função do empregado;

f) O nome e número de registro profissional do médico responsável pelo PCMSO, se houver;

g) Data, número de registro profissional e assinatura do médico que realizou o exame clínico.

- É importante que a infraestrutura do ambiente seja analisada por um médico do trabalho ou outra especialidade, que confira as condições de iluminação, ventilação, temperatura, exposição a riscos e ergonomia, entre outras;
- Caso tal análise identifique algum tipo de risco ou condição que possa causar danos à saúde dos colaboradores, o especialista deve indicar as intervenções necessárias para promover melhorias;
- A realização de treinamentos e palestras sobre saúde e prevenção de riscos também tem papel fundamental para promover a conscientização dos profissionais. Em tais eventos, é importante abordar os cuidados necessários para evitar acidentes, as precauções, como o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva (EPC), e ações necessárias em caso de emergência;
- A equipe também precisa ser motivada para que os procedimentos de segurança e saúde ocupacional sejam seguidos.

Observação: Maiores informações podem ser conferidas na (NR-7) acessando: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-8.873-de-23-de-julho-de-2021-334083465>

4.4. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA

O PPRA tem por objetivo estabelecer medidas que visem a eliminação, redução ou controle desses riscos em prol da preservação da integridade física e mental do trabalhador. A Norma Reguladora N°9 (NR-9) determina a obrigatoriedade de elaboração e implementação do PPRA por todos os empregadores e instituições que admitem trabalhadores como empregados.

Segundo as diretrizes gerais estabelecidas pela NR-9, o PPRA deve conter no mínimo a seguinte estrutura:

- Conforme art. 9.2.1 O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

- a) Planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;**
- b) Estratégia e metodologia de ação;**
- c) Forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;**
- d) Periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA.**

- Conforme art. 9.2.1.1: Deverá ser efetuada, sempre que necessário e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades.

- Conforme art. 9.2.2.1: O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR-5,

- Conforme art. 9.3.1: O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes etapas:

- a) antecipação e reconhecimentos dos riscos;
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle;
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores;
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia;
- e) monitoramento da exposição aos riscos;
- f) registro e divulgação dos dados.

- Conforme art. 9.3.1.1: A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador,



Observação: Maiores informações podem ser conferidas na (NR-9) acessando: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-9-nr-9>

4.5. Programa Vacinal dos Colaboradores

A norma regulamentadora NR-32, ressalta que todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, um programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.

Estrutura do programa de vacinação:

- 32.2.4.17.2 Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente;

- 32.2.4.17.3 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço;

- 32.2.4.17.4 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde;

- 32.2.4.17.5 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo

- 32.2.4.17.6 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR 07;

- 32.2.4.17.7 Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas;

- Em caso de recusa do trabalhador em ser vacinado, deve ser confeccionado um termo de responsabilidade para cada vacina que deve ser aplicada ao empregado. No termo de responsabilidade deve conter: nome do funcionário, local de trabalho, função, número de documento (CTPS ou RG ou CPF), bem como a discriminação do tipo de vacina, as vantagens de sua aplicação ao empregado (prevenção de quais doenças), os efeitos colaterais e os riscos a que estará exposto o empregado por falta ou recusa de receber a vacina.



Observação: Maiores informações podem ser conferidas na (NR-32) acessando: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-32-nr-32>

4.6. Controle de Pragas

O controle de pragas é um trabalho completo que pode ser dividido entre setores de acordo com a necessidade de um ambiente. Desratização, descupinização, desinsetização entre outros.

O serviço de controle de pragas pode ser considerado como um trabalho de higiene necessário que deve ser tomado regularmente. Porque através dele é possível fazer o controle e a prevenção das invasões, que pode representar um terrível prejuízo tanto para os insumos e estoques, quanto para a saúde humana e de animais.

Orientação:

- Contratar empresa especializada em Dedetização para aplicar a higienização no estabelecimento de saúde,
- Acompanhar a periodicidade e aplicar as dedetizações conforme os prazos;
- Guardar os comprovantes da dedetização assinados pela empresa responsável para evidenciar em situações de fiscalização e auditorias

4.7. Núcleo de Segurança do Paciente

Conforme o que preconiza a ANVISA e o NPS (Núcleo de Segurança do Paciente) deve ser instituído nas instituições de saúde com o objetivo de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente, a formação e o efetivo funcionamento dos NSP, lembrando também que a sua não estruturação constitui-se em uma infração.

Fatores básicos sobre a formação do NSP:

- O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. A composição do NSP pode variar de instituição para instituição);
- A sua implantação deve partir da decisão da alta direção, de modo a garantir sua implementação e formalizada por meio de documento a nomeação dos integrantes, designando também um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas;
- Criar cronograma e realizar reuniões do NSP para discutir as ações e estratégias referente Plano de Segurança do Paciente (PSP) e que devem estar devidamente documentadas (atas, lista de presença e outros);
- Outro ponto importante é realizar a capacitação dos profissionais que compõem o NSP, de modo a constar a comprovação em documento contendo as datas; carga horária; conteúdo programático; nome e formação dos instrutores; nome e assinatura dos profissionais participantes.

5 – GESTÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE

A importância da pesquisa aplicada junto ao cliente se destaca por ser uma ferramenta capaz de quantificar e mensurar a satisfação dos mesmos em relação à empresa, seus serviços e produtos. E quando nos referimos em ambientes que oferecem serviços de saúde mensurar esse nível de satisfação dos clientes e pacientes para descobrir como está à qualidade do seu atendimento e, principalmente, o que precisa ser melhorado na sua clínica ou consultório se torna cada vez mais relevante em uma infração.

5.1. Aplicação de Pesquisa de Satisfação

Atualmente existem algumas possibilidades de aplicação de pesquisa sendo elas: caixas de sugestões; opiniômetro; google forms (através do envio de link); entre outras.

Sugestão de questionário para pesquisa de satisfação:

Em uma escala de Precisa melhorar muito, Precisa melhorar, Bom, Ótimo ou Excelente, avalie cada opção marcando com um X. Para sugestões escreva nas linhas abaixo:

	Precisa melhorar muito	Precisa melhorar	Bom	Ótimo
Sobre a recepção				
Facilidade para obter informações sobre os procedimentos e serviços da clínica/laboratório/hospital.				
Facilidade no agendamento do atendimento				
Cordialidade e atenção do (a) atendente (a).				
Disponibilidade de canais (telefone, WhatsApp, E-mail, Redes Sociais, etc) para comunicação.				
Tempo de espera para o atendimento.				
Sobre o local				
Localização da clínica/laboratório/hospital.				
Acessibilidade da área externa e interna interna.				
Conforto da sala de espera.				
Condições de higiene e limpeza.				
Sobre o atendimento do profissional				
Gentileza do profissional.				
Explicações do tratamento oferecidas com clareza.				
Atenção e cuidado ao paciente.				
Segurança e confiança transmitida.				
Habilidade profissional.				
Tempo de atendimento.				
Privacidade durante as sessões.				
Ambiente/estrutura no qual é realizado o atendimento.				
Disponibilidade de horários do profissional				
Aspectos gerais				
Variedade de procedimentos e serviços oferecidos pela clínica/laboratório/hospital				
Eficiência e modernidade dos equipamentos				
Disponibilidade de informações no site ou redes sociais da clínica				
Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar nossa empresa e serviços prestados para uma colega, familiar ou amigo?				
Sugestões e observações:				

5.2. Tratamento de Manifestações dos Pacientes

Após aplicação da pesquisa, é muito importante que seu resultado seja analisado para implementação de melhorias através de execução de ações corretivas, as quais sejam enxergadas pelo paciente e também pelo acompanhante. Além do mais, essas resoluções devem estar formalmente descritas e arquivadas junto aos resultados da pesquisa.

5.3. Consentimento Informado ao Paciente

É o processo pelo qual uma pessoa dá permissão ou recusa submeter-se a um procedimento médico, a partir de orientações recebidas sobre o seu diagnóstico, prognóstico, meios e formas de tratamento disponíveis e riscos. É um direito assegurado por leis que protegem a integridade física e moral do indivíduo conforme art. 15 do Código Civil Brasileiro.

Vale lembrar também que de acordo com o inciso IV do art. 22 do Código de Ética Médica é vedado deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

O que precisa constar no termo:

Dados do paciente; do estabelecimento e profissional de saúde; Os riscos do tratamento; probabilidades de sucesso, alternativas, o que pode acontecer durante a recuperação e o que pode acontecer se não realizar o procedimento.

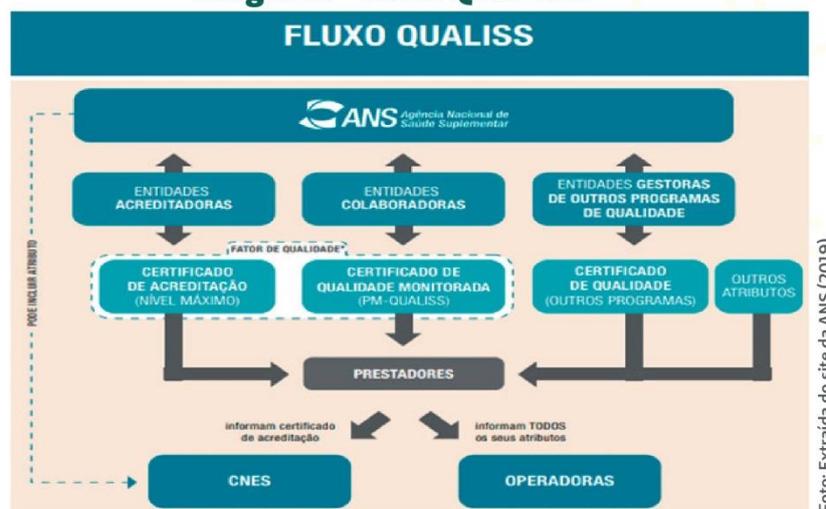
Responsável por passar essas informações ao paciente:

O médico ou profissional que executa o procedimento. A equipe assistencial, como a enfermagem, pode ser envolvida no processo, apresentando ao paciente o termo de consentimento ou vídeo explicativo. O paciente deve ter a oportunidade de questionar suas dúvidas com o responsável antes do procedimento.

6 – INFORMAÇÕES SOBRE O QUALISS (RN 405 – ANS)

O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS consiste no estabelecimento, avaliação e divulgação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar, com o intuito também de ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte das operadoras e dos beneficiários de planos de saúde (RN 405, ANS, 2019).

Imagem 3 - Fluxo QUALISS



Premissas do QUALISS:

- Transparência da informação para a sociedade;
- Natureza indutora da melhoria da qualidade setorial;
- Avaliação da qualificação dos prestadores;
- Estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial;
- Divulgação dos atributos de qualificação;
- Participação voluntária dos prestadores de serviços.

Para participar do QUALISS:

- Estabelecimentos acreditados em nível máximo por instituições acreditadoras de serviços de saúde no país; prestadores com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa, além dos prestadores que participam de projetos de indução de qualidade da ANS (Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e Oncorede).

Prestadores Elegíveis:

- Todos os prestadores integrantes da rede assistencial das operadoras.

Imagem 4 – Fluxo participação no QUALISS



Foto: Extraída do site da ANS (2019).

Vale ressaltar que a atenção especial do programa é no atendimento aos atributos do Fator Qualidade, que compete: Estrutura; Segurança; Efetividade; e Experiência do Paciente.

Isto pode ser oferecido pela participação das empresas (prestadores) nos processos de Acreditação (ONA, Joint Comission, QMentus, ACSA, etc) ou pela Certificação dos Serviços de Saúde, pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade, ambos reconhecidos pela ANS.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar em conformidade no que preconiza as resoluções e legislações vigentes, além da implementação de boas práticas é a melhor conduta de uma instituição que se preocupa com a qualidade e a sustentabilidade do negócio.

Com isso, espera-se que este manual, ao qual é destinada a toda rede prestadora (clínica/consultórios, laboratórios e hospitais) possa contribuir positivamente através das orientações citadas no decorrer do mesmo, para a melhoria contínua dos processos gerando mais conformidades na rotina da instituição bem como mais segurança aos pacientes, aos profissionais e demais partes envolvidas.

8 - REFERÊNCIAS

ANS. QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>>. Último acesso em: 31 de Outubro de 2021.

AZEVEDO, Irene Conceição. Fluxograma como ferramenta de mapeamento de processo no controle de qualidade de uma indústria de confecção. Congresso nacional de excelência em gestão. ISSN 1984-9354, p. 2-14, Set-2016.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 20 de novembro 2021.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/2002/L10406.htm>. Último acesso: 05 de Outubro de 2021.

BRASIL. LEI Nº 13.589, DE 4 DE JANEIRO DE 2018. Dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13589.htm>. Último acesso em: 15 de outubro de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em:<<https://wiki.datasus.gov.br/cnes>>. Último acesso: 25 de Outubro de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, IMPOSTOS E GESTÃO PÚBLICA. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-ou-actualizar-cadastro-nacional-de-pessoas-juridicas>>. Último acesso: 05 de Outubro de 2021.

BRASIL. NR-7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL - PCSMO (NOVO TEXTO). (Última modificação: Portaria SEPRT 6.734, de 09/03/2020) (Início de vigência: 03 de janeiro de 2022 - Portaria SEPRT 8.873, de 23/07/2021). Disponível em:<<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-detrabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/normaregulamentadora-no-7-nr-7>>. Último acesso em: 29 de outubro de 2021.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.646, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html>.Último acesso em: 25 de Outubro de 2021.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.214 DE 08 DE JUNHO DE 1978. NR - 9. Programa de prevenção de riscos ambientais. (Última modificação: Portarias SEPRT n.º 1.358 e 1.359, de 09 de dezembro de 2019). Disponível em:<<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-9-nr-9>>. Último acesso em: 29 de outubro de 2021.

BRASIL. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. (Última modificação: Portaria SEPRT 915, de 30/07/2019). Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-32-nr-32>>. Último acesso em: 29 de outubro de 2021.

BRASIL. RESOLUÇÃO-RDC Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>. Acesso em: 14 de outubro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tablóide, 1990. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Último acesso em: 30 de Outubro de 2021.

DISTRITO FEDERAL. Guia para elaboração do Regimento Interno das Secretarias de Estado do Governo do Distrito Federal, Coordenação de Modernização Institucional. Portaria nº 25 de 24 de fevereiro de 2012.

LEC. Editora e Organização de Eventos LTDA. Código de Conduta Ética: Entenda 6 Dicas Para Elaboração De Um Código De Ética. São Paulo-SP, 04 de Fevereiro, 2019. Disponível em: <<https://lec.com.br/codigo-de-conduta-etica-entenda-6-dicas-para-elaboracao-de-um-codigo-de-etica/>>. Último acesso: 15 de Outubro de 2021.

SOBRAL/CE. Secretaria de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://vigilanciasanitaria.sobral.ce.gov.br//solicitacaoAlvara>>. Último acesso: 14 de Setembro de 2021.

SOBRAL/CE. Secretaria do Urbanismo e Meio Ambiente (AMA - Agência Municipal do Meio Ambiente). Disponível em: <<http://agendasol.sobral.ce.gov.br/solicitacao/id:11>>. Último acesso: 14 de Setembro de 2021.

SOBRAL/CE. Secretaria do Urbanismo e Meio Ambiente. Disponível em: <<http://agendasol.sobral.ce.gov.br/solicitacao/id:11>>. Último acesso: 14 de Setembro de 2021.

VG Resíduos Ltda. Resíduos de Saúde: Saiba tudo sobre o PGRSS e como elaborá-lo. Belo Horizonte - MG, 16 de agosto de 2018. Disponível em: <<https://www.vgresiduos.com.br/blog/residuos-de-saude-saiba-tudo-sobre-o-pgrss-e-como-elabora-lo/>>. Último acesso em: 20 de outubro de 2021.



MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO EM SAÚDE

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ



ANEXO A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES) - JUÍZES ESPECIALISTAS

Legenda: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente.

OBJETIVOS: propósito, metas, finalidade.	2	1	0
1. Contempla o tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	2	1	0
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			
RELEVÂNCIA: refere-se as características que avalia o grau de significação do manual instrutivo.			
19. Significância			
20. Impacto			
21. Motivação			

Fonte: (LEITE et al., 2018).

ANEXO B - SYSTEM USABILITY SACLE (SUS) - PÚBLICO ALVO

1. Nome do Prestador: _____

2. Profissão: _____

3. Grau de instrução: _____

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Neutro (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1. Eu acho que gostaria de usar este Manual frequentemente					
2. Eu achei o Manual desnecessariamente complexo					
3. Eu achei o Manual fácil de usar					
4. Acho que necessitaria de ajuda de um profissional técnico para conseguir utilizar este Manual.					
5. Considerei que as várias funcionalidades deste manual estavam bem integradas					
6. Achei que este manual tinha muitas inconsistências					
7. Eu imaginaria que a maioria das pessoas aprenderiam a usar este manual rapidamente					
8. Considerei o manual muito complicado de utilizar					
9. Senti-me muito confiante ao utilizar este manual					
10. Tive que					

aprender muito antes de conseguir lidar com este manual					
---	--	--	--	--	--

Fonte: Andrade et al. (2019).

ANEXO C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – ESPECIALISTA DA ÁREA DE DESIGN GRÁFICO

SUITABILITY ASSESSMENT OF MATERIALS (SAM)

1. Nome do Avaliador: _____

2. Profissão: _____

3. Tempo de formação: _____ anos

4. Área de trabalho: _____

5. Tempo de trabalho na área: _____ anos

Leia atentamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em um dos que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo.

2 - Adequado, 1 - Parcialmente Adequado, 0 – Inadequado

1. Conteúdo

O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material	2	1	0
O conteúdo aborda informações relevantes para a implementação e revisão dos processos	2	1	0
A proposta do material é limitada aos objetivos, para que o telespectador possa razoavelmente compreender no tempo permitido	2	1	0
O resumo ou revisão incluído	2	1	0

2. Linguagem

O nível de leitura é adequado para sua compreensão	2	1	0
O estilo de conversação facilita o entendimento do texto	2	1	0
O vocabulário utiliza palavras comuns	2	1	0
O contexto é dado primeiro	2	1	0
Materiais pedagógicos através de sinalização	2	1	0

3. Ilustrações gráficas

Ilustrações gráficas usadas com propósito	2	1	0
Tipos de ilustrações gráficas	2	1	0
Relevâncias das ilustrações	2	1	0
Listas e tabelas explicadas	2	1	0
Legendas usadas para ilustrações gráficas	2	1	0

4. Layout e tipografia

Fatores de layout	2	1	0
Tipografia	2	1	0
Subtítulos usados	2	1	0

5. Motivação

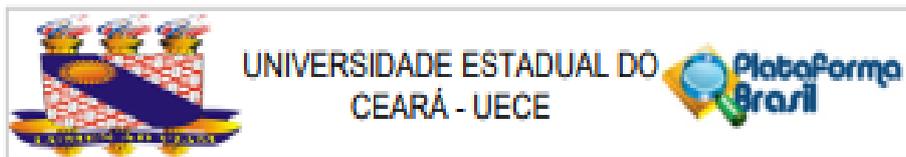
Ocorre interação do texto e/ou das figuras com o leitor. Levando-os a resolver problemas, fazer escolhas e/ou demonstrar habilidades.	2	1	0
Os padrões de comportamento desejados são modelados ou bem demonstrados	2	1	0
Existe a motivação à auto eficácia, ou seja, as pessoas são motivadas a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis.	2	1	0

6. Adequação cultural

O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	2	1	0
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente	2	1	0

Total de escores obtidos: _____ Porcentagem de escore: _____

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EM GESTÃO DA QUALIDADE PARA REDE PRESTADORA DE OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

Pesquisador: FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47870721.0.0000.5534

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.007.845

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EM GESTÃO DA QUALIDADE PARA REDE PRESTADORA DE OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR." Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa que inclui a análise de pesquisas bibliográficas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um manual em gestão da qualidade voltado aos gestores da rede prestadora da operadora de saúde Unimed Sobral.

Objetivo Secundário:

- Realizar levantamento na literatura sobre gestão da qualidade, saúde suplementar, qualificação da rede de serviços, auditorias, creditações/certificações e seus desafios de implantação da qualidade na saúde suplementar dos últimos cinco anos;
- Construir o Manual educativo para a rede prestadora de Operadora de saúde suplementar Unimed Sobral;
- Validar o conteúdo e aparências com Juizes utilizando o

Endereço: Av. Sítio Mangaba, 1700
Bairro: Itapiti CEP: 60.714-900
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9908 E-mail: cep@uece.br

BRASIL 2014.04



Continuação do Formos: S.007.005

SAM (método);

d) Validar o conteúdo e aparência com a população-alvo com o uso do SAM (método);

e) Validação da Usabilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo a autora, o estudo apresenta risco mínimo por alguma insegurança quanto à garantia do sigilo e confidencialidade das informações. Porém, este risco será amenizado pela pesquisadora de modo a reforçar a garantia de confidencialidade das respostas, após explicação completa e sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar. Assim, será assegurada sempre a confidencialidade visando evitar qualquer tipo de desconforto. Vale ressaltar também que em virtude da pandemia da COVID-19, seguiremos todos os protocolos de segurança recomendados pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, os participantes envolvidos nesse estudo receberão máscaras descartáveis e terão acesso ao álcool a 70% para higienizarem as suas mãos e será mantido o distanciamento físico de pelo menos 2 metros. Os pesquisadores usarão os equipamentos de proteção individual (EPI), para execução dos procedimentos que serão realizados durante o presente estudo. E caso seja necessário, e concordado por todos poderemos ainda fazer este momento de forma remota, via plataforma Google meet.

Benefícios:

Para a pesquisadora o benefício esperado com o estudo é auxiliar a rede prestadora credenciada a Unimed Sobral na melhoria contínua de seus processos através da orientação de práticas em gestão, de modo a incentivá-la também a sua qualificação gerando assim impactos positivos para toda a instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e considerações sobre a pesquisa:

A pesquisa possui relevância científica e social considerando a importância e necessidade da criação de um manual educativo que traga orientações estratégicas de gestão da qualidade para auxiliar a rede prestadora da Operadora em saúde da Unimed Sobral, na qualificação de seus processos e consequentemente intensificar as adesões das mesmas no que diz respeito a creditações e certificações. Além de servir como estratégias para incentivar sua qualificação junto ao QUALISS (Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar) e

Endereço: Av. Silas Mangaba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-8800

Fax: (85)3101-8808

E-mail: cap@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 5.007.645

melhoria nos indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS que dizem respeito a rede credenciada, ambos instituídos pela ANS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

• Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se em conformidade com os princípios éticos recomendados pela CONEP.

Recomendações:

- Atualizar o cronograma da pesquisa;
- Enviar relatório no final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1680501.pdf	29/05/2021 14:43:30		Aceito
Outros	CartaConvite.pdf	29/05/2021 14:40:10	FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/05/2021 14:33:15	FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA	Aceito
Outros	TermoDeAnuencia.pdf	29/05/2021 14:31:14	FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	29/05/2021 14:29:54	FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA	Aceito

Endereço: Av. Siqueira Manguá, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-6690

Fax: (85)3101-6606

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 5.007.645

Ausência	TCLE.pdf	29/05/2021 14:29:54	FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoso.pdf	29/05/2021 14:29:10	FRANCISCA MANUELA DE ARRUDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Setembro de 2021

Assinado por:

ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-2892

Fax: (85)3101-6606

E-mail: cep@uece.br