

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM  
SAÚDE

**STHER MARIE DE AGUIAR RODRIGUES ARAÚJO**

**O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO CONTROLE DE FALHAS EM UM  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM SÃO LUIS-MA**

São Luís  
2017

**STHER MARIE DE AGUIAR RODRIGUES ARAÚJO**

**O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO CONTROLE DE FALHAS EM UM  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM SÃO LUIS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira

São Luís  
2017

Araújo, Sther Marie de Aguiar Rodrigues

O uso de indicadores de desempenho no controle de falhas em um laboratório de análises clínicas em São Luís - MA / Sther Marie de Aguiar Rodrigues Araújo -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

17 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Indicadores de desempenho. 2. Ferramentas da qualidade. 3. Controle de falhas. I. Título.

CDU: 378.124(812.1)

**STHER MARIE DE AGUIAR RODRIGUES ARAÚJO**

**O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO CONTROLE DE FALHAS EM UM  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM SÃO LUIS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)**

Mestre em Saúde Materno-Infantil  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Examinador 1**

---

**Examinador 2**

## O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO CONTROLE DE FALHAS EM UM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM SÃO LUIS-MA

STHER MARIE DE AGUIAR RODRIGUES ARAÚJO<sup>1</sup>

### RESUMO

A rápida evolução dos processos gerenciais tem exigido a adoção de ferramentas eficazes por parte dos laboratórios em análises clínicas, para o controle de falhas e assegurar a qualidade dos resultados. O estudo de caso tem caráter quantitativo, no qual foi utilizado como instrumento de pesquisa, as informações extraídas do banco de dados do Sistema de Qualidade do Laboratório e a partir de indicadores de desempenho que compara os resultados obtidos com as metas estabelecidas para cada indicador. O objetivo do estudo foi demonstrar a aplicação das ferramentas da qualidade, explicar sua função e evidenciar sua importância em uma situação real de busca de melhoria contínua de processos em um laboratório de análises clínicas. O estudo evidenciou que a aplicação das ferramentas da qualidade foi eficaz para solucionar as falhas no processo e garantir uma maior satisfação aos clientes do Laboratório.

**Palavras-chaves:** Indicadores de desempenho. Ferramentas da qualidade. Controle de falhas. Laboratório de análises clínicas.

## O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO CONTROLE DE FALHAS EM UM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS EM SÃO LUIS-MA

### ABSTRACT

The rapid evolution of managerial processes has required the adoption of effective tools by the laboratories in clinical analysis, to control failures and to assure the quality of the results. The case study has a quantitative character in which the information extracted from the Laboratory Quality System database and from performance indicators that compare the results obtained with Established targets for each indicator. The objective of the study was to demonstrate the application of the quality tools, to explain their function and to demonstrate their importance in a real situation of search for continuous improvement of processes of the laboratory of clinical analyzes. The study evidenced that the application of the quality tools was effective to solve the flaws in the process and to guarantee a greater satisfaction to the clients of the Laboratory.

**Keywords:** Performance indicators. Quality tools. Fault control. Laboratories in Clinical Analysis.

---

<sup>1</sup> Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde pela Faculdade Laboro, 2017.

## 1 INTRODUÇÃO

A eficácia das empresas nos negócios depende de seus produtos ou serviços, que devem ser seguros e sólidos, sem que haja tolerância para perda de tempo e custo de falha. A qualidade é um modo de gerenciar organizações que deriva em progressos nos negócios e nas atividades técnicas, para permitir que sejam obtidos a satisfação dos consumidores, a força de recursos humanos e os menores custos. Para o alcance desses objetivos os gestores organizacionais buscam aplicar ferramentas da qualidade podendo aprimorar a atuação da organização no que diz respeito à qualidade e fertilidade e, em decorrência, ampliar a sua lucratividade (SOUZA, 2003).

Almeida (2014) informa que a qualidade tem como foco mudar ou readaptar as organizações a um modo de trabalhar diferenciada com outro tipo de pensamento em relação a seus clientes, e da forma de gerenciar seus processos e as tomadas de decisões. Tenta reduzir erros, diminuir desperdício, diminuir custos, preços, e abranger a todos que integram a organização, passando a eles de forma intensa como funciona. Ou, ainda, onde ambicionam chegar com o sistema e fazer com que todos cooperem e sejam interessados no bom desempenho da gestão de forma determinada e consciente, e se modernizem, além disso, como profissionais e como pessoa e assim coopere para o objetivo da empresa em alcançar a qualidade total em seus processos.

Para Paladini (2004), controle de qualidade é um sistema efetivo para integrar esforços relativos ao desenvolvimento, manutenção e melhoria da qualidade a todos os grupos da organização, de forma a habilitar áreas essenciais da empresa. Para tanto, o controle efetivo da qualidade são as ações tomadas na fonte, ou seja, no processo na sua amplitude total, visando assim garantir que em nenhum setor da empresa existem falhas que possam vir a prejudicar o perfeito andamento do fluxo produtivo, garantindo assim no momento final a satisfação do cliente.

As ferramentas da qualidade são utilizadas para definir, mensurar, analisar e propor soluções aos problemas identificados que interferem no desempenho dos processos organizacionais. Este trabalho foi desenvolvido com a finalidade de conduzir com sucesso melhorias em um processo, identificando as falhas e a causa raiz, a fim de

reduzir as perdas e aumentar a produtividade e conseqüentemente diminuir custos em um laboratório de análises clínicas em São Luís – MA.

Diante dos indicadores e não batimento das metas estabelecidas houve a necessidade de desenvolver um plano de ação eficaz para solucionar o problema de descumprimento do prazo acordado com o cliente em um laboratório de análises clínicas em São Luís – MA.

O presente trabalho tem como objetivo geral apresentar os indicadores de desempenho e a aplicação das ferramentas básicas da qualidade no processo de eliminação de falhas de um laboratório de análises clínicas em São Luís - MA.

E como objetivos específicos:

a) Explicar a função das ferramentas básicas da qualidade;

b) Apresentar os indicadores de desempenho

c) Evidenciar a importância dos indicadores como ferramentas básicas da qualidade para a redução de falhas em um laboratório de análises clínicas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Indicadores de desempenho**

Berlitz (2014) assegura que um sistema de medição de desempenho adequadamente estruturado em uma empresa consente a tomada de decisão fundamentada em fatos e dados, isto é, respaldada por informações que representem com adequada restrição a real performance dos processos, expandindo a perspectiva de êxito do processo gerencial. De forma genérica e simplificada, os indicadores de desempenho de uma empresa podem ser estratificados em três diversos níveis: estratégicos, tático/gerenciais e operacionais.

Berlitz (2014) afirma ainda que os indicadores táticos avaliam aspectos internos da organização, mais intensamente ligados às operações e uso dos recursos da empresa (produtividade, rotatividade de pessoal etc.), indicadores estratégicos enfocam nos objetivos de alto nível da organização, pertinentes a aspectos de mercado, medindo as condições da empresa em concorrer no mesmo (participação de mercado

etc.) e os indicadores operacionais estão focados no desempenho dos processos de negócio, monitorando a competência destes em consentir as condições determinados pelos clientes e demais partes interessadas.

## 2.2 Ferramentas da qualidade

Fonseca (2010) destaca que é muito provável que quase nada do que tem incidido no ambiente inovador da qualidade seria presumível se não tivesse sucedido à tarefa intensa, constante e julgamento de diversos pensadores dos quais merece destaque: Deming, Crosby, Feigenbaum, Ishikawa e Juran. Estes autores, verdadeiros missionários da qualidade, percorreram o mundo orientando as empresas sobre o melhor procedimento de conduzir a qualidade.

Assim, Deming na década de 1950, criou o Círculo de Deming ou o PDCA, que tem sido uma intensa ferramenta universal de gestão da qualidade para todo tipo de organização. O PDCA é um método de controle que tem quatro etapas, que produzem os resultados esperados de um processo. As quatro etapas do PDCA de Deming são:

- Planejamento (Plan), incide no estabelecimento da meta ou objetivo a ser alcançado e do processo (plano) para atingimento da meta. A finalidade deve ser clara, quantificável, legitimista, envolvente e contendo um desafio para estímulo e crescimento das pessoas.
- Execução (Do), a transição do planejamento para a cumprimento é crítica, pois a passagem da tática para a atuação é a parte mais complicada e a razão do descrédito com a estratégia. Por isso é recomendável cuidado especial nas fases da educação e do treinamento. Somente após a educação e treinamento deve ser executado o plano, recebendo cuidado para que seja realizado de acordo com o que foi verdadeiramente esquematizado. Enquanto se executa, deve ser coletado dados, para viabilizar a etapa seguinte.



- Verificação (Check), durante e após a execução, deve-se conferir os dados obtidos com a meta planejada, para se saber se está indo a direção certa ou se a intenção foi atingida.
- Ação corretiva (Action), a ação pode ser de duas formas caracterizadas: Padronização ou Contramedidas. A padronização é feita quando a meta é atingida. Ação corretiva incide em se fazer um diagnóstico para desvendar em que fase se fez um erro (meta, plano, educação, treinamento, execução) e tomar as medidas imprescindíveis para o alcance da meta.

A matriz 5W2H foi criada como uma ferramenta auxiliar para o PDCA. Spectrum 2012 descreve que a matriz 5W2H coloca em prática a execução de um plano que auxilia na preparação de novas atividades visando a resolução de problemas.

Os Programas de Acreditação para Laboratórios Clínicos – PALC, constituíram-se numa resposta a persistentes alegações e várias evidências de más práticas, inexistência de padrões e fraudes. A avaliação de proficiência foi, durante muito tempo, o único meio de avaliar a performance, mas atualmente, o conhecimento sobre a organização e gerência se tornaram também uma exigência para a boa prática laboratorial (PALC, 2013).

A partir da implantação deste programa em 1999 foi fundada, por entidades dos setores públicos e privados, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo estabelecimento de padrões e monitoramento do processo de acreditação. A ONA tem como missão promover o processo de acreditação aprimorando a qualidade da assistência à saúde, vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Em 2000 a ONA credenciou empresas que passaram a atuar como avaliadoras dos serviços de saúde, com intuito de acreditar as instituições em âmbito nacional. (ONA, 2014).

Segundo a ONA, a Acreditação leva aos estabelecimentos de saúde um sistema de gestão da qualidade que permite um melhor atendimento e menor risco aos clientes, além de permitir um planejamento mais conciso na tomada de decisões, baseado em fatos e dados, minimizando riscos além de oferecer uma gestão focada na satisfação dos clientes (ONA, 2014).

Como todos os sistemas deste tipo, a implantação da acreditação é voluntária, tendo caráter obrigatório apenas os requisitos contemplados na legislação local (FELDMAN, 2004).

### **3 METODOLOGIA**

Este trabalho teve como base um estudo de caso em um laboratório de análises clínicas em São Luís – MA. Tratou-se de uma pesquisa experimental descritiva. Descritiva, porque expôs as principais características das ferramentas da qualidade e como elas puderam ser aplicadas. Explicativa, porque procurou esclarecer de que forma as ferramentas da qualidade puderam ser utilizadas para a resolução de problemas no laboratório estudado. E estudo de caso, pois se restringiu a um estudo de caso em um laboratório de análises clínicas.

Com relação a delimitação do assunto limitou-se a evidenciar as aplicações das ferramentas da qualidade. Já como universo da pesquisa utilizou-se como fonte os documentos internos do laboratório foco de estudo. Como limitações da pesquisa o estudo de caso foi realizado no laboratório de análises clínicas em São Luís – MA, cujo nome não pôde ser divulgado, pois não obtivemos autorização. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados os relatórios cedidos pelo laboratório.

Para a presente análise, realizou-se uma ampla pesquisa bibliográfica e documental. Realizou-se também uma observação direta, por meio da averiguação de fatos e fenômenos ligados ao Laboratório em estudo através do seu banco de dados e do Sistema de Gestão da Qualidade do Laboratório, assim como, percepções dos colaboradores envolvidos nos processos em estudo.

#### **3.1 Características da Área de Estudo**

O presente trabalho foi realizado em um Laboratório de Análises Clínicas localizado em São Luís - MA, onde a área técnica é dividida entre os setores Bioquímica, Hormônios, Imunologia, Hematologia, Urinálise e Parasitologia.

O Laboratório em estudo está no mercado há décadas, tendo como foco principal a qualidade dos serviços prestados na assistência à saúde. É uma empresa privada, com fins lucrativos.

O laboratório possui hoje um *market share* considerado na capital e busca a confirmação de sua qualidade na prestação de serviço através da certificação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e da certificação PALC (Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos).

Para garantir o controle de processo o Laboratório em estudo segue a Norma PALC 2013 SBPC/ML que determina que o controle de processo só é possível se pautada na elaboração e aprovação de procedimentos operacionais padrão, no controle da manutenção preventiva dos equipamentos, validação de insumos e na qualificação da mão de obra para a execução dos processos onde o controle de cada processo influi diretamente sobre a qualidade dos resultados dos exames.

Os registros das atividades realizadas nos diferentes processos geram indicadores que são a base para a análise crítica e tomada de ações preventivas e corretivas, contribuindo para a melhoria contínua da gestão da qualidade.

O acompanhamento dos indicadores e a validação dos planos de ação são realizados durante as reuniões de análise crítica do sistema de gestão da qualidade com o objetivo de reduzir falhas no processo e conseqüentemente a satisfação do cliente.

### **3.2 Tipo de Pesquisa e Levantamento de Dados**

O Laboratório em estudo monitora seus indicadores de Análises Clínicas através do percentual de Recoletas, Descumprimento de prazo e a comunicação para Resultados de Pânico em até 12 horas.

Foi feito o levantamento de todas as recoletas do laboratório em estudo e posterior análise do indicador com meta de 0,17%.

Através do sistema fez-se o levantamento de todos os exames que não conseguiu-se cumprir o prazo acordado com o paciente para a liberação do exame.

Para esse indicador de Descumprimento do prazo a meta é de 1,50%.

Mensalmente fez-se o levantamento do quantitativo de recoletas e de exames atrasados para análise. Fez-se planos de ação para tratar cada indicador que não bateu-se a meta.

Para o indicador Comunicação de resultado de pânico, todo resultado de pânico é registrado em planilha e informado mensalmente o resultado que não conseguiu-se a comunicação. Para esse indicador a meta é de 95%.

## **4 ANÁLISE DOS DADOS**

### **4.1 Indicador % de Recoleta**

Segundo Vieira et al. (2011) um dos indicadores mais frequentemente mencionado na literatura sobre gerenciamento de laboratórios clínicos refere-se a índices de recoleta, os motivos são: discordância da primeira amostra, acidentes com a amostra, confirmação de resultado, outros motivos técnicos.

A Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC, 2013) informa que inúmeras podem ser as variáveis na fase pré-analítica que abrangem os processos no laboratório e que são responsáveis por cerca de 60% das falhas, sendo as mais evidentes: amostra insuficiente, amostra incorreta, amostra inadequada, identificação incorreta e problemas no acondicionamento e transporte da amostra.

O indicador de recoleta é o pretexto entre o número total de recoletas e o total de exames realizados no mês. A meta estipulada pelo Sistema de Gestão da Qualidade do Laboratório para esse indicador é limitada em até 0,17% do total de exames realizados no período considerado.

A tabela abaixo apresenta o total de exames realizados no laboratório em estudo, como também o total de recoletas e o percentual das mesmas realizadas pelo laboratório no período de janeiro a agosto de 2016.

**Tabela 1** – Indicador % de Recoleta (Jan-Ago/2016).

MÊS/2016	TOTAL DE EXAMES	TOTAL DE RECOLETAS	% DE RECOLETAS
Janeiro	126.038	320	0,25
Fevereiro	107.988	315	0,29
Março	125.611	220	0,18
Abril	122.424	280	0,23
Mai	120.268	290	0,24
Junho	111.505	220	0,20
Julho	128.316	295	0,23
Agosto	126.913	302	0,24

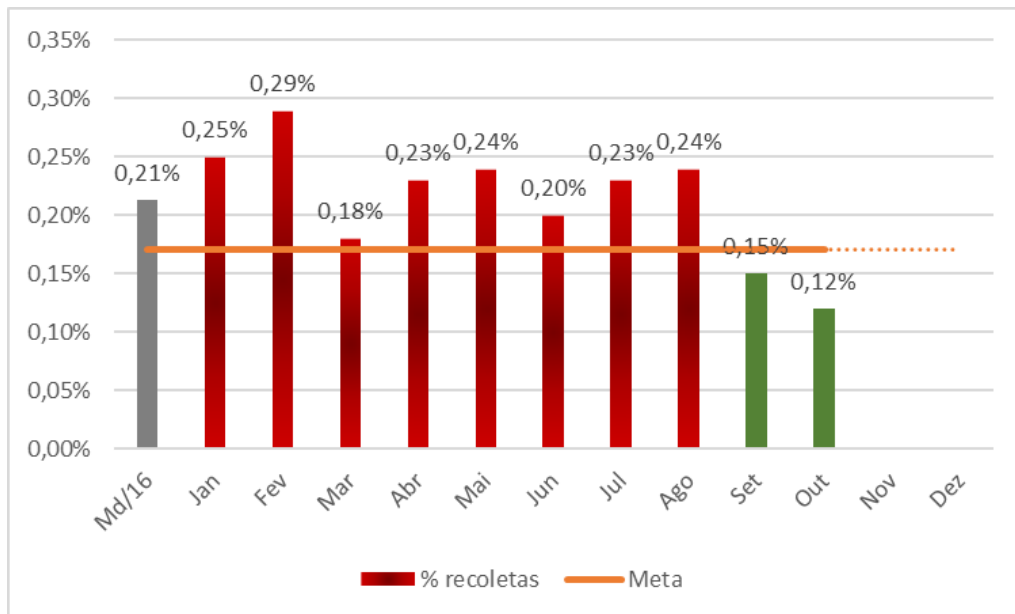
Fonte: Adaptado pela autora (2017).

As informações obtidas evidenciam que no período de janeiro a agosto de 2016 o indicador apresentou valores fora da meta estabelecida e de acordo com o Manual da Qualidade do Laboratório, há necessidade de uma ação corretiva.

Para resolver a não conformidade apresentada acima, foram conjugados os ciclos PDCA (planejar, verificar, executar e agir) e a matriz 5W2H ambos tratam de fases para correção de falhas e implantação de melhoria, desde o seu planejamento inicial, passando pela análise e execução e, chegando ao controle de resultados. Os dois ciclos mencionados tratam não só da gestão por processos, mas principalmente da gestão da qualidade desses processos, colaborando com a redução dos desperdícios, com a padronização e com o aprimoramento contínuo.

A implementação da ferramenta propiciou identificar e avaliar os problemas e definiu as melhores estratégias de correção junto ao responsável pela área tendo apresentado nos meses de setembro e outubro os resultados indicados no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Indicador de coleta



Fonte: Adaptado pela autora (2017).

A análise do gráfico evidencia que após a aplicação das ferramentas da qualidade o índice de coleta teve valor médio de 0,135% nos dois últimos meses do estudo, fazendo com que o Laboratório em estudo superasse as expectativas para o Indicador de Coleta. De fato, a aplicação do PDCA como ferramenta utilizada para a ação corretiva aponta para uma evolução significativa para atingir a meta corporativa do indicador.

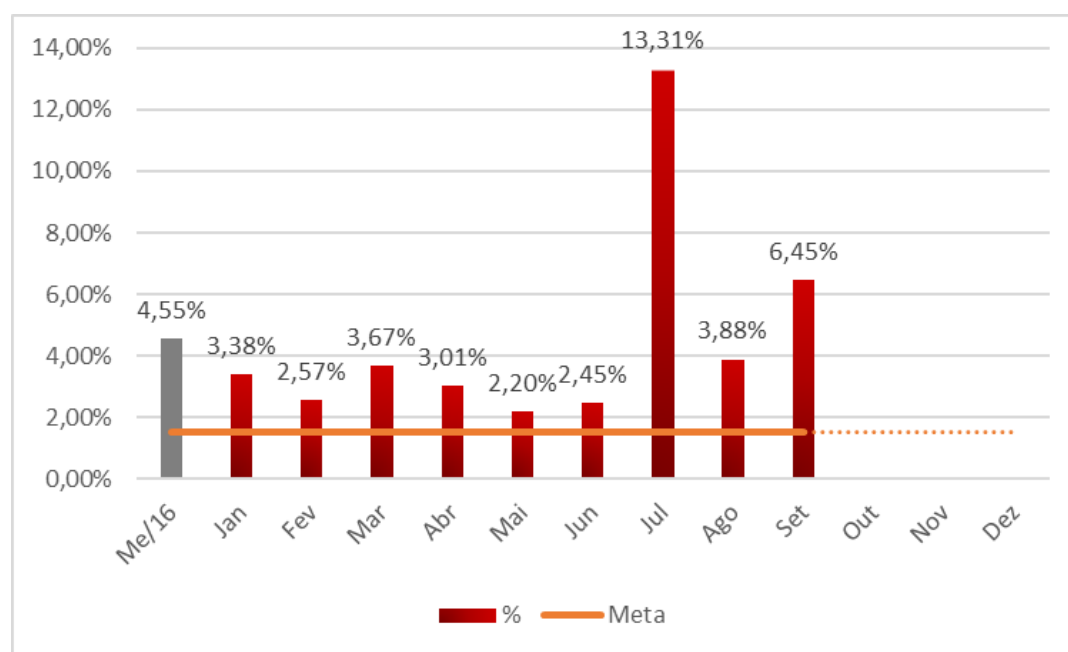
Os resultados apresentados reafirmam as conclusões de Silva (2006), que identificaram em suas pesquisas que o uso do Ciclo PDCA é efetivo para a efetivação de ações de planejamento, efetivação de ações, verificação de controle das ações visando a concretização das melhorias.

Ressalta-se ainda que existem ações em andamento pela equipe do núcleo técnico iniciadas em agosto com foco nas técnicas de punção, centrifugação das amostras e erros de cadastro.

## 4.2 Indicador Descumprimento de Prazo

Para indicador descumprimento de prazo que mede o número de atrasos nos resultados dos exames onde a meta permitida é 1,5% do total de exames realizados no mês, infere-se que quanto menor o valor do indicador, maior é a satisfação dos clientes com o laboratório.

Gráfico 2 - Indicador de Descumprimento de Prazo (Jan-Set)



Fonte: Adaptado pela autora (2017).

Feito o levantamento e análise dos dados, pode-se identificar o comportamento do índice mensal de Descumprimento de Prazo em relação a meta do indicador limitada em no máximo 1,5%. Evidenciou-se que a média anual do Indicador está 3,05% acima meta estabelecida. E que nos meses de julho a setembro o índice atingiu seus maiores piores índices com média mensal de 7,88%, o que ocasionou em uma não conformidade por descumprimento de meta e sendo adotado o plano de ação através do PDCA e da Matriz 5W2H.

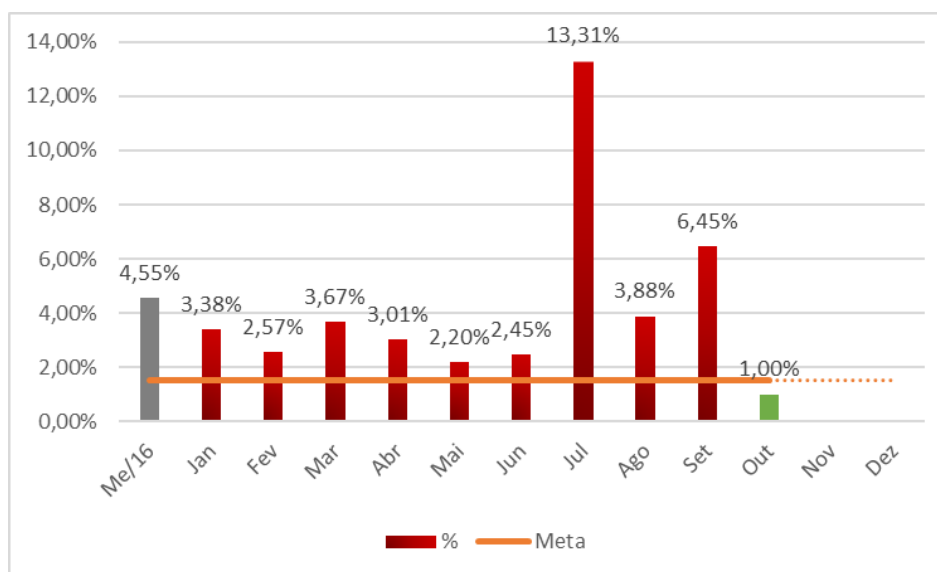
Tabela 2 - Matriz 5W2H - Indicador de Descumprimento de Prazo

O que	Porque	Como	Quando
Descumprimento de meta para o indicador Descumprimento de prazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivo: Evitar a perda da fidelidade do cliente. Redução de custos para o cliente.</li> <li>Benefício: Melhoria no processo de liberação de laudos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerenciamento dos relatórios de pendências com base no horário de Produção de cada exame.</li> <li>Liberação técnica e clínica realizada simultaneamente.</li> <li>Análise dos prazos de cada exame com base no calendário de rotina e de urgência.</li> <li>Bloqueio do Sistema de atendimento alteração de prazos de resultados fora da marcação urgência e rotina.</li> </ul>	Set/out/nov 2016

Fonte: Adaptado pela autora (2017).

A partir da implementação da ferramenta foi possível identificar e avaliar os problemas e definiu as melhores estratégias de correção junto ao responsável pela área tendo apresentado no mês de outubro os resultados indicados no gráfico abaixo

Gráfico 3 - Indicador de Descumprimento de Prazo (Jan-Out)



Fonte: Adaptado pela autora (2017).



O gráfico evidencia que o índice de Descumprimento de Prazo no mês de outubro superou a meta para o indicador, pois teve uma queda de 5,45% em relação ao mês anterior. É observado ainda que o índice de outubro está 3,45% abaixo da média anual para o indicador em estudo.

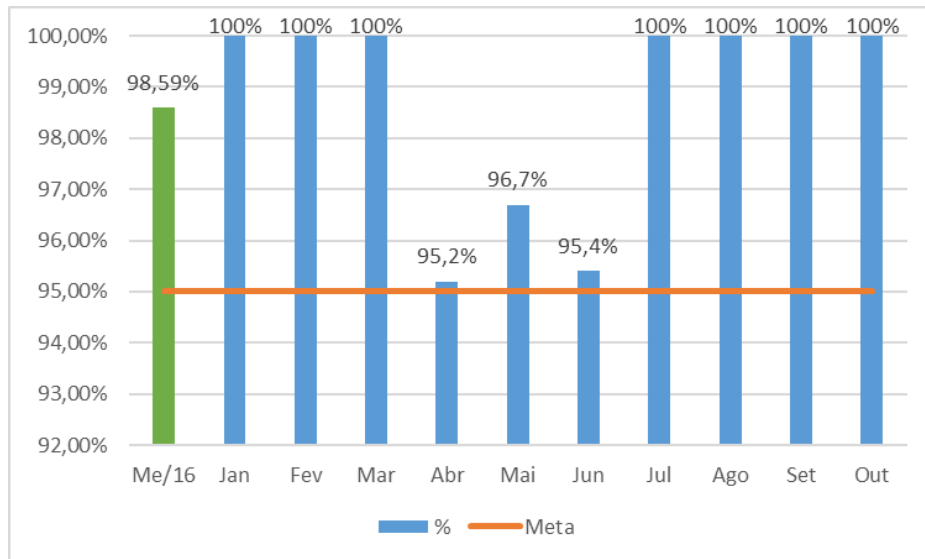
De acordo com Shahangian (2009) o atraso na entrega de resultado geralmente é definido pelos laboratórios clínicos como o tempo de liberação de resultados ocorrido entre o recebimento da amostra pelo laboratório clínico e o tempo de reporte do resultado.

Para Toussaint (2012), é necessário fornecer resultados de confiabilidade, mas também dentro de prazos já que em alguns casos o exame é interferente direto no tratamento do paciente. O não cumprimento de prazos pode resultar no atraso de formulação de diagnóstico terapêutica, ou ter como consequência o prolongamento de internação hospitalar, impactando diretamente no resultado da assistência no tratamento do paciente.

### **4.3 Comunicação para resultados de pânico**

O indicador que monitora os prazos de liberação de exames urgentes denominado comunicação para resultados de Pânico é um resultado extremamente anormal, considerado uma ameaça a vida e requer uma comunicação imediata ao médico e/ou paciente. Por ser considerado pelo laboratório uma urgência médica a meta a ser atingida é que 95% dos exames nessas condições devem ser comunicados ao médico e/ou paciente em até 12 horas.

Gráfico 4 - Comunicação para resultados de pânico



Fonte: Adaptado pela autora (2017).

O gráfico evidencia que os índices mensais estão todos acima da meta para o indicado em estudo sendo observado ainda que em 7 meses o índice atingiu valor máximo o que garantiu uma média de 98,59% nos dez meses do ano.

Segundo Shahangian 2009, a comunicação de resultados críticos pode impactar nas decisões clínicas, na segurança do paciente e na eficiência operacional terapêutica, pois, por definição, representam situações potencialmente ameaçadoras da vida e requerem rápida e oportuna avaliação pelos médicos.

Muitos programas de acreditação contêm requisitos relacionados à comunicação efetiva de valores críticos entre os profissionais que atuam na assistência à saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da identificação e análise do Laboratório em estudo de sua posição no mercado, visão, missão, valores, estrutura organizacional e sua política de qualidade, obtivemos informações suficientes, que nos permitiu a possibilidade de sugerirmos propostas de melhorias que venham agregar valor à empresa melhorando assim suas atividades tornando-a mais competitiva no mercado.

Com a experiência obtida durante a elaboração deste TCC, conseguimos ter uma visão do Sistema de Qualidade do Laboratório em estudo, que tem como atividade principal prestação de serviços assistencial à saúde, nos fazendo ver como funciona seu sistema de qualidade e suas ferramentas para obtenção das metas através um bom planejamento para saber identificar todos os fatores, sejam eles positivos ou negativos que influenciara na tomada da decisão do gestor.

Conhecer seus métodos para a coleta de dados dos clientes, seus indicadores que quantificam e estipulam esses dados para análise e tomada de decisão e, principalmente, conhecer suas ferramentas da qualidade para controlar e aplicar as medidas preventivas, corretivas e/ou de melhorias que são a matéria prima essencial para construir poderosas ferramentas para a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados de assistência à saúde.

Externamente há os requisitos legais e regulamentares, as novas expectativas e necessidades dos clientes (corpo clínico solicitante, pacientes e seus familiares, fontes pagadoras e pesquisadores), as recomendações e diretrizes das sociedades científicas, as inovações tecnológicas, a pressão de concorrência e os fornecedores com uma variedade de novos produtos.

No âmbito interno, os gestores dos laboratórios e suas equipes são confrontados diariamente com a necessidade de demonstrar níveis crescentes de excelência técnica para garantir a confiabilidade de seus resultados, com prazos de entrega cada vez menores, ampliação do menu de exames ofertado e preços menores para a manutenção da sua competitividade.

O trabalho ainda proporcionou para o Laboratório o diagnóstico através dos dados extraídos do Sistema Matrix, identificando a partir da análise de seus indicadores suas forças, fraquezas, ameaças e oportunidades. Como benefícios o Laboratório obteve proposta de melhorias para serem estrategicamente adotadas, visando melhoria no sistema organizacional. Tornando possíveis as metas e os objetivos traçados pelo Laboratório de serem alcançados a partir dos planos de ação adotados.

Assim, pode-se concluir que as falhas possíveis nas diversas fases do laboratório podem ser quantificadas e avaliadas por meio de indicadores. Entretanto, o sistema de indicadores deve ter um foco primordial: Satisfação do cliente, isto é, os

processos devem ser monitorados pela visão do cliente, verificando constantemente se estão efetivamente gerando produtos e serviços que atendam às suas expectativas, sejam estes tantos os clientes internos e/ou externos.

Além disso, pôde-se avaliar, por intermédio dos resultados obtidos, a possibilidade dessas falhas causar a perda da fidelidade do cliente e que todas as ações desenvolvidas contribuíram para o processo de melhoria contínua e conseqüentemente fidelização do cliente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cely de Sousa. **A qualidade total e a controladoria como ferramentas de gestão nas organizações**. 2014. Monografia (Pós-Graduação em Auditoria e Controladoria). Centro de Ensino Superior do Ceará. Fortaleza, 2014.

BERLITZ, F. Almeida. **Indicadores de desempenho na fase analítica**, 2014.

FELDMAN, L.B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FONSECA, Warley Rogério. **Benefícios gerados com a implantação do sistema de gestão da qualidade: um estudo de caso de uma organização no segmento de fundição em Lagoa da Prata - MG**. 2010. Monografia (Graduação em Engenharia da Produção). Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG, Formiga - MG, 2010.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação em Serviços de Saúde**, 2014.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PALC - Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos. **Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial**, 2013.

PROGRAMA De INDICADORES LABORATORIAIS SBPC/ML-ControlLab. Disponível em: <<http://www.controllab.com.br>> Acesso em: 12 nov. 2017.

SHAHANGIAN, W. Acreditação de Laboratórios Clínicos. **Publicação interna da SBPC/ML**, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, José Luiz Toro. **Manual de direito da saúde suplementar**: A iniciativa privada e os planos de saúde. 1.ed. São Paulo: M.A. Pontes, 2006.

SOUZA, R. A. **Análise da qualidade do processo de envase de azeitonas verdes através de algumas ferramentas do controle estatístico de processo.** 2003.

Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Negócios com ênfase em Estatística Aplicada – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2003.

TOUSSAINT, J, GERARD RA. **Uma Transformação na Saúde:** como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman, 2012.

VIEIRA, F.K. et al. A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. **J Bras Patol Med Lab.** v. 47, n. 3, p. 201-210, jun. 2011.