

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
ANDREA CAMARGO SUREK

IMPLANTAÇÃO DE REQUISITOS DA NORMA ISO 9001:2008 NAS ÁREAS DE
TELEFONIA, RECEPÇÃO E CENTRAL DE SERVIÇOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CAJURU E HOSPITAL SANTA CASA

CURITIBA
2011

ANDREA CAMARGO SUREK

IMPLANTAÇÃO DE REQUISITOS DA NORMA ISO 9001:2008 NAS ÁREAS DE
TELEFONIA, RECEPÇÃO E CENTRAL DE SERVIÇOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CAJURU E HOSPITAL SANTA CASA

Relatório de implantação apresentado como
requisito parcial para aprovação na disciplina
de Implantação de Projetos Multidisciplinares
do Curso Superior de Tecnologia em
Secretariado Executivo.

Orientadora: Prof^a Ms. Fernanda Landolfi
Maia.

CURITIBA

2011

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CRONOGRAMA DE PESQUISA DE CAMPO/ENTREVISTAS	17
TABELA 2 – CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS.....	28

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Página inicial do sistema	24
FIGURA 2 – Lista de documentos.....	24
FIGURA 3 – Visualização dos documentos	25
FIGURA 4 – Indicador	27

LISTA DE SIGLAS

ABEC	Associação Brasileira de Educação e Cultura
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APC	Associação Paranaense de Cultura
DDD	Discagem Direta a Distância
DDI	Discagem Direta Internacional
DSC	Diretoria de Serviços Compartilhados
HOT	Hotelaria
HSC	Hospital Santa Casa
HUC	Hospital Universitário Cajuru
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
NA	Não Aplicável
PABX	<i>Private Automatic Branch Exchange</i>
PDCA	<i>Plan, Do, Check and Act</i>
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RG	Registro Geral
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UCE	União Catarinense de Educação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	ANÁLISE DO AMBIENTE	9
3	METODOLOGIA.....	15
4	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	17
4.1	HOT.PRS.007 – MANUAL DA RECEPÇÃO	20
4.1.1	HOT.FOR.021 – Controle de Acesso de Visitantes	20
4.1.2	HOT.FOR.022 – Ficha de Acesso Temporário	20
4.1.3	HOT.FOR.023 – Controle de Liberação de Acompanhante.....	20
4.1.4	HOT.FOR.024 – Controle de Acompanhantes por Enfermaria.....	20
4.1.5	HOT.FOR.025 – Controle de Visitantes – SUS	20
4.2	HOT.PRS.008 – MANUAL DA CENTRAL DE SERVIÇOS	21
4.2.1	HOT.FOR.026 – Livro de Ocorrências da Hotelaria	21
4.2.2	HOT.FOR.027 – Planilha de Controle de Bloqueio de Quarto/Leito e Liberação de Serviço	21
4.2.3	HOT.FOR.028 – Controle de Solicitação do Paciente	21
4.3	HOT.PRS.009 – MANUAL DA TELEFONIA	21
4.3.1	HOT.FOR.029 – Controle de Ligações Particular, DDD ou DDI	21
4.3.2	HOT.FOR.030 – Controle de Escala dos Médicos	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços do Hospital Universitário Cajuru e do Hospital Santa Casa de Curitiba, pertencentes à empresa Associação Paranaense de Cultura, a qual atua em três áreas distintas: Educação, Saúde e Comunicação. O projeto aconteceu durante o curso de Tecnologia em Secretariado Executivo, na disciplina de Implantação de Projetos, no período de 05 de maio de 2011 à 30 de setembro de 2011, totalizando 124 horas.

Nele, buscou-se entender de que maneira uma aluna da área secretarial pode implantar requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade com base na norma da ABNT ISO 9001:2008, para manter um padrão nos processos de telefonia, recepção e central de serviços, proporcionando a melhoria contínua e a satisfação dos clientes.

O objetivo deste trabalho foi implantar uma forma de padronizar o atendimento das áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços e, para que este processo ocorresse, as atividades foram divididas em 6 etapas. Primeiramente foi necessário fazer um levantamento de como são realizados os processos das áreas mencionadas, após o levantamento, ocorreu o mapeamento das atividades e a definição das formas de controle/registros dos processos. Para que estes mapeamentos ficassem disponíveis para consulta, os documentos seguiram as regras de controle de documentos (conforme procedimento interno QMA.PRC.001– Elaboração e Controle de Documentos¹), e foram lançados no sistema *Isosystem*². Fez-se necessário a realização de treinamentos para os colaboradores, o monitoramento da execução do serviço através de indicadores de processo, assim como o acompanhamento das auditorias internas/externas da qualidade.

Durante o processo de implantação deste projeto foi imprescindível acrescentar duas novas etapas: a realização de adequações nos processos, pois ocorreram mudanças estruturais para a melhoria dos serviços da Telefonia, impactando na descrição das atividades, mudanças nos registros e nos processos descritos, e a avaliação da implantação do projeto, para analisar os resultados da

¹ QMA.PRC.001– Elaboração e Controle de Documentos: Documento interno que descreve as regras de controles de documentos e define os modelos padrões de documentos, dentre outras definições.

² *Isosystem*: *Software* de gerenciamento eletrônico de documentos da SoftExpert, utilizado pela diretoria para controlar os documentos do sistema de gestão da qualidade.

implantação na visão dos colaboradores pertencentes aos setores que foram os principais beneficiados. Ao final da implantação dos requisitos o projeto passou por uma avaliação de um auditor externo da ISO 9001:2008.

Com este projeto, foram implantados seis requisitos da norma ISO 9001:2008, sendo eles: 4.2.1 – Requisitos de documentação – generalidades, letra D, 4.2.3 – Controle de documentos, letra D, 4.2.4 – Controle de registros, 6.2.2 – Competência, treinamento e conscientização, letra B, 8.1 – Medição, Análise e Melhoria – Generalidades e 8.5.1 – Melhoria contínua.

2 ANÁLISE DO AMBIENTE

Este projeto foi desenvolvido em uma das unidades Maristas. A congregação Marista foi fundada por São Marcelino Champagnat em 1817, a obra se expandiu rapidamente e hoje está presente em 78 países, os Maristas atuam no Brasil desde 1897, suas unidades administrativas estão divididas em 03 Províncias e 01 Distrito, nós fazemos parte da Província Marista do Brasil Centro Sul, presente em Brasília, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e São Paulo. A Província Marista do Brasil Centro Sul possui três mantenedoras sendo elas:

- Associação Brasileira de Educação e Cultura e União Catarinense de Educação (ABEC/UCE);
- Editora FTD;
- Associação Paranaense de Cultura (APC).

Associação Paranaense de Cultura - APC

A Associação Paranaense de Cultura apresenta uma estrutura típica de uma *Holding* - várias empresas, que atuam em vários ramos de atividades – atuando nas áreas da Educação, Saúde e Comunicação.

Segundo informações disponíveis no site da PUCPR a Associação Paranaense de Cultura possui a seguinte origem:

(...) criada em 31 de dezembro de 1950, com o objetivo de manter a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a APC é uma associação civil de direito privado, filantrópica e com fins educacionais e foi declarada de utilidade pública em janeiro de 1954.

A sigla APC significa:

A – Aliança Saúde: composta pelo Hospital Santa Casa, Hospital Nossa Senhora da Luz, Hospital Universitário Cajuru, Hospital e Maternidade Alto Maracanã e Plano de Saúde Ideal.

P – PUCPR: com campus em Curitiba, São José dos Pinhais, Londrina, Maringá e Toledo.

C – Comunicação e Negócios Suplementares: a comunicação é representada pelo Grupo Lumen (rádios Clube AM e FM, Lumen FM e Paraná AM, TV Lumen, afiliada do Canal Futura - Fundação Roberto Marinho e a repetidora da Rede Vida de Televisão).

A instituição ainda desenvolve outras atividades de apoio e suporte às ações de saúde, educação e assistência social.

Segundo o site da PUCPR a Associação Paranaense de Cultura possui a seguinte missão, visão e valores:

Missão

A missão da APC é gerir, orientar e auxiliar as unidades mantidas e controladas a formar cidadãos humanos, éticos, justos e solidários para a transformação da sociedade, por meio de processos educacionais de excelência, fundamentados nos valores do Evangelho, do jeito Marista.

Fonte: < <http://www.pucpr.br/apc/planoestrategico.php>> acesso em 02/11/2011

Visão

Até 2022, a APC se distinguirá pela amplitude e profundidade de sua ação evangelizadora e de promoção humana, pelo porte e sustentabilidade de suas unidades de negócios, e pela excelência de seus produtos e serviços.

Fonte: < <http://www.pucpr.br/apc/planoestrategico.php>> acesso em 02/11/2011

Valores da APC

Os valores da instituição estão baseados nos princípios educativos Maristas.

Os valores são definidos como princípios que guiam a vida da organização e são associados a um conjunto de normas e regras compartilhadas. Desta forma, os valores professados pela APC são invariantes para todas as pessoas e todas as organizações que dela fazem parte. São eles: Simplicidade, Amor ao Trabalho, Espiritualidade, Justiça, Presença, Sensibilidade Comunitária (Espírito de Família).

Fonte: < <http://www.pucpr.br/apc/planoestrategico.php>> acesso em 02/11/2011

ORGANOGRAMA DA APC



Fonte: < <http://www.pucpr.br/apc/organogramaapc.php> > acesso em 26/05/2011

Segundo o site da PUCPR, a rede de hospitais denominada Aliança Saúde possui a seguinte estrutura:

Na busca pela excelência da educação na área da saúde, a APC vem estruturando uma sólida rede de hospitais de ensino por meio da Aliança Saúde PUCPR - Santa Casa. São quase dois mil e quinhentos profissionais atuando em quatro hospitais que reúnem cerca de mil leitos; uma ampla gama de serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos; dois grandes centros de ambulatorios e um pólo de indústrias hospitalares.

O Hospital Universitário Cajuru é um hospital geral multiespecializado, com ênfase em alta complexidade nas especialidades voltadas ao setor de emergências e traumas.

O Hospital de Caridade da Santa Casa de Curitiba é um hospital geral, com clínicas médicas e cirúrgicas e serviços de referência e alta complexidade em dor torácica, cateterismo cardíaco, cirurgias cardíacas e transplantes de órgãos.

O Hospital Nossa Senhora da Luz é um hospital especializado em psiquiatria e dependência química (álcool e drogas).

O Hospital Maternidade Alto Maracanã é um hospital especializado voltado ao atendimento pré-natal e ao parto.

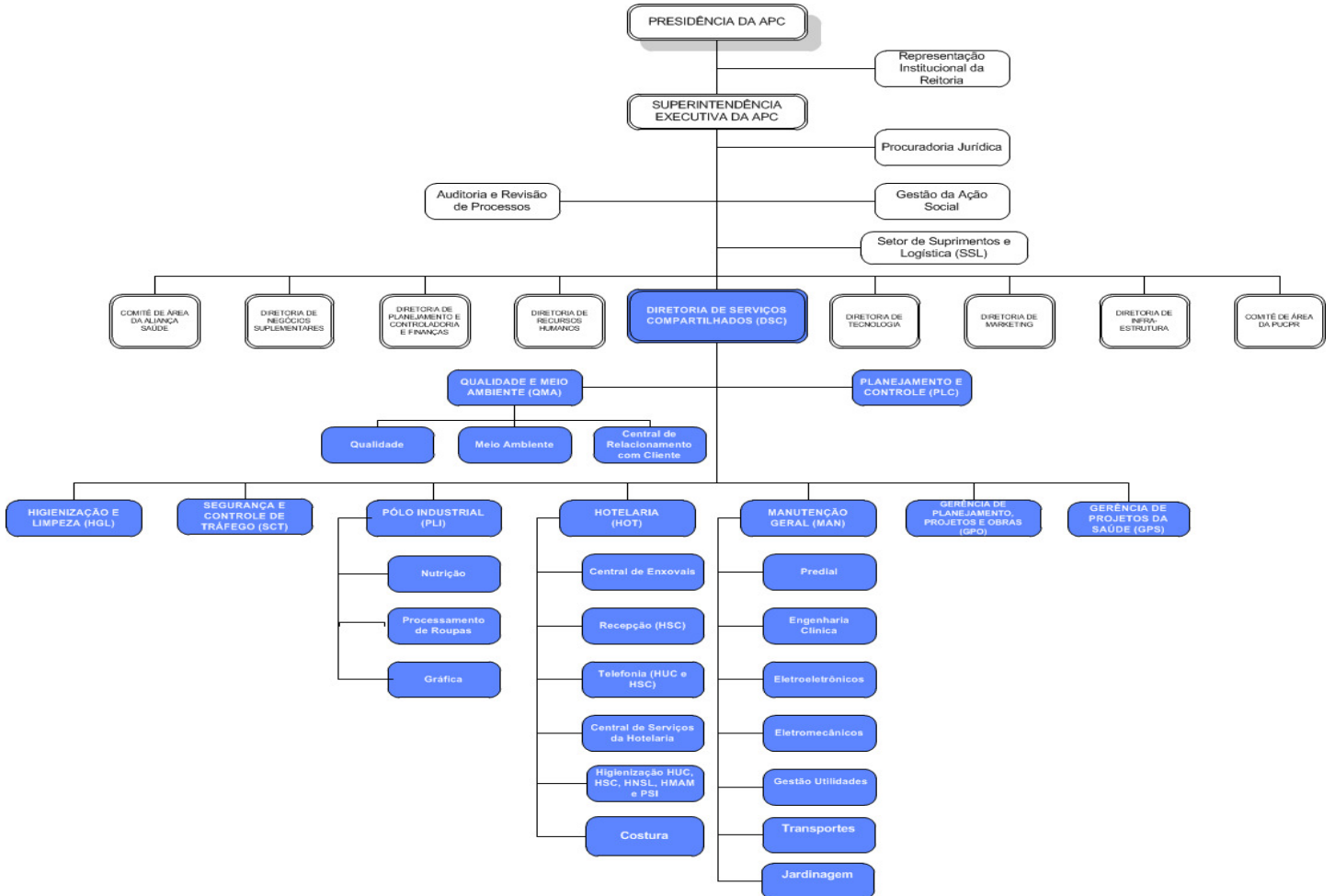
O Plano Saúde Ideal vem se consolidando como uma das mais importantes empresas médico-hospitalares de Curitiba, ocupando uma posição de destaque entre as organizações de medicina de grupo.

Fonte: < <http://www.pucpr.br/apc/apcprovincia.php> > acesso em 03/06/2011

Dentro da Estrutura da APC que conta hoje com 7.598 colaboradores, encontra-se a Diretoria de Serviços Compartilhados – DSC criada em 2006 com o

objetivo de unir a prestação de serviços corporativos da instituição, hoje composta por 1.352 colaboradores, divididos em sete setores.

A seguir está apresentado o organograma da DSC:



Fonte: QMA.MGQA.001 - Manual do Sistema de Gestão da Qualidade e Ambiental _rev12 (2011),

Missão

A missão da Diretoria de Serviços Compartilhados é oferecer soluções e serviços corporativos que agreguem valor e competitividade às áreas de atuação da APC, com fundamento nos valores do Evangelho, do jeito Marista.

Fonte: QMA.MGQA.001 - Manual do Sistema de Gestão da Qualidade e Ambiental _rev12

Visão

Até 2022, a APC se distinguirá pela amplitude e profundidade de sua ação evangelizadora e de promoção humana, pelo porte e sustentabilidade de suas unidades de negócios, e pela excelência de seus produtos e serviços.

Fonte: QMA.MGQA.001 - Manual do Sistema de Gestão da Qualidade e Ambiental _rev12

Valores

Presença, Espírito de Família, Justiça, Espiritualidade, Amor ao Trabalho, Simplicidade.

Fonte: QMA.MGQA.001 - Manual do Sistema de Gestão da Qualidade e Ambiental _rev12

Descrição das áreas:

Todas as três áreas mencionadas a seguir pertencem ao setor de Hotelaria que por sua vez pertence à Diretoria de Serviços Compartilhados. O setor de Hotelaria é o setor responsável pela limpeza e higienização dos hospitais Cajuru e Santa Casa, troca dos enxovais nos quartos/leitos, recepção, telefonia e central de serviços, conta com uma equipe de 345 colaboradores espalhados nos 04 hospitais da Aliança Saúde (Hospital Universitário Cajuru, Hospital Santa Casa, Hospital Nossa Senhora da Luz e Hospital e Maternidade Alto Maracanã). No Hospital Santa Casa a Hotelaria possui 103 colaboradores sendo distribuídos da seguinte forma: na Central de Serviços: 02, Telefonia: 08, Recepção: 07, Central de Enxovais: 13, Higienização: 71 e 02 colaboradores administrativos, no Hospital Universitário Cajuru a Hotelaria possui 103 colaboradores distribuídos da seguinte forma: na Central de Serviços: 02, Telefonia: 08, Central de Enxovais: 13, Higienização: 78 e 02 colaboradores administrativos.

O documento interno HOT.REG.004 - Proposta Técnico Comercial Hotelaria HSC_rev01 elaborado em 01/11/2011 descreve as áreas da seguinte forma:

Telefonia: O serviço de telefonia tem como objetivo o recebimento e transferência de ligações aos setores e realização de ligações, quando solicitadas, conforme política interna de telefonia do hospital.

Prestar informações relacionadas ao atendimento, transferência e realização de ligações.

Central de Serviços: A prestação deste serviço é realizada através do Sistema de Informações Hospitalar APC, onde monitoramos toda a dinâmica de prestação de serviços (Higienização - HGL, Manutenção - MAN e Central de enxovais) nos quarto/leitos através das informações de alta repassadas pela enfermagem.

Após a execução dos serviços citados acima, a central de serviços disponibiliza o quarto/leito como livre para o setor de internamento.

A prestação de serviço 24 horas ocorre pela solicitação de serviços de apoio (Higienização, Manutenção, Nutrição, Central de Enxovais e

Segurança), pelo paciente. A Central de Serviços 24 horas faz contato com a área responsável pelo serviço solicitado.

Recepção: A prestação de serviços das Recepções Rui Barbosa e Frei Caneca são realizados através da identificação dos visitantes, acompanhantes de pacientes internados, colaboradores, acadêmicos e prestadores de serviços terceirizados. Após a identificação é prestada a informação de como chegar até o local desejado.

3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste projeto utilizou-se como metodologia a pesquisa de campo, entrevista, pesquisa bibliográfica e documental. Inicialmente vamos definir o que é metodologia científica e pesquisa. Segundo Rodrigues (2007, p. 02), a metodologia científica é definida como “um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”.

Já a pesquisa para Silva e Menezes (2001, p. 20), pode ser considerada como “um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo”.

Segundo Rodrigues (2007, p. 04), a finalidade da pesquisa pode ser:

Pesquisa pura (básica): satisfação do desejo de adquirir conhecimentos, sem que haja uma aplicação prática prevista.

Pesquisa aplicada: os conhecimentos adquiridos são utilizados para aplicação prática voltados para a solução de problemas concretos da vida moderna.

Para que fosse possível mapear estes processos, o primeiro passo foi a pesquisa de campo e a entrevista, que tiveram como objetivo levantar informações de como o processo é realizado, para que pudéssemos identificar a necessidade de padronização e melhoria. Segundo Rodrigues (2007, p. 07), a pesquisa de campo “é a observação dos fatos tal como ocorrem. Não permite isolar e controlar as variáveis, mas perceber e estudar as relações estabelecidas”. Já a entrevista, é definida por Gil (1999, p. 60), como:

A técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam a investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

O segundo passo foi a pesquisa bibliográfica e documental definidas por GIL (2002, p. 44), como:

Pesquisa Bibliográfica: é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Pesquisa Documental: vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico.

Na etapa da pesquisa bibliográfica e documental será avaliado se os dados/processos mapeados na pesquisa de campo atendem os requisitos da ISO 9001:2008 e os documentos internos do Sistema de Gestão da Qualidade da Diretoria de Serviços Compartilhados.

Além das metodologias citadas acima, foi utilizado o sistema chamado Isosystem <<http://isosystem.pucpr.br/isosystem>> da SoftExpert, para controlar os documentos elaborados.

4 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

O projeto foi desenvolvido com base nas informações de padronização descritas por Campos (2004, p. 51), onde o autor menciona as seguintes etapas:

- Mapeie sua área. Faça um fluxograma para cada produto de sua gerência, explicitando os vários PROCESSOS. Não queira fazer perfeito da primeira vez. Não tenha medo de errar. Comece pelo seu produto prioritário;
- Faça um fluxograma que reflita a situação real e não aquela que você imagina. Vá ao local real e converse com as pessoas. Verifique;
- Quando o fluxograma estiver pronto, critique-o. Convoque um grupo de pessoas e por meio de um *brainstorming* pergunte: A. este processo é necessário? B. Cada etapa do processo é necessária? C. É possível simplificar? D. É possível adotar novas tecnologias (informatização ou automação) no todo ou em parte? E. O que é possível centralizar/descentralizar?
- Monte um manual para cada processo importante.

1ª ETAPA: Fazer o levantamento de como são realizados os processos da Telefonia, Recepção e Central de Serviços - programado 15/05/2011 - 30/05/2011 – 25hs.

Esta etapa foi realizada no período de 13/05/2011 à 30/05/2011, neste período foram realizadas 05 visitas nas unidades sendo divididas da seguinte forma:

TABELA 1 – CRONOGRAMA DE PESQUISA DE CAMPO/ENTREVISTAS

Visitas nos Hospitais			
Data	Horário	Unidade	Descrição da atividade
13/5/2011	08h00 - 10h50	HUC	Entrevistados 04 colaboradores, sendo 02 colaboradores da Central de Serviços e 02 colaboradores da telefonia, mapeado as seguintes informações: <ul style="list-style-type: none"> • Central de Serviços: Como acessar o sistema Hospitalar, como bloquear e liberar um quarto/leito, quais os motivos de bloqueio de quarto/leito e como funciona o processo de controle de liberação dos quartos/leitos após os processos de limpeza, manutenção e troca de enxovais. • Telefonia: Funcionalidades de algumas teclas do PABX, qual a prioridade de ligações, como utilizar o interfone.

13/5/2011	14h00 - 17h48	HSC	Entrevistados 03 colaboradores, sendo 01 da Central de Serviços e 02 da telefonia, mapeado as seguintes informações: <ul style="list-style-type: none"> • Central de Serviços: Como é o processo de alta, processo de controle de liberação dos quartos/leitos. • Telefonia: Funcionalidades de outras teclas do PABX, prioridade de ligações, ligações particulares.
18/5/2011	13h00 - 15h30 16h30 - 17h48	DSC	Descrito o primeiro esboço dos procedimentos.
23/5/2011	08h00 - 12h00	HUC	Entrevistado 01 colaborador da Central de Serviços, mapeado as informações referentes ao livro de ocorrências e ao processo de solicitação dos pacientes.
23/5/2011	13h00 - 17h48	HSC	Entrevistados 03 colaboradores, sendo 01 da Recepção da Frei Caneca e 02 da Recepção Rui Barbosa, mapeado as seguintes informações: Quem pode acessar o hospital, quais os setores de visitas, qual os horários e as regras para acompanhantes, visitantes, colaboradores e acadêmicos. Como consultar informações referentes à quarto/leito de um paciente internado, forma de identificação dos visitantes, controle de troca de acompanhantes do SUS.
30/5/2011	08h30 - 15h30	HSC	Acompanhado a auditoria interna da Qualidade realizada na área da Recepção do HSC. Nesta auditoria foi possível ter um contato maior com os colaboradores do setor e com os seus processos.

Fonte: Elaboração própria, 2011.

Nesta etapa, utilizou-se a metodologia de pesquisa de campo e entrevista, pois foram entrevistados colaboradores que atuam na área e conheciam os processos internos. Foram levantados todos os dados inerentes as atividades. Todos os colaboradores entrevistados demonstraram boa vontade em ajudar a mapear os seus processos, mesmo com a correria do dia-a-dia, pois não foi necessário retirar o colaborador de seu posto de trabalho, ao contrário, o processo foi sendo mapeado enquanto as atividades aconteciam.

Durante esta etapa, foram realizadas 03 reuniões de acompanhamento com as coordenadoras das áreas em questão, os temas abordados foram: atividades necessárias para a implantação dos requisitos da ISO 9001:2008, informações coletadas durante as visitas e modelos de registros que deveriam tornar-se padrão.

O próximo passo seria mapear/procedimentar os processos identificados e definir as formas de controle.

2ª ETAPA: Mapear / procedimentar os processos identificados e Definir as formas de controle dos processos – programado 30/05/2011 - 30/06/2011 – 27hs.

Nesta etapa, realizada no período de 01/06/2011 à 24/06/2011, foram descritos os procedimentos padrões³ conforme os modelos definidos pelo QMA.PRC.001 – Elaboração e Controle de Documentos. Segundo Campos (2004, p. 51) “o padrão é o instrumento que indica a meta (fim) e os procedimentos (meios) para execução dos trabalhos, de tal maneira que cada um tenha condições de assumir a responsabilidade pelos resultados de seu trabalho”.

Nesta etapa foi desenvolvido o requisito 4.2.1 - Requisitos de documentação – Generalidades letra D da ISO 9001:2008, p. 02, onde menciona que a documentação do sistema de gestão da qualidade deve incluir “Documentos, contemplando registros, determinados pela organização como necessários para assegurar o planejamento, a operação e o controle eficaz de seus processos.” Para atender este requisito, foi elaborado um procedimento setorial para cada uma das áreas, todos os documentos estão relacionados a seguir:

Para cada documento do Sistema de Gestão da Qualidade, existe uma identificação em forma de código estruturado da seguinte forma: AAA.BBB.000, ou AAA.BBBB.000.

AAA - Este campo é preenchido com a sigla do setor que deu origem ao documento, as siglas utilizadas neste projeto são: QMA – Setor da Qualidade e Meio Ambiente e HOT – Setor de Hotelaria

BBB ou BBBB – Este campo é preenchido com o tipo de documento, podendo ser: PRC – Procedimento Corporativo, PRS – Procedimento Setorial, PRO – Procedimento Operacional, FOR – Formulário, REG – Proposta Técnica Comercial, MGQA – Manual do Sistema de Gestão da Qualidade e Ambiental.

000 – Este campo é preenchido com a sequência numérica dos documentos.

³ Padrão: O padrão é o próprio planejamento do trabalho a ser executado pelo indivíduo ou pela organização. CAMPOS (2004),

4.1 HOT.PRS.007 – MANUAL DA RECEPÇÃO

Neste documento está descrito as regras para pacientes, visitantes, colaboradores e/ou acadêmicos adentrarem no Hospital Santa Casa, os horários estabelecidos para visitas do SUS, horários para troca de acompanhantes do SUS, como consultar as informações do paciente no Sistema de Informação Hospitalar (unidade, quarto/leito, data do internamento, data da alta, motivo da alta). Este documento apresenta no campo anexo um mapa do hospital. Com este manual foram padronizados os registros que se fazem necessários na execução das atividades diárias, sendo eles:

4.1.1 HOT.FOR.021 - Controle de Acesso de Visitantes

Documento no qual devem ser preenchidas as informações dos visitantes, tais como: nome, nº de documento, unidade/setor e quarto a ser visitado, data e hora do acesso ao hospital.

4.1.2 HOT.FOR.022 - Ficha de Acesso Temporário

Documento preenchido por colaboradores ou acadêmicos que esqueceram o seu crachá/carteirinha para que o acesso ao hospital seja liberado, neste documento deve conter o nome do colaborador/acadêmico, cargo/função, nº do RG, telefone para contato e assinatura.

4.1.3 HOT.FOR.023 - Controle de Liberação de Acompanhante

Neste documento são registrados todos os acompanhantes do SUS que possuem a autorização para acompanhantes ou a autorização para troca de acompanhantes em qualquer horário, neste documento deve conter o nome do paciente, unidade que está internado, data inicial e final da autorização para acompanhante e o nome do enfermeiro (a) que liberou o acompanhante.

4.1.4 HOT.FOR.024 - Controle de Acompanhantes por Enfermaria

Neste documento são registrados os dados dos acompanhantes que adentraram no hospital, as informações do nome do paciente, nome do acompanhante, nº do documento, horário da entrada, enfermaria/leito a ser visitado devem ser preenchidos.

4.1.5 HOT.FOR.025 - Controle de Visitantes – SUS

Neste documento é controlado a quantidade de visitantes do SUS por quarto/leito.

4.2HOT.PRS.008 – MANUAL DA CENTRAL DE SERVIÇOS

Neste documento estão descritos as regras e os motivos para bloquear ou liberar um quarto/leito, como fazer o bloqueio/liberação de um quarto/leito no Sistema de Informação Hospitalar, como funciona o processo de solicitação de serviços do paciente. Este documento apresenta no campo anexo duas tabelas com as informações de quais quarto/leitos dos hospitais HUC e HSC são utilizadas pelo SUS e quais são utilizadas pelo Convênio/Particular. Com este manual foram padronizados os registros que se fazem necessários na execução das atividades diárias, sendo eles:

4.2.1 HOT.FOR.026 – Livro de Ocorrências da Hotelaria

Neste documento são, registradas todas as ocorrências de cada plantão, por exemplo, as informações de bloqueio ou liberação de um quarto/leito. Os campos data, hora, nome do solicitante, setor do solicitante e a descrição da ocorrência devem ser preenchidos.

4.2.2 HOT.FOR.027 - Planilha de Controle de Bloqueio de Quarto/Leito e Liberação de Serviço

Neste documento, é controlado o tempo da execução dos serviços de Higienização, Manutenção e Central de Enxovais nos quartos/leitos que foram desocupados (pacientes que receberam alta).

4.2.3 HOT.FOR.028 – Controle de Solicitação do Paciente

Neste documento são registradas as informações de solicitações dos pacientes, data, posto, quarto/leito, setor solicitado, tipo de solicitação, hora da solicitação e hora da finalização da solicitação.

4.3HOT.PRS.009 – MANUAL DA TELEFONIA

Neste documento está descrito o texto padrão de atendimento telefônico, como operar o sistema de telefonia chamado AC-Win da SIEMENS, quais são os locais/ligações que têm prioridade no atendimento, regras para realização de ligações particulares, DDD ou DDI. Este documento apresenta no campo anexo a sugestão de um alfabeto fonético. Com este manual foram padronizados os registros que se fazem necessários na execução das atividades diárias, sendo eles:

4.3.1 HOT.FOR.029 - Controle de Ligações Particular, DDD ou DDI

Neste documento são registradas as informações de data, hora, nome do

solicitante, setor do solicitante, número do telefone e o nome da telefonista que atendeu a solicitação de ligação particular, DDD ou DDI.

4.3.2 HOT.FOR.030 – Controle de Escala dos Médicos

Neste documento é controlada a entrega da escala dos médicos que estarão de plantão durante a semana/mês.

Nesta etapa também foram desenvolvidos os macro processos⁴ da Hotelaria no período de 24/06/2011 à 17/07/2011. Foram elaborados 03 macros processos: HOT.PRS.011 – Macro processo Central de Serviços, HOT.PRS.012 – Macro processo Telefonia, HOT.PRS.013 – Macro processo Recepção, todos apresentam a descrição dos processos destas áreas de uma forma ampla.

Foram padronizados os registros das atividades (formulários), e elaborada a tabela de controle de registros (HOT.PRO.047 – Tabela de Controle de Registros da Telefonia, Recepção e Central de Serviços), para definir a forma e o tempo de armazenamento dos documentos, atendendo ao requisito 4.2.4 – Controle de Registros da ISO 9001:2008, p. 03.

Registros estabelecidos para prover evidência de conformidade com requisitos e da operação eficaz do sistema de gestão da qualidade devem ser controlados.

A organização deve estabelecer um procedimento documentado para definir os controles necessários para a identificação, armazenamento, proteção, recuperação, retenção e disposição dos registros.

Registros devem permanecer legíveis, prontamente identificáveis e recuperáveis.

Nesta etapa foram realizadas 04 reuniões de acompanhamento com as coordenadoras das áreas em questão, os temas abordados foram: verificação do conteúdo descrito em cada manual, definição da forma de registros de algumas atividades, definição do modo de arquivamento dos registros e mapeamento das áreas.

Com os processos já mapeados o próximo passo seria controlar e divulgar estes documentos.

⁴ Macro processos: “Desenhar o fluxograma de um processo é documentar graficamente a sucessão de atividades realizadas pela empresa para projetar, produzir e entregar seu produto, seja esse um bem ou um serviço, envolve tanto as atividades que agregam, como as que não agregam valor ao cliente.” NICOLETTI (2009, p. 22) Conhecendo o Fluxo da Organização in Banas Qualidade.

3ª ETAPA: Controlar os documentos das áreas através do sistema de Controle de Documentos - 30/06/2011 - 15/07/2011– 4hs.

Após a aprovação dos documentos os mesmos foram lançados no sistema chamado Isosystem da SoftExpert, no módulo *Document* conforme figuras 1, 2 e 3. Este lançamento ocorreu em duas etapas, a primeira no dia 01/07/2011, quando os procedimentos HOT.PRS.007, HOT.PRS.008, HOT.PRS.009 e seus formulários foram disponibilizados no sistema para consulta de todos os usuários e a segunda etapa realizada no dia 19/08/2011, foram lançados os macro processos das áreas e a tabela de controle de registros.

Este sistema é acessado em uma página da internet, onde todas as pessoas cadastradas podem visualizar os documentos. Os colaboradores das áreas possuem permissão para imprimir e/ou fazer *download* dos formulários para efetuar os seus registros.

A cada revisão e/ou documento novo lançado, o sistema envia um e-mail automático para todos os colaboradores cadastrados naquela área, informando qual é o documentos novo/revisado. Estas funcionalidades permitem que todos os colaboradores fiquem informados das alterações dos seus processos, bem como o controle efetivo dos documentos do sistema de gestão da qualidade.

A disponibilização dos documentos no sistema *Isosystem* atende ao requisito 4.2.3 - Controle de documentos, letra D da ISO 9001:2008, p. 03 “Assegurar que as versões pertinentes de documentos aplicáveis estejam disponíveis nos locais de uso.”

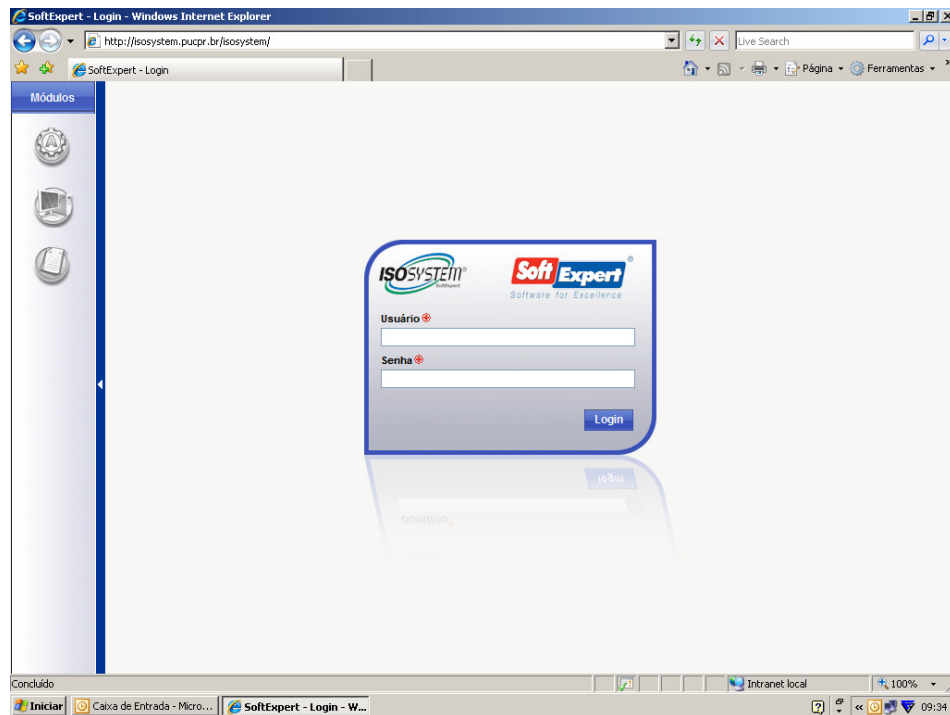


Figura 1 – Página inicial do sistema, nela o usuário pode digitar o seu *login* e senha para acesso.

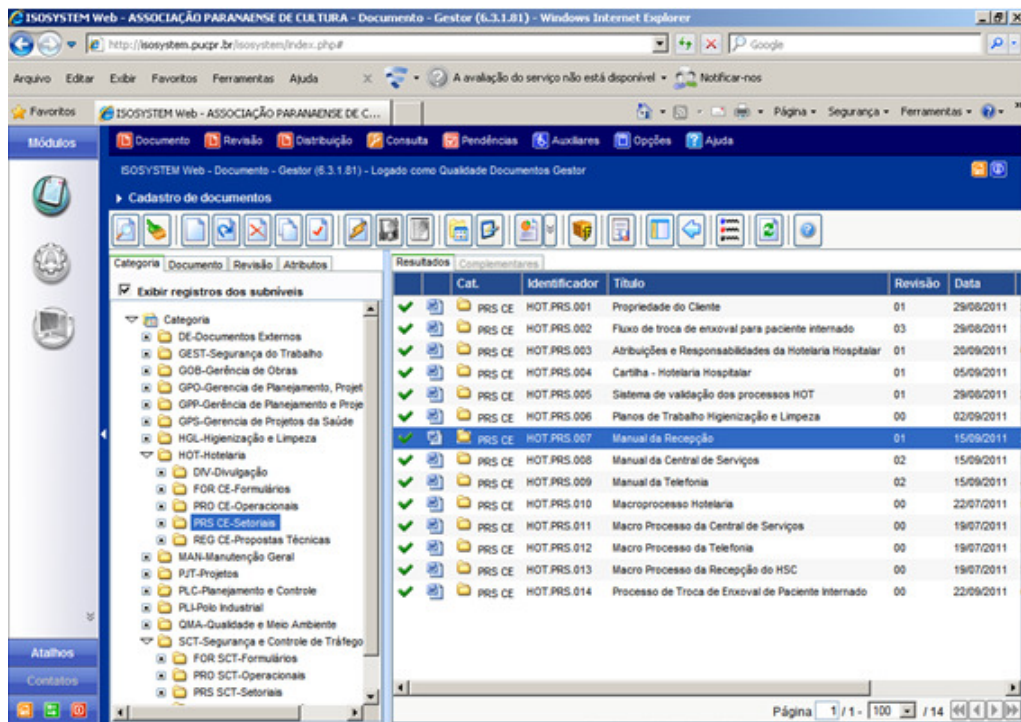


Figura 2 – Lista de Documentos, ao selecionar a pasta do setor desejado e o tipo de documento o sistema gera uma lista com todos os documentos que estão disponíveis nesta pasta.



Figura 3 – Visualização dos Documentos, esta figura mostra o forma como o usuário visualiza os documentos.

Com o controle e a divulgação dos documentos o próximo passo foi definir quais processos deveriam ser monitorados através de indicadores.

4ª ETAPA: Monitorar a execução dos serviços através de indicadores - 30/06/2011 - 31/07/2011– 10hs.

Para controlar efetivamente os processos de Telefonia, Recepção e Central de Serviços, foi necessário desenvolver ferramentas para mensuração do desempenho, para que fosse possível a comparação do desempenho das áreas com as metas estipuladas e a correção dos possíveis desvios.

Segundo Campos (2004, p. 78 e 81), para iniciar o monitoramento de um processo:

- Comece por aquilo que estiver lhe causando problemas. Comece a monitorar um item de cada vez, para que você possa desfrutar o prazer de melhorar os seus resultados;
- Estabeleça um item de controle: “porcentagem de faturas defeituosas”;
- Faça um gráfico. Levante dados (por exemplo, faça uma amostragem mensal de faturas e verifique aquelas que apresentam imperfeições);
- Estabeleça uma meta (valor a ser atingido e prazo no qual este valor deve ser conseguido);

- Um gráfico sequencial de itens de controle de melhoria deve conter: 1. A denominação do item de controle: “consumo de energia”. 2. A unidade: “kWh/t”. 3. Uma escala para o item de controle e outra para o tempo. 4. Os resultados médios dos anos anteriores como referência.
- Uma seta indicando a direção “melhor”.

Com o objetivo de mensurar o desempenho das áreas em questão, foram elaborados no dia 28/07/2011 os indicadores de processo, o modelo de indicador utilizado está representado na figura 4. A lista de indicadores elaborados está descrita a seguir:

1. Telefonia: Quantidade de Ligações Recebidas e Quantidade de Ligações Realizadas.
2. Recepção: Quantidade de Visitantes.
3. Central de Serviços: Percentual de Solicitações Atendidas no Prazo.

Com a mensuração do desempenho das áreas em questão, o requisito 8.1 - Medição, análise e melhoria - Generalidades da ISO 9001:2008 p. 12, passou a ser atendido, este requisito apresenta a seguinte citação:

A organização deve planejar e implementar os processos necessários de monitoramento, medição, análise e melhoria para

- a) demonstrar a conformidade aos requisitos do produto;
- b) assegurar a conformidade do sistema de gestão da qualidade, e
- c) melhorar continuamente a eficácia do sistema de gestão da qualidade.

Isso deve incluir a determinação dos métodos aplicáveis, incluindo técnicas estatísticas, e a extensão de seu uso.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE																																																																																																							
FOLHA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - FID																																																																																																							
TÍTULO DO PROCESSO :							IDENTIFICAÇÃO:																																																																																																
							HOTELARIA - CENTRAL DE SERVIÇOS (HUC)																																																																																																
TÍTULO DO INDICADOR : Percentual de Solicitações Atendidas no Prazo							SIGLA : PSACS		ÁREA : HOT			RESPONSÁVEL : Hotelaria																																																																																											
PROPÓSITO : Acompanhar as solicitações atendidas.										MÊS / ANO : Setembro 2011																																																																																													
CRITÉRIO DE CÁLCULO : Solicitações atendidas dentro do prazo pelo total.							UNIDADE DE MEDIDA : Percentual			PERIODICIDADE : Mensal																																																																																													
OBSERVAÇÕES :																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>Média Ano 2010</th> <th>jan/11</th> <th>fev/11</th> <th>mar/11</th> <th>abr/11</th> <th>mai/11</th> <th>jun/11</th> <th>jul/11</th> <th>ago/11</th> <th>set/11</th> <th>out/11</th> <th>nov/11</th> <th>dez/11</th> <th>Média Atual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OBJETIVO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MAN</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>65</td> <td>28</td> <td>53</td> <td>53</td> <td>54</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NUT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>57</td> <td>0</td> <td>36</td> <td>59</td> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HOT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>94</td> <td>12</td> <td>28</td> <td>28</td> <td>61</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>REALIZADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>72</td> <td>13</td> <td>39</td> <td>47</td> <td>47</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														PERÍODO	Média Ano 2010	jan/11	fev/11	mar/11	abr/11	mai/11	jun/11	jul/11	ago/11	set/11	out/11	nov/11	dez/11	Média Atual	OBJETIVO						75	75	75	75	75	75	75	75		MAN						65	28	53	53	54					NUT						57	0	36	59	27					HOT						94	12	28	28	61					REALIZADO						72	13	39	47	47				
PERÍODO	Média Ano 2010	jan/11	fev/11	mar/11	abr/11	mai/11	jun/11	jul/11	ago/11	set/11	out/11	nov/11	dez/11	Média Atual																																																																																									
OBJETIVO						75	75	75	75	75	75	75	75																																																																																										
MAN						65	28	53	53	54																																																																																													
NUT						57	0	36	59	27																																																																																													
HOT						94	12	28	28	61																																																																																													
REALIZADO						72	13	39	47	47																																																																																													
TOMADAS DE AÇÃO: RO 2722 ABERTA PARA RECUPERAÇÃO DE DESEMPENHO.																																																																																																							
PLANO DE AÇÃO : NÃO X SIM - Data Abertura: 24 / 09 / 2011																																																																																																							

Figura 04 – Indicador, esta figura mostra o modelo de indicadores utilizados pelo sistema de gestão da qualidade da DSC, o qual está baseado na metodologia *Balanced Scorecard*⁵.

Com a definição dos processos a serem monitorados através de indicadores, o próximo passo foi realizar treinamentos para que os colaboradores soubessem o que é o Sistema de Gestão da Qualidade, os indicadores de processo, como realizar as suas atividades e a importância de registrar os dados corretamente nos formulários, pois por meio destes dados são gerados alguns indicadores.

5ª ETAPA: Fazer treinamentos sobre o Sistema de Gestão da Qualidade e procedimentos das áreas – programado para 15/07/2011 - 15/08/2011– 35hs.

No dia 14/07/2011, foi desenvolvida uma apresentação (conforme apêndice A), com as principais informações sobre o Sistema de Gestão da Qualidade e na

⁵ *Balanced Scorecard (BSC)*: um sistema de gestão estratégica que traduz a missão e a estratégia de organizações em um conjunto abrangente de medidas de desempenho organizacional, alocadas sob as seguintes perspectivas: desempenho financeiro, conhecimento do cliente, processos internos, aprendizado e crescimento. (DAMACENO 2009).

filosofia do 5S, que é uma das ferramentas utilizadas para implantar um sistema de gestão da qualidade. Para que os colaboradores soubessem como utilizar o sistema *Isosystem*, foram realizados treinamentos práticos individuais. Os colaboradores foram cadastrados no *isosystem* no dia 10/8/2011.

Todos os treinamentos realizados estão descritos na tabela a seguir.

TABELA 2 – CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS

Treinamentos			
Data	Horário	Unidade	Descrição da atividade
25/7/2011	08h00 - 18h00	HSC	Realizado treinamento sobre o SGQ e 5S com 10 colaboradores divididos em 03 turmas com duração de 2 horas. Os treinamentos foram realizados nos seguintes horários: 1ª Turma: 08h00 - 10h00 com 03 colaboradores 2ª Turma: 13h30 - 15h30 com 04 colaboradores 3ª Turma: 16h00 - 18h00 com 04 colaboradores
2/8/2011	09h30 - 16h00	HUC	Realizado treinamento sobre o SGQ e 5S com 07 colaboradores divididos em 02 turmas com duração de 2 horas. Os treinamentos foram realizados nos seguintes horários: 1ª Turma: 10h00 - 12h00 com 04 colaboradores 2ª Turma: 13h30 - 15h30 com 03 colaboradores
17/8/2011	10h45 - 16h00	HUC	Realizado treinamentos individuais sobre o sistema <i>isosystem</i> com 08 colaboradores, duração de 30 minutos.
24/8/2011	08h00 - 17h00	HSC	Realizado treinamentos individuais sobre o sistema <i>isosystem</i> com 15 colaboradores, duração de 30 minutos.
30/08/2011	08h00 as 10h00	HUC	Realizado treinamento sobre o SGQ e 5S com 04 colaboradores, duração de 2 horas.
01/09/2011	18h00 as 20h00	HSC	Realizado treinamento sobre o SGQ e 5S com 04 colaboradores, duração de 2 horas.

Fonte: Elaboração própria, 2011.

Durante os treinamentos alguns colaboradores receberam as informações com receptividade enquanto alguns preferiam levantar alguns questionamentos que não eram aplicáveis naquele momento. Alguns colaboradores não participaram dos treinamentos aos quais foram convidados e por este motivo foi necessário realizar treinamento em novas datas (30/08 e 01/09).

Os treinamentos relacionados aos processos (treinamentos operacionais⁶), das áreas foram desenvolvidos pelas coordenadoras/líderes de cada unidade.

Nesta etapa foi atendido o requisito 6.2.2 - Competência, treinamento e conscientização letra b da ISO 9001:2008, p. 06 “Onde aplicável, prover treinamento ou tomar outras ações para atingir a competência necessária.”

Após os treinamentos, o próximo passo seria acompanhar/monitorar a execução dos processos através de auditorias internas/externas.

6ª ETAPA: Acompanhar a auditoria interna / externa de certificação – programado para 01/09/2011 - 30/09/2011– 7hs.

A data da auditoria externa foi definida no período de 26 a 30 de setembro/2011 e divulgada na quinta-feira, 7 de julho de 2011 às 14:39 pela coordenadora do setor de Qualidade e Meio Ambiente.

A auditoria interna realizada no dia 30/06/2011 na área de Recepção do HSC foi acompanhada e neste processo foi possível verificar quais itens ainda eram necessários para atender aos requisitos da ISO 9001:2008.

Realizou-se uma auditoria interna da ISO 9001:2008 nos dias 12 e 13/09/2011 nas duas unidades (HUC e HSC) em todas as áreas (Telefonia, Recepção e Central de Serviços). Nesta auditoria, da qual participei como auditora líder, foi possível verificar como estava o processo de implantação da ISO 9001:2008. Os colaboradores souberam responder sobre a Política da Qualidade, sabiam como acessar o sistema *Isosystem* e consultar os procedimentos relacionados com as suas atividades, preencheram os formulários com os registros das atividades.

Nesta auditoria foi possível identificar melhorias para os processos, como por exemplo: preencher os campos os formulários com NA quando estes itens não forem aplicáveis a determinadas solicitações, padronizar um tipo de agenda telefônica, padronizar um texto para o atendimento telefônico, identificar quais quartos/leitos do HUC e HSC são utilizados pelo SUS ou Convênio/Particular, dentre outros apontamentos.

⁶ O treinamento dos Operadores bem como de todas as pessoas, quando exercem a função operação, é baseado em padronização. Este é o treinamento operacional (CAMPOS 2004).

No dia 27/09/2011, foi realizada a auditoria externa por uma empresa terceira nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços. No total, foram auditados 06 colaboradores, um colaborador de cada área (Telefonia e Central de Serviços no HUC, Telefonia, Central de Serviços, Recepção Frei Caneca e Recepção Rui Barbosa no HSC). O auditor verificou os processos relacionados a estas áreas, auditou os registros, solicitou que os colaboradores realizassem a consulta dos seus procedimentos através do sistema *Isosystem*, perguntou sobre a Política da Qualidade e verificou os indicadores de processo.

Na sexta-feira, dia 30/09/2011 às 14 horas foi realizada a reunião de fechamento da auditoria externa. As áreas auditadas foram recomendadas à certificação sem nenhum apontamento referente à não conformidade, oportunidade de melhoria ou ação preventiva.

Com o acompanhamento/monitoramento dos processos através das auditorias internas/externas, o próximo passo foi realizar as adequações necessárias.

7ª ETAPA: Realizar adequações nos processos – 12/09/2011 – 23/09/2011 – 12hs.

Nesta etapa foi utilizado o ciclo PDCA, o qual permite que estejamos em constante melhoria dos nossos processos, pois vamos planejar as nossas atividades, executá-las, monitorá-las e agir corretivamente, preventivamente ou implantar melhorias de acordo com os resultados obtidos, atendendo ao requisito 8.5.1 – Melhoria contínua da ISO 9001:2008 p. 14.

A organização deve continuamente melhorar a eficácia do sistema de gestão da qualidade por meio do uso da política da qualidade, objetivos da qualidade, resultados de auditorias, análise de dados, ações corretivas e preventivas e análise crítica pela direção.

Durante o período de implantação deste projeto ocorreram mudanças estruturais para a melhoria dos serviços de Telefonia. Esta área utilizava uma mesa AC4 (PABX) da SIEMENS (anexo I) a qual foi trocada (no dia 02 e 03/07/2011 no HSC e dia 27/08/2011 no HUC), por um sistema mais atual da SIEMENS chamado AC-Win, sistema este desenvolvido para funcionar com base em Windows XP (anexo II).

Foi necessário fazer adequações em todos os processos após o início da utilização dos registros, troca do sistema da Telefonia e da auditoria interna do dia 12 e 13/09/2011. Os procedimentos e seus registros foram revisados, aprovados e disponibilizados, os treinamentos relacionados aos processos foram realizados pelas coordenadoras/líderes das áreas.

Com as adequações realizadas e o projeto totalmente implantado, o próximo passo foi realizar uma avaliação.

8ª ETAPA: Avaliação da Implantação do Projeto – 12/10/2011 – 4hs.

Foram enviados via e-mail no dia 12/10/2011 um total 27 questionários de avaliação da implantação do projeto, sendo questionários diferenciados para gestores (apêndice B) e colaboradores das áreas (apêndice C), deste total obtive 05 respostas.

A seguir alguns comentários dos colaboradores sobre os benefícios da implantação da ISO 9001:2008:

“Me ajudou a entender melhor os processos de atendimento aos clientes, esclarecer dúvidas e aprimorar o meu desenvolvimento tecnológico e profissional.” (entrevistado A).

“A padronização do atendimento melhorou a organização do ambiente de trabalho, com mais qualidade no atendimento ao cliente.” (entrevistado B).

“Ficamos atualizadas, beneficiou nosso trabalho, com isso atendemos melhor nossos clientes.” (entrevistado C).

“Trouxe muitos benefícios: Processos padronizados, padrão no atendimento, acompanhamento das atividades do setor através de registro, aproveitamento do tempo, clientes mais satisfeitos, colaborador treinado, colaborador motivado pela oportunidade de novos conhecimentos, visão sistêmica dos colaboradores.” (entrevistado D).

Ao serem questionadas sobre a forma como a implantação foi desenvolvida (levantamento de dados, definição de processos, treinamentos, etc.) e se esta estruturação atendeu as necessidades das áreas, as coordenadoras da Hotelaria do HSC e HUC – responderam:

“O processo de desenvolvimento aconteceu de forma contínua, tranquila e organizada com todas as etapas planejadas. A tomada de decisões em conjunto com os responsáveis pelos setores envolvidos permitiu clareza dos fatos e uma implantação eficaz dentro de um curto prazo. A forma de implantação atendeu a necessidade e teve como resultado o sucesso da certificação sem nenhum registro de ocorrência.” (entrevistado D e E).

O processo de implantação do projeto ocorreu de forma tranquila, apesar do curto prazo para implantação, as coordenadoras da Hotelaria demonstraram boa

vontade para ajudar a definir os processos e mapeá-los. A principal dificuldade da implantação foi conseguir tempo para marcar as reuniões com as coordenadoras, pois neste período, a instituição estava abrindo um novo hospital (Hospital Marcelino Champagnat), e as coordenadoras da Hotelaria precisavam despende seu tempo para planejar os processos de Hotelaria para o novo hospital, várias reuniões foram desmarcadas, algumas reuniões foram realizadas apenas com uma coordenadora. Alguns colaboradores não participaram dos treinamentos programados, por este motivo, foi necessário programar novas turmas para que todos os colaboradores fossem treinados nos mesmos conteúdos. As mudanças que ocorreram na área de telefonia, nos obrigaram a rever todos os processos já mapeados e adequá-los, mas no final conseguimos finalizar todos os mapeamentos e implantar os processos dentro do prazo acordado.

Com o processo de implantação destes requisitos, as áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços obtiveram vários benefícios, ficaram com seus processos mais claros, definidos, mapeados e padronizados, hoje as duas unidades (HUC e HSC), realizam os processos da mesma forma, utilizando os mesmo registros, monitorando os mesmos processos. O acompanhamento das informações contidas nos registros das atividades (formulários), estão sendo utilizadas para implementar ações de correção ou melhorias nas áreas, pois através destes registros, por exemplo, é possível verificar o tempo de atendimento, a quantidade de visitantes em cada quarto/leito, verificar as ocorrências do dia-a-dia anotadas no Livro de Ocorrências da Hotelaria, mantendo um histórico com informações importantes. Os colaboradores foram treinados nos princípios da Qualidade e da filosofia 5S, que é uma das ferramentas utilizadas para implantar um sistema de qualidade, ampliando seus conhecimentos, melhorando o ambiente de trabalho e o atendimento ao cliente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação deste projeto foi possível me desenvolver pessoalmente e profissionalmente, como por exemplo, no campo profissional em que aprendi como é difícil estar a frente de um projeto, como superar as dificuldades e imprevistos que aconteciam a cada dia, qual o tamanho da responsabilidade e a importância de trabalhar em equipe. Percebi que a forma como você questiona pode fazer com que as pessoas sintam dificuldades de descrever as suas atividades, fiquem com medo, nervosas e preocupadas de falar coisas erradas. Aprendi que muitas pessoas têm dificuldade em apreender coisas novas e medo da mudança, e com isso preferem questionar e/ou reclamar ao invés de olhar pelo lado bom.

No campo pessoal percebi que precisamos manter a calma e paciência quando estamos desenvolvendo um projeto, que cobranças e stress podem acontecer, mas o orgulho de olhar o trabalho concluído compensa cada minuto despendido com a implantação do projeto.

Os ganhos para a empresa foram inúmeros, com esta implantação (e outras atividades que não estão contempladas neste relatório), o setor de Hotelaria (áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços), foi recomendado à certificação da ISO 9001:2008. As áreas ficaram com seus processos mais claros, definidos, mapeados e padronizados, o acompanhamento das informações contidas nos registros das atividades estão sendo utilizadas para implementar ações de correção ou melhorias nas áreas, os colaboradores foram treinados nos princípios da Qualidade e da filosofia 5S, ampliando seus conhecimentos e melhorando o ambiente de trabalho e atendimento ao cliente, com a utilização dos conhecimentos adquiridos nestes treinamentos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, NBR ISO 9001:2009: Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos, Rio de Janeiro, 2008.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 8. Ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

DAMACENO, Ronaldo. **As instituições de saúde e a gestão hospitalar** in Banas Qualidade. Ano XVIII, maio de 2009, nº 204, ISSN 1676-7845

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap. 11, p.117-127

Manual do Sistema de Gestão da Qualidade, 2011.

NICOLETTI, Alaercio. **Conhecendo o fluxo da organização** in Banas Qualidade. Ano XVIII, março de 2009, nº 202, ISSN 1676-7845.

Plano Estratégico Associação Paranaense de Cultura. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/apc/planoestrategico.php>> Acesso em: 02/11/2011.


RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**, FAETEC/IST, Paracambi, 2007 disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf> acesso em 21/06/2011 as 23h00.

SILVA, Edna Lúcia da. Menezes, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. UFSC. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2001.


APÊNDICE A – Apresentação do SGQ (Sistema de Gestão da Qualidade)

**ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE CULTURA
APC**

**DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS
DSC**




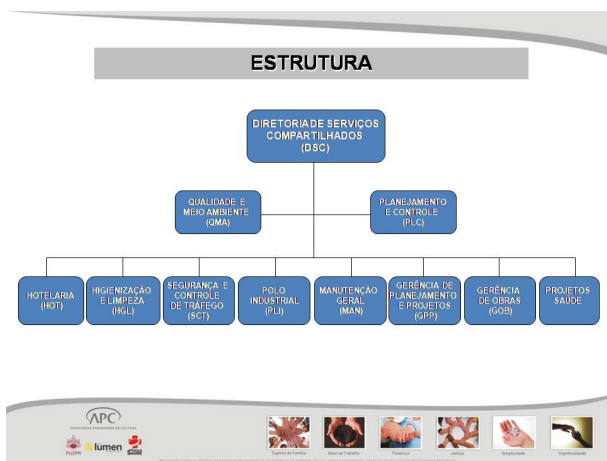
Elaborado por: Andrea Camargo Surek



ESTRUTURA

A Diretoria de Serviços Compartilhados (DSC) originou-se em 2006 com o objetivo de unificar a prestação de serviços corporativos existentes na estrutura de nossos clientes.

Sua estrutura está constituída da seguinte forma:





PRINCIPAIS CLIENTES




DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE





QUALIDADE

O QUE É QUALIDADE?

ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DO CLIENTE

ATENDIMENTO AOS REQUISITOS REGULAMENTARES E ESTATUTÁRIOS

ATENDIMENTO AO QUE FOI CONTRATADO COM O CLIENTE





QUALIDADE

O QUE É A ISO 9001?


É uma norma padrão de **Sistema de Gestão da Qualidade** elaborada pela ISO.

O QUE É ISO?



“International Organization for Standardization”
(ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA PADRONIZAÇÃO)

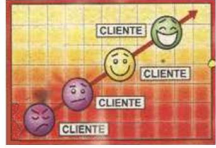

É uma federação criada em 1947, com o objetivo de elaborar normas padrões internacionais, com sede em Genebra, na Suíça.



QUALIDADE


FOCO da ISO 9001?

- Atender as necessidades e requisitos dos clientes com **eficácia** (satisfação);
- **Melhoria** contínua dos processos;
- Não só na **qualidade do serviço** como também nos **resultados**.

Benefícios

- Melhoria da eficiência dos processos;
- Comprometimento dos colaboradores com a realização das metas;
- Redução de custos, perdas e retrabalho;
- Aumento da produtividade da estrutura da empresa;
- Melhoria no atendimento e confiança do cliente;
- Identificação das necessidades de desenvolvimento profissional;
- Identificação e atuação corretiva nos diversos pontos a melhorar;
- Melhoria da comunicação interna e maior agilidade nas decisões diárias.




QUALIDADE E MEIO AMBIENTE

Para garantir o atendimento à ISO e à Qualidade, o setor da Qualidade faz uma ponte entre os setores da DSC e as Normas, Leis e Requisitos de nossos clientes.


Dentre as ferramentas utilizadas para essa gestão estão:

- POLÍTICA DA QUALIDADE
- AUDITORIAS
- PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES
- PROCEDIMENTOS
- RO'S
- MATRIZ DE COMPETÊNCIA
- INDICADORES



POLÍTICA DA QUALIDADE

“Buscar continuamente a melhoria da Diretoria de Serviços Compartilhados na prestação de serviços corporativos, objetivando a satisfação de nossos clientes.”

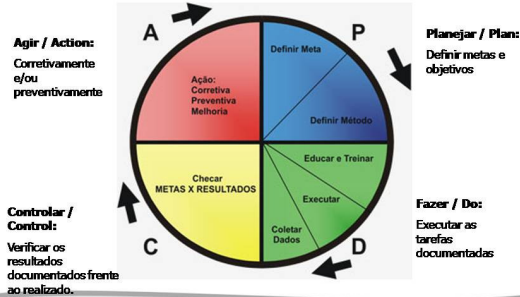


POLÍTICA DA QUALIDADE

“Buscar continuamente a melhoria da Diretoria de Serviços Compartilhados na prestação de serviços corporativos”.




MELHORIA CONTÍNUA



POLÍTICA DA QUALIDADE

“Objetivando a satisfação de nossos clientes”.

APC DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS
FOLHA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - FID
 IDENTIFICAÇÃO: PROCESSO: SATISFAÇÃO DO CLIENTE FINAL; IDENTIFICAÇÃO: Telefone: HJUC

TÍTULO DO INDICADOR: Satisfação do Cliente Final - Serviço Hospitalar
 SIGLA: SIA; ÁREA: GMA; RESPONSÁVEL: Coordenador

PROPOSTA: Monitorar a satisfação dos clientes (paciente internado) por meio de Telefone no mês
 MÊS / ANO: MARÇO/2011
 PERIODICIDADE: MENSAL

CRITÉRIO DE CÁLCULO: Porcentagem de clientes que classificaram os serviços da DSCC como Muito Bom, Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim.

DESCRIÇÃO: Não obter 80% para este indicador pode indicar a necessidade de melhorias nos serviços oferecidos. Avaliar a qualidade dos serviços oferecidos.

PERÍODO	dez10	jan11	fev11	mar11	abr11	maio11	jun11	jul11	ago11	set11	out11	nov11	dez11	PERÍODO
OBJETIVO	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
RESULTADO	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

TOMADAS DE AÇÃO:

PLANO DE AÇÃO: NÃO - Data Abertura:



POLÍTICA DA QUALIDADE

“Objetivando a satisfação de nossos clientes”.

APC DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS
FOLHA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - FID
 IDENTIFICAÇÃO: PROCESSO DE RECLAMAÇÃO DE CLIENTES; IDENTIFICAÇÃO: HOTELARIA HOSPITALAR

TÍTULO DO INDICADOR: Quantidade de Reclamações de Clientes Desatendidas - HOT
 SIGLA: SIA; ÁREA: GMA; RESPONSÁVEL: GMA

PROPOSTA: Manter a quantidade mensal de reclamações de clientes da Hotelaria Hospitalar recebidas por mês
 MÊS / ANO: JUNHO/2011
 PERIODICIDADE: Mensal

CRITÉRIO DE CÁLCULO: Soma Reclamações Recebidas no Mês
 UNIDADE DE MEDIDA: Abstrato
 PERIODICIDADE: Mensal

DESCRIÇÃO: O valor para a soma da quantidade de reclamações de clientes recebidas a partir de todas as manifestações recebidas durante o mês não deve ser maior que 200.

PERÍODO	dez10	jan11	fev11	mar11	abr11	maio11	jun11	jul11	ago11	set11	out11	nov11	dez11	PERÍODO
OBJETIVO	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
RESULTADO	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200

TOMADAS DE AÇÃO:

PLANO DE AÇÃO: NÃO - Data Abertura:



MISSÃO

A missão da Diretoria de Serviços Compartilhados é oferecer soluções e serviços corporativos que agreguem valor e competitividade às áreas de atuação da APC, com fundamento nos valores do Evangelho, do jeito Marista.



VISÃO

Até 2022, a APC se distinguirá pela amplitude e profundidade de sua ação evangelizadora e de promoção humana, pelo porte e sustentabilidade de suas unidades de negócios, e pela excelência de seus produtos e serviços.



VALORES

- ✓ Presença;
- ✓ Espírito de família;
- ✓ Justiça;
- ✓ Espiritualidade;
- ✓ Amor ao trabalho;
- ✓ Simplicidade.



AUDITORIAS

A auditoria é a observação amostral de como estão sendo executados os serviços e compara a prática com a teoria, ou seja, compara o que é feito pelo colaborador com o que foi descrito sobre aquela atividade.

Auditoria Externa: Realizada por uma empresa externa (1 vez ao ano);

Auditoria Interna: Realizada por colaboradores da DSC (a cada 06 meses);



COMO SE PORTAR DURANTE A AUDITORIA

- Mostrar que conhece a sua atividade;
- Seus procedimentos e como consultá-los;
- Política da qualidade;
- Responda somente o que for questionado!



COMO SE PORTAR DURANTE A AUDITORIA

- Fale somente a verdade;
- Seja sempre cordial, trate-o com respeito;
- Quanto mais claro e objetivo você for, menos tempo ele ficará com você!
- Não faça reclamações;
- Não fuja do auditor;



COMO SE PORTAR DURANTE A AUDITORIA

- Não falte nas auditorias, pois se ele quiser falar com você ele vai te esperar pelo tempo que for necessário...
- Se não entender a pergunta, pergunte novamente (quantas vezes for necessário);
- Se ficar nervoso, chame sua chefia!



PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM O CLIENTE

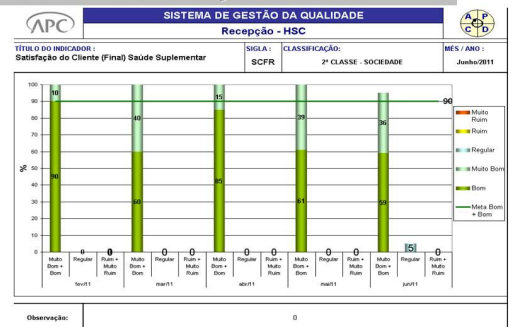
Pesquisa de Satisfação Cliente Final

- **Periodicidade:** Diariamente (uma semana em cada hospital)

NÍVEIS DE SATISFAÇÃO				
MUITO BOM	BOM	REGULAR	RUIM	MUITO RUIM
				NÃO APLICÁVEL



PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM O CLIENTE



PROCEDIMENTOS

Estrutura de Documentação

→ Manual da Qualidade	→ Diretrizes para fazer qualidade
→ Procedimento Corporativo	→ Diretrizes da organização
→ Procedimento Setorial	→ Como fazer qualidade
→ Procedimento Operacional	→ Apoio de como fazer
→ Registros da Qualidade	→ Evidências da qualidade

PROCEDIMENTOS

Título: MANUAL DA TELEFONIA
Código: HOT.PRS.008 **Revisão:** 00 **Emissão:** 24/05/2011 **Pág. 1 de 9**

1 OBJETIVO
Definir as rotinas de trabalho da telefonia.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO
Este documento é aplicável a telefonia dos hospitais HUC e HSC.

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
HOT.FOR.029 - Controle de Ligações Particular, DDD e DDI
HOT.FOR.030 - Controle de Escala dos Médicos

4 SIGLAS UTILIZADAS
HOT – Hóspital
HSC – Hospital Santa Casa
HUC – Hospital Universitário Cajuru

Título: MANUAL DA CENTRAL DE SERVIÇOS
Código: HOT.PRS.009 **Revisão:** 00 **Emissão:** 24/05/2011 **Pág. 1 de 9**

1 OBJETIVO
Definir as rotinas da Central de Serviços da Hóspital.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO
Este procedimento é aplicável à Central de Serviços da Hóspital do HUC e HSC.

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
HOT.FOR.028 – Livro de Ocorrências da Hóspital
HOT.FOR.027 – Planilha de Controle de Situação de Leito/Quarto e Liberação de Serviço
HOT.FOR.026 – Controle de Solicitação do Paciente

4 SIGLAS UTILIZADAS
APC – Associação Paranaense de Cultura
HOT – Hóspital
HSC – Hospital Santa Casa
HUC – Hospital Universitário Cajuru

5 GLOSSÁRIO / DEFINIÇÕES
Não aplicar a este documento.

PROCEDIMENTOS

Título: MANUAL DA RECEPÇÃO
Código: HOT.PRS.007 **Revisão:** 00 **Emissão:** 22/05/2011 **Pág. 1 de 13**

1 OBJETIVO
Descrever os processos da Recepção.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO
Este documento é aplicável à Recepção do Hospital Santa Casa.

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
HOT.FOR.021 - Controle de Acesso de Visitantes
HOT.FOR.022 - Ficha de Acesso Temporário
HOT.FOR.024 - Controle de Acompanhantes por Enfermagem
HOT.FOR.025 - Controle de Visitantes - SUS

4 SIGLAS UTILIZADAS
HSC – Hospital Santa Casa

PROCEDIMENTOS

Sistema IsoSystem – módulo Isodoc

Exibir registros dos subníveis	Resultados	Complementares
Cat.	Identificador	Título
PRIS CE	HOT.PRS.001	Propriedade do Cliente
PRIS CE	HOT.PRS.002	Plano de Tiro de Enxerto de Paciente Internado
PRIS CE	HOT.PRS.003	Atribuições e Responsabilidades da Hóspital Hospitalar
PRIS CE	HOT.PRS.004	Carteira - Hóspital Hospitalar
PRIS CE	HOT.PRS.005	Sistema de Validação dos Processos HOT
PRIS CE	HOT.PRS.007	Manual da Recepção
PRIS CE	HOT.PRS.008	Manual da Central de Serviços
PRIS CE	HOT.PRS.009	Manual da Telefonia

PROCEDIMENTOS

Registros :

- São documentos que apresentam os resultados obtidos ou que fornecem evidências das atividades realizadas;
- Podem se apresentar em meio físico ou eletrônico;
- Estes devem ser mantidos legíveis, prontamente identificáveis e recuperáveis;

PROCEDIMENTOS

HOT.PRO.047 – Tabela de Controle de Registros.

Título: TABELA CONTROLE DE REGISTRO – RECEPÇÃO, TELEFONIA E CENTRAL DE SERVIÇOS
Código: HOT.PRO.047 **Revisão:** 00 **Emissão:** 05/07/2011 **Pág. 1 de 3**

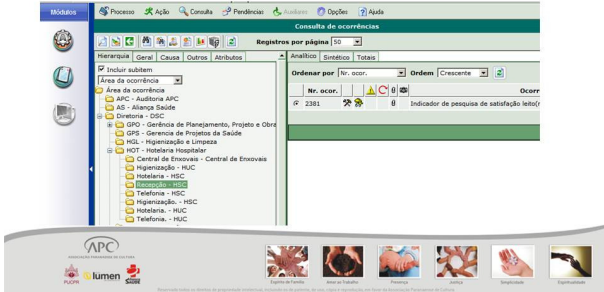
OBJETIVO: Estabelecer o controle de registros utilizados na Telefonia, Recepção e Central de Serviços, garantindo que sejam mantidos e dispostos de maneira adequada.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO: Este documento é aplicável para a Telefonia, Recepção e Central de Serviços da Hóspital – HUC e HSC.

IDENTIFICAÇÃO	ORIGEM	PRESENCIALIDADE	ARQUIVO	ARMAZENAMENTO	MANUTENÇÃO	INDEXAÇÃO	ACESSO	RETIÇÃO	DISPOSTO
HOT.FOR.021 - Controle de Acesso de Visitantes	HOT.PRS.007	Colaborador HOT	Carteira arquivada na sala da Hóspital (HSC)	Meio físico	Hóspital	Por data	Colaboradores Hóspital	1 Mês	Enviar para a SCT
HOT.FOR.022 - Ficha de Acesso Temporário	HOT.PRS.007	Colaborador HOT	Carteira arquivada na sala da Hóspital (HSC)	Meio físico	Hóspital	Por data	Colaboradores Hóspital	1 Mês	Enviar para a SCT
HOT.FOR.023 - Controle de Liberação de Acompanhante	HOT.PRS.007	Colaborador HOT	Carteira arquivada na sala da Hóspital (HSC)	Meio físico	Hóspital	Por data	Colaboradores Hóspital	1 Mês	Descartar

REGISTROS DE OCORRÊNCIAS – RO's

- **Registro de Ocorrência:** Ferramenta desenvolvida para registrar e tratar as não-conformidades e ou oportunidades de melhoria identificadas.



REGISTROS DE OCORRÊNCIAS – RO's

Não Conformidade ou Ação Corretiva

Não atendimento a um requisito especificado da norma, de documentos ou do cliente.



Ação Preventiva

Considera-se como ação para eliminar as causas de uma possível não conformidade (não conformidade em potencial) ou outra situação indesejável, afim de prevenir a sua ocorrência.

REGISTROS DE OCORRÊNCIAS – RO's

Oportunidade de Melhoria

É uma necessidade ou situação identificada que possibilita a realização de uma melhoria no sistema, processo e/ou produto ou serviço prestado.



MATRIZ DE COMPETÊNCIA

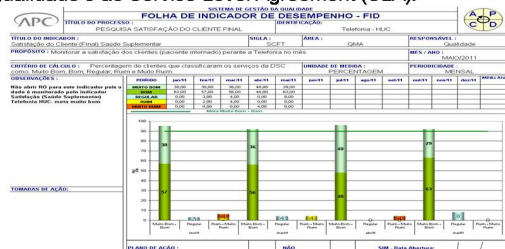
Instrumento de Gestão de Pessoas, através do acompanhamento do desenvolvimento individual e do grupo, a partir da avaliação de cada colaborador em relação ao Resultado Esperado em cada cargo.

DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS
Área:
Gestor:

Resultado esperado	Nível de entrega	Requisitos de acesso	
		Formação	Experiência
1 - Frequentar	Não requer	Graduação em Engenharia	3 anos
2 - Aplicar	Não requer	Graduação em Engenharia	3 anos
3 - Multiplicar	Não requer	Graduação em Engenharia	3 anos
NH x	cargo		

INDICADORES

Os indicadores estão relacionados aos Objetivos da Qualidade e ao Service Level Agreement (SLA).



INDICADORES

Quadro de Gestão à Vista



**COM A ISO 9001,
TODOS GANHAM!**



O CLIENTE GANHA!



Pois adquire produtos e serviços confiáveis e de maior qualidade!



O COLABORADOR GANHA!



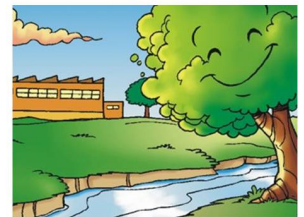
Pois se desenvolve profissionalmente, aumentando suas oportunidades.

Além disso, passa a ter um ambiente de trabalho melhor.



O MEIO AMBIENTE GANHA!

Quem tem Qualidade, se preocupa com o Meio Ambiente.



Não é a toa que a ISO 9001 está alinhada com a ISO 14001 (Sistema de Gestão Ambiental).



PROGRAMA 5S

A CARACTERÍSTICA DO PROGRAMA 5S VAI ALÉM DO AMBIENTE DE TRABALHO POIS ADOTÁ-LO NA VIDA PESSOAL CONTRIBUI PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA.



UM BOM COMEÇO

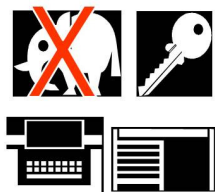


PROGRAMA 5S

OS 5S É UM CICLO FORMADO POR 5 SENSOS




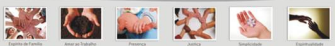
**S
E
I
R
I**



SENSO DE UTILIZAÇÃO



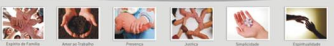
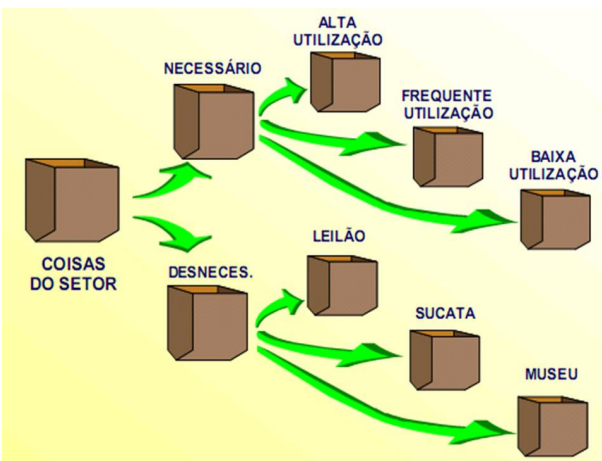
PARA QUE SERVE

Manter no local apenas aquilo que é necessário e adequado às atividades e ao ambiente de trabalho



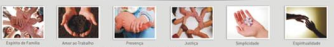
1º S: SEIRI
Senso de Utilização

- Separar o útil do inútil, jogando fora o que não serve mais
- Descobrir a utilidade de cada coisa, fazendo perguntas do tipo:
 - *Uso isso todo dia?*
 - *Uso isso toda a semana?*
 - *Uso isso às vezes?*
 - *Não uso mais?*

BENEFÍCIOS DO SENSO DE UTILIZAÇÃO

- Diminuição do espaço utilizado
- Diminuição do espaço para estocagem
- Diminuição de custos
- Traz maior produtividade das pessoas envolvidas e das máquinas, por não perderem tempo com coisas inúteis
- Menor cansaço físico das pessoas, em espaços menores e em ambientes com menor complexidade.

**S
E
I
T
O
N**



SENSO DE ORDENAÇÃO



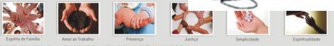
PARA QUE SERVE

Arrumar e ordenar aquilo que permaneceu no setor por ser considerado necessário





2º S: SEITON
Senso de Ordenação



- Identificar e arrumar tudo, para que todos possam localizar facilmente
- Criar nomes fáceis e simples para identificar os objetos
- Usar etiquetas e cores vivas para identificar os objetos, seguindo um padrão
- Guardar objetos diferentes em locais diferentes
- Fazer da comunicação visual uma leitura rápida e fácil, utilizando palavras-chaves, cores, desenhos e tudo mais que a criatividade permitir
- Expor visualmente os pontos críticos, tais como: extintor de incêndio, locais de alta voltagem, partes de máquinas que exijam atenção etc.

BENEFÍCIOS DO SENSO DE ORDENAÇÃO

- Diminuição do cansaço físico por movimentação desnecessária
- Evacuação rápida em caso de perigo
- Eliminação do tempo gasto na procura de materiais, objetos e informações
- Diminuição de gastos em compras de materiais/componentes desnecessários
- Melhoria da comunicação pela simplificação das informações e do próprio sistema de trabalho
- Melhoria do controle de produção



S
E
I
S
O



SENSO DE LIMPEZA

PARA QUE SERVE

Eliminar lixo, sujeiras e tudo que for desnecessário, mantendo tudo sempre limpo e agir na causa fundamental






PARA QUEM TEMOS QUE DEIXAR A EMPRESA LIMPA?

- Visita do Irmão?
- Visita de figuras ilustres?
- Visita de auditores?


Mas...



Quanto tempo estas pessoas ficam na Empresa?




3º S: SEISO Senso de Limpeza


- Manter o ambiente sempre limpo, eliminando as causas da sujeira e aprendendo a não sujar
- Eliminar as causas da sujeira em objetos e locais de trabalho para que a sujeira não atrapalhe a produtividade nem provoque má qualidade na produção
- Sempre limpar seus objetos após o uso
- Definir responsáveis pelas áreas
- Limpar o local, dando atenção para os cantos e para cima, pois ali se acumula muita sujeira





BENEFÍCIOS DO SENSO DE LIMPEZA


- Bem estar pessoal
- Manutenção dos equipamentos
- Prevenção de acidentes
- Causa boa impressão nos clientes
- Maior produtividade das pessoas, das máquinas e dos materiais, evitando o retrabalho





COMO ACHAR A CAUSA DE SUJEIRA?

- 1º) **Por que está sujo?**
Porque a máquina libera sujeira no chão no seu processo normal.
- 2º) **Por que a máquina suja o chão?**
Porque não tem anteparo, calha etc.
- 3º) **Por que não tem anteparo, calha etc?**
Porque a engenharia, a manutenção não projetou, não instalou.
- 4º) **Por que a engenharia, a manutenção não projetou?**
Porque ninguém solicitou, porque foi sempre assim.
- 5º) **Por que ninguém solicitou?**
- 6º) **Por que? Por que? Por que?...**



S
E
I
K
E
T
S
U



SAÚDE E HIGIENE


PARA QUE SERVE

É ter mente sadia, cuidado, zelo e asseio para com o corpo, local de trabalho e meio ambiente




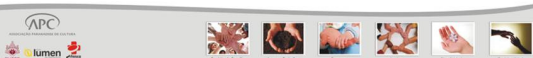
4ºS: SEIKETSU
Senso de Higiene e Saúde

- Eliminar tudo o que coloca em risco nossa segurança
- Ter idéias para estar sempre melhorando
- Cumprir horários e normas, não fumar em locais impróprios etc.
- Manter o refeitório, banheiros e vestiários limpos
- Obedecer as normas de segurança
- Usar uniformes e roupas limpas
- Zelar pelo ambiente onde trabalha e vive




BENEFÍCIOS DO SENSO DE SAÚDE E HIGIENE

- Local de trabalho agradável
- Ausência de acidentes
- Economia no combate à doenças (enfoque preventivo)
- Pessoas saudáveis e bem dispostas
- Melhoria da imagem da empresa perante o cliente
- Elevação do nível de satisfação e motivação para o próprio trabalho

S
H
I
T
S
U
K
E



AUTODISCIPLINA


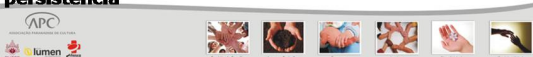
PARA QUE SERVE

Melhorar constantemente. Desenvolver a força de vontade, a criatividade e o senso crítico. Respeitar e cumprir o estabelecido





5º S: SHITSUKE
Senso de Autodisciplina

- Fazer dessas atitudes um hábito, transformando o 5S num modo de vida
- Educar é um processo de conscientização, repetição e prática
- Usar a criatividade
- Melhorar a comunicação entre as pessoas
- Compartilhar idéias e valores
- Praticar o 5S com paciência e persistência

BENEFÍCIOS DO SENSO DE AUTODISCIPLINA

- Auxílio na execução de toda e qualquer tarefa
- Obtenção de produtos dentro dos requisitos de qualidade
- Evita perdas oriundas do não cumprimento de rotinas
- Melhoria contínua a nível pessoal e organizacional

*"A maneira como você
encara a vida é que faz a
diferença.
A vida muda quando você
muda."*

Luiz Fernando Veríssimo



APÊNDICE B – Avaliação da Implantação da ISO nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços da Hotelaria – gestores.

Avaliação da Implantação da ISO nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de serviços da Hotelaria

1. A descrição das atividades em forma de procedimentos facilitou o trabalho da sua equipe?
 Sim Não

2. A padronização dos formulários utilizados para registrar as atividades facilitou o preenchimento e a compreensão dos dados?
 Sim Não

3. A utilização do sistema Isosystem para consultar os procedimentos que descrevem as atividades da sua área facilita o seu dia-a-dia?
 Sim Não

4. O desenvolvimento de indicadores ajuda no acompanhamento do desempenho da sua área? Eles facilitam a identificação de ações corretivas ou oportunidades de melhoria?
5. Na sua opinião, a implantação da ISO 9001 trouxe algum benefício para o setor e para os colaboradores? Quais?
6. Qual a sua opinião em relação à forma como a implantação foi desenvolvida (levantamento de dados, definição de processos, treinamentos, etc.)? Atendeu as suas necessidades?
7. Gostaria de deixar alguma sugestão, crítica ou elogio referente à implantação da ISO no seu setor?

APÊNDICE C – Avaliação da Implantação da ISO nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços da Hotelaria – colaboradores.

Avaliação da Implantação da ISO nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de serviços da Hotelaria

1. A descrição das atividades em forma de procedimento facilitou o seu trabalho?
 Sim Não

2. A padronização dos formulários utilizados para registrar as atividades facilitou o preenchimento e a compreensão dos dados?
 Sim Não

3. A utilização do sistema Isosystem para consultar os procedimentos que descrevem as suas atividades facilita o seu dia-a-dia?
 Sim Não

4. O conhecimento adquirido nos treinamentos de como utilizar o Isosystem, sobre o 5S e o Sistema de Gestão da qualidade, podem ser utilizados no desempenho de suas atividades diárias?
 Sim Não

5. Na sua opinião, a implantação da ISO 9001 na sua área de trabalho trouxe algum benefício? Qual?

APÊNDICE D – Projeto: Implantação de Requisitos da Norma ISO 9001:2008 nas Áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços do Hospital Universitário Cajuru e Hospital Santa Casa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
TECNOLOGIA EM SECRETARIADO EXECUTIVO

IMPLANTAÇÃO DE REQUISITOS DA NORMA ISO 9001:2008 NAS ÁREAS
DE TELEFONIA, RECEPÇÃO E CENTRAL DE SERVIÇOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CAJURU E HOSPITAL SANTA CASA

CURITIBA

2011

ANDREA CAMARGO SUREK

IMPLANTAÇÃO DE REQUISITOS DA NORMA ISO 9001:2008 NAS ÁREAS
DE TELEFONIA, RECEPÇÃO E CENTRAL DE SERVIÇOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CAJURU E HOSPITAL SATA CASA

Projeto apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Secretariado Executivo da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a aprovação na disciplina de Gestão Secretarial, sob orientação da Profª Fernanda Maia.

CURITIBA

2011

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
1. ANÁLISE DO AMBIENTE	5
2. PROBLEMATIZAÇÃO.....	10
3. OBJETIVO GERAL	11
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5. DIAGNOSE	11
6. PROGNOSE	12
7. JUSTIFICATIVA	12
8. VIABILIDADE	13
9. METODOLOGIA	13
10. CRONOGRAMA.....	14
11. REFERÊNCIAS.....	15

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido durante o curso de Tecnologia em Secretariado Executivo, na disciplina Gestão Secretarial. Nele, buscamos entender de que maneira uma aluna da área secretarial pode implantar requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade com base na norma da ABNT ISO 9001:2008, para manter um padrão nos processos de telefonia, recepção e central de serviços, buscando a melhoria contínua e a satisfação dos clientes.

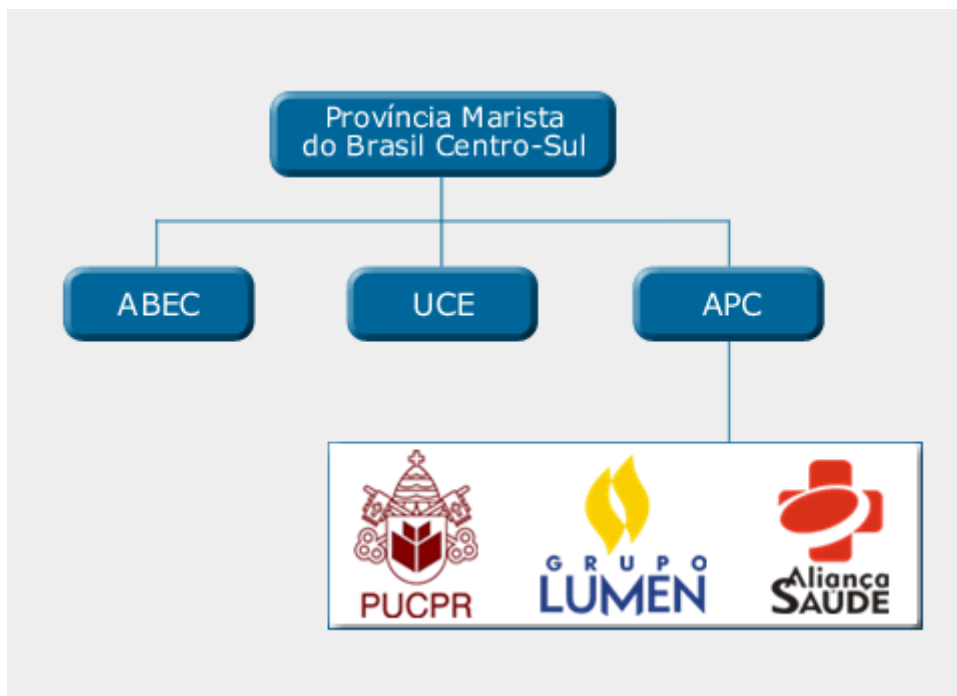
1. ANÁLISE DO AMBIENTE

A partir dos anos 1990, a Congregação Marista lançou um grande processo de reestruturação das unidades administrativas do mundo inteiro. Surgiu, então, a Província Marista do Brasil Centro-Sul. A Província Marista do Brasil Centro-Sul é o resultado da união de três mantenedoras:

ABEC: Associação Brasileira de Educação e Cultura;

UCE: União Catarinense de Educação e

APC: Associação Paranaense de Cultura.



Disponível em <<http://www.pucpr.br/apc/apcprovincia.php>> acesso em 03.6.2011 as 12h44 minutos.

Associação Paranaense de Cultura - APC

O desafio pelo qual passa a APC é o de adequar o seu modelo de gestão ao contexto atual. Nos últimos anos, a Instituição cresceu, diversificou-se e ganhou maior complexidade. Portanto, a estrutura hierárquica precisou adaptar-se ao

escopo ampliado de sua atuação. A estrutura resultante é típica de uma *holding*, congregando setores e processos corporativos que atendem a todas as áreas (educação, saúde, comunicação e outras).

Segundo o site da PUCPR a Associação Paranaense de Cultura possui a seguinte origem:

A empresa foi criada em 31 de dezembro de 1950, com o objetivo de manter a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a APC é uma associação civil de direito privado, filantrópica e com fins educacionais e foi declarada de utilidade pública em janeiro de 1954.

O significado da sigla APC:

A – Aliança Saúde: Composta pelo Hospital Santa Casa, Hospital Nossa Senhora da Luz, Hospital e Maternidade Alto Maracanã e Plano de Saúde Ideal.

P – PUCPR: com campus em Curitiba, São José dos Pinhais, Londrina, Maringá e Toledo.

C – Comunicação e Negócios Suplementares: A comunicação é representada pelo Grupo Lumen (rádios Clube AM e FM, Lumen FM e Paraná AM, TV Lumen, afiliada do Canal Futura - Fundação Roberto Marinho e a repetidora da Rede Vida de Televisão).

A instituição ainda desenvolve outras atividades de apoio e suporte às ações de saúde, educação e assistência social.

Segundo o site da PUCPR a Associação Paranaense de Cultura possui a seguinte missão, visão de futuro e valores:

Inspirada no Carisma Educativo Marista, a missão da APC é orientar e apoiar as suas unidades mantidas e controladas a cumprirem seus objetivos com sustentabilidade e vitalidade.

Visão de futuro (horizonte 2014)

A APC e suas unidades fortalecerão continuamente sua presença na sociedade pela sintonia social, qualidade na prestação de serviços, excelência na gestão e vivência do Carisma Educativo Marista.

Valores da APC

Os valores da instituição estão baseados nos princípios educativos Maristas.

Os valores e atitudes adotados pela nossa organização evidenciam o nosso modo próprio de vivenciar e, conseqüentemente, de revelar o nosso estilo de educar, comunicar, cuidar, gestar e administrar. Os valores são: Simplicidade, Amor ao Trabalho, Espiritualidade, Justiça, Presença Significativa, Sensibilidade Comunitária (Espírito de Família)

ORGANOGRAMA DA APC



Disponível em <http://www.pucpr.br/apc/apc_provincia/index.php> acesso em 26/05/2011 as 00h09 minutos.

Segundo o site da PUCPR a Aliança Saúde possui a seguinte estrutura:

Na busca pela excelência da educação na área da saúde, a APC vem estruturando uma sólida rede de hospitais de ensino por meio da Aliança Saúde PUCPR - Santa Casa. São quase dois mil e quinhentos profissionais atuando em quatro hospitais que reúnem cerca de mil leitos; uma ampla gama de serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos; dois grandes centros de ambulatórios e um pólo de indústrias hospitalares.

O Hospital Universitário Cajuru é um hospital geral multiespecializado, com ênfase em alta complexidade nas especialidades voltadas ao setor de emergências e traumas.

O Hospital de Caridade da Santa Casa de Curitiba é um hospital geral, com clínicas médicas e cirúrgicas e serviços de referência e alta complexidade em dor torácica, cateterismo cardíaco, cirurgias cardíacas e transplantes de órgãos.

O Hospital Nossa Senhora da Luz é um hospital especializado em psiquiatria e dependência química (álcool e drogas).

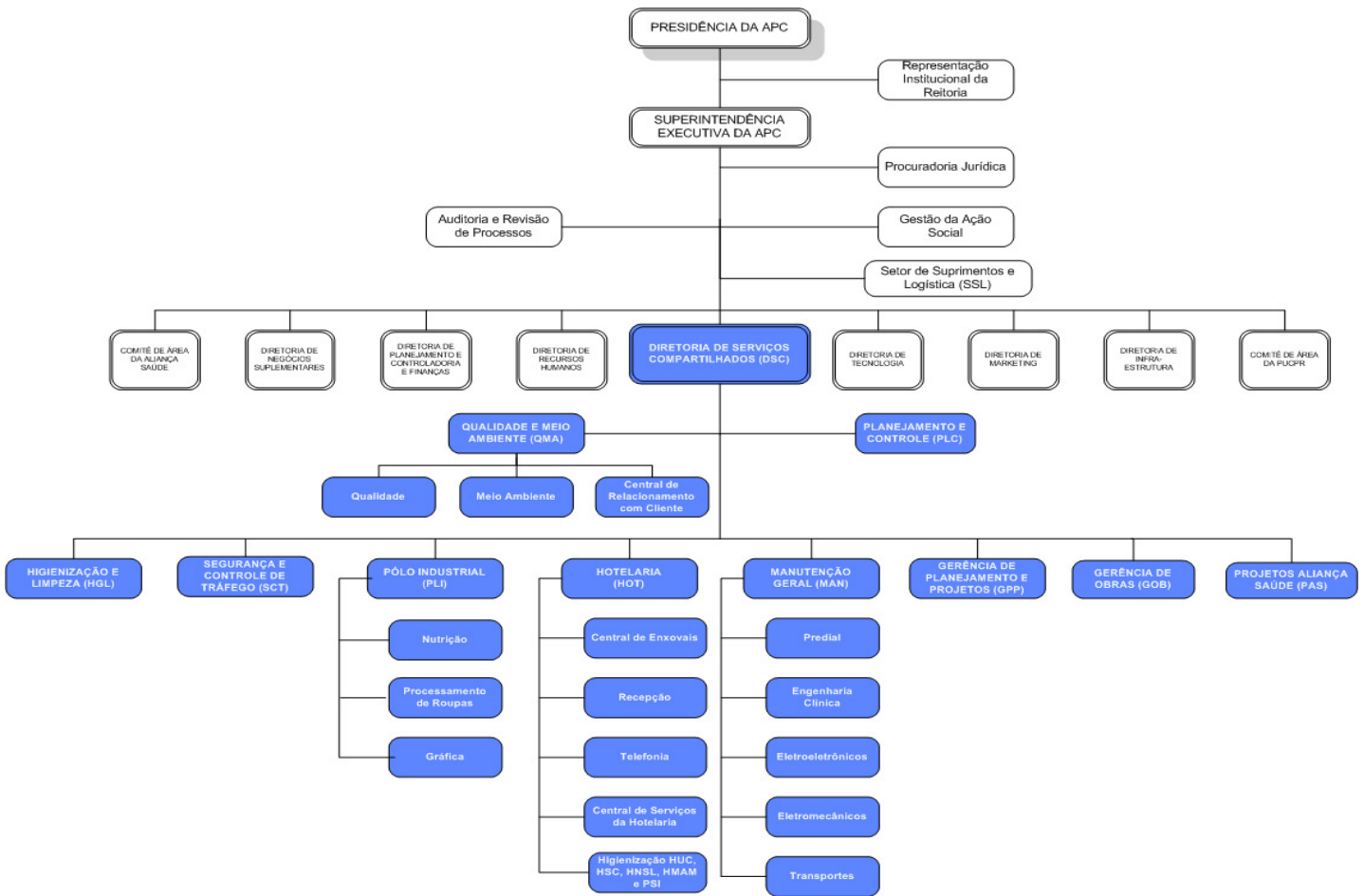
O Hospital Maternidade Alto Maracanã é um hospital especializado voltado ao atendimento pré-natal e ao parto.

O Plano Saúde Ideal vem se consolidando como uma das mais importantes empresas médico-hospitalares de Curitiba, ocupando uma posição de destaque entre as organizações de medicina de grupo.

Disponível em <<http://www.pucpr.br/apc/apcprovincia.php>> acesso em 03/06/2011 as 12h44 minutos.

Dentro da Estrutura da APC que conta hoje com 7.598 colaboradores, encontra-se a Diretoria de Serviços Compartilhados – DSC criada em 2006 com o objetivo de unir a prestação de serviços corporativos da instituição, hoje composta por 1.352 colaboradores, divididos em oito setores.

A seguir está apresentado o organograma da DSC



Missão

A missão da Diretoria de Serviços Compartilhados é oferecer soluções e serviços corporativos que agreguem valor e competitividade às áreas de atuação da APC, com fundamento nos valores do Evangelho, do jeito Marista.

Visão

Até 2022, a APC se distinguirá pela amplitude e profundidade de sua ação evangelizadora e de promoção humana, pelo porte e sustentabilidade de suas unidades de negócios, e pela excelência de seus produtos e serviços.

Valores

Presença, Espírito de Família, Justiça, Espiritualidade, Amor ao Trabalho, Simplicidade.

Descrição das áreas:

Todas as três áreas mencionadas a seguir pertencem ao setor de Hotelaria que por sua vez pertence à Diretoria de Serviços Compartilhados. O setor de Hotelaria é o setor responsável pela limpeza e higienização dos hospitais Cajuru e Santa Casa, troca dos enxovais nos quartos/leitos, recepção, telefonia e central de serviços, conta com uma equipe de 345 colaboradores espalhados nos 04 hospitais da Aliança Saúde (Hospital Universitário Cajuru, Hospital Santa Casa, Hospital Nossa Senhora da Luz e Hospital e Maternidade Alto Maracanã). No Hospital Santa Casa a Hotelaria possui 103 colaboradores sendo distribuídos da seguinte forma: na Central de Serviços: 02, Telefonia: 08, Recepção: 07, Central de Enxovais: 13, Higienização: 71 e 02 colaboradores administrativos, no Hospital Universitário Cajuru a Hotelaria possui 103 colaboradores distribuídos da seguinte forma: na Central de Serviços: 02, Telefonia: 08, Central de Enxovais: 13, Higienização: 78 e 02 colaboradores administrativos.

Telefonia: área responsável por receber ligações internas e externas, transferindo para o ramal solicitado e efetuar ligações quando solicitado.

Central de Serviços: é a área responsável pelo controle da execução dos serviços nos quartos/leitos que devem ser bloqueados ou liberados para uso.

Recepção: área responsável por controlar o acesso dos visitantes/pacientes no hospital Santa Casa e oferecer informações.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

De que maneira uma aluna do curso de Tecnologia em Secretariado Executivo pode implantar requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade para manter um padrão nos processos e buscar a melhoria contínua?

3. OBJETIVO GERAL

Implantar uma forma de padronizar o atendimento das áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer o levantamento de como é realizado os processos da Telefonia, Recepção e Central de Serviços;
- Mapear / procedimentar os processos identificados;
- Definir as formas de controle dos processos;
- Controlar os documentos das áreas através de sistema de Controle de Documentos;
- Monitorar a execução dos serviços através de indicadores;
- Fazer treinamentos sobre o Sistema de Gestão da Qualidade e procedimentos das áreas;
- Acompanhar a auditoria interna / externa de certificação.

5. DIAGNOSE

A área de Central de Serviços atua com um sistema institucional chamado Sistema Hospitalar, quando ocorre uma solicitação de bloqueio de um quarto/leito, no Hospital Cajuru é feito uma anotação em um livro chamado livro de ocorrências, já na Santa Casa esta prática não ocorre. Vários registros são gerados, no entanto em cada unidade existe uma sistemática diferente.

Na área da Telefonia do Hospital Cajuru uma colaboradora usa uma agenda eletrônica do programa Access, mas esta agenda demora muito tempo para abrir devido a pouca memória do computador, a outra colaboradora utiliza uma agenda em suporte de papel, já no Hospital Santa Casa não existe nenhum computador para a área da Telefonia. Não existe um texto padrão para ser utilizado ao atender uma chamada e nenhuma regra para definir qual ligação tem prioridade no

atendimento se é uma ligação externa ou interna. Na telefonia é utilizado um PABX muito antigo e muitas das funcionalidades deste PABX são desconhecidas pelas colaboradoras. Não existe um controle das ligações recebidas externas, recebidas internas, ligações efetuadas e ligações perdidas.

Na área da Recepção do Hospital Santa Casa existem vários registros que já não descrevem a realidade, no entanto ainda está sendo utilizado sendo alterada as informações a caneta. Não existe um manual da recepção dizendo como deve ser realizado o atendimento, onde encontrar as solicitações necessárias, como operar o Sistema Hospitalar para consultar o quarto/leito do paciente.

6. PROGNOSE

Para criar um padrão de atendimento, controle de processos e satisfazer nossos clientes, as áreas resolveram aderir à norma ISO 9001:2008.

Para padronizar e controlar os processos será elaborado um Manual da Central de Serviços, um Manual da Telefonia e um Manual da Recepção, os quais descreverão como deve ser executada cada atividade e quais registros deverão ser gerados.

Desenvolver o macro processo das áreas.

Estudar a melhor forma de consultar a lista de contatos, sendo que esta poderá continuar em suporte de papel ou eletrônica.

Definir e implantado indicadores para acompanharmos o desenvolvimento dos processos das áreas.

Implantar o controle de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade para os documentos gerados nestas áreas, bem como o arquivamento correto destes registros.

7. JUSTIFICATIVA

Este projeto justifica-se pela afinidade da aluna com as áreas de telefonia e recepção e os conhecimentos agregados durante a graduação que ajudarão a melhorar os processos internos e a forma de atendimento aos clientes.

8. VIABILIDADE

Este projeto não terá nenhum custo.

9. METODOLOGIA

Segundo RODRIGUES (2007, p. 02), a metodologia Científica é definida como “Um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”.

Já a pesquisa para SILVA e MENEZES (2001), pode ser considerada como “Um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo”.

Segundo RODRIGUES (2007, p. 04) a finalidade da pesquisa pode ser:

Pesquisa pura (básica): satisfação do desejo de adquirir conhecimentos, sem que haja uma aplicação prática prevista.

Pesquisa aplicada: os conhecimentos adquiridos são utilizados para aplicação prática voltados para a solução de problemas concretos da vida moderna.

Para que seja possível mapear estes processos o primeiro passo será a pesquisa de campo, que tem como objetivo levantar informações de como o processo é realizado, para que possamos identificar a necessidade de padronização e melhoria. Segundo RODRIGUES (2007, p. 07) a pesquisa de campo “É a observação dos fatos tal como ocorrem. Não permite isolar e controlar as variáveis, mas perceber e estudar as relações estabelecidas”.

O segundo passo será a pesquisa bibliográfica e documental definidas por GIL (1991), como:

Pesquisa Bibliográfica: quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet.

Pesquisa Documental: quando elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico.

Nesta etapa será avaliado se os dados/processos mapeados na pesquisa de campo atendem os requisitos da ISO 9001:2008 e os documentos internos do Sistema de Gestão da Qualidade da Diretoria de Serviços Compartilhados.

Além das metodologias citadas acima, será utilizado o sistema chamado Isosystem <<http://isosystem.pucpr.br/isosystem>> da SoftExpert, para controlar os documentos elaborados.

10. CRONOGRAMA

O cronograma das atividades está descrito a seguir:

Cronograma	
15/05/2011 - 30/05/2011	Fazer mapeamento das áreas
30/05/2011 - 30/06/2011	Descrever em forma de procedimento o mapeamento dos processos e definir as formas de controle
30/06/2011 - 15/07/2011	Controlar os documentos da área
30/06/2011 - 31/07/2011	Monitorar a execução dos serviços através de indicadores
15/07/2011 - 15/08/2011	Realizar treinamentos sobre o sistema de gestão da qualidade
01/09/2011 - 31/09/2011	Acompanhar a auditoria interna (data ainda não definida)

11. REFERÊNCIAS

Silva, Edna Lúcia da. Menezes, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. UFSC. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2001, disponível em: <www.pucrs.campus2.br/~jiani/metodologia/pesquisa1.doc> acesso em 21/06/2011 as 23h16 minutos.

Rodrigues, William Costa. *Metodologia Científica*, FAETEC/IST, Paracambi, 2007 disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf> acesso em 21/06/2011 as 23h00.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>> acesso em 21/06/2011 as 23h43 minutos.

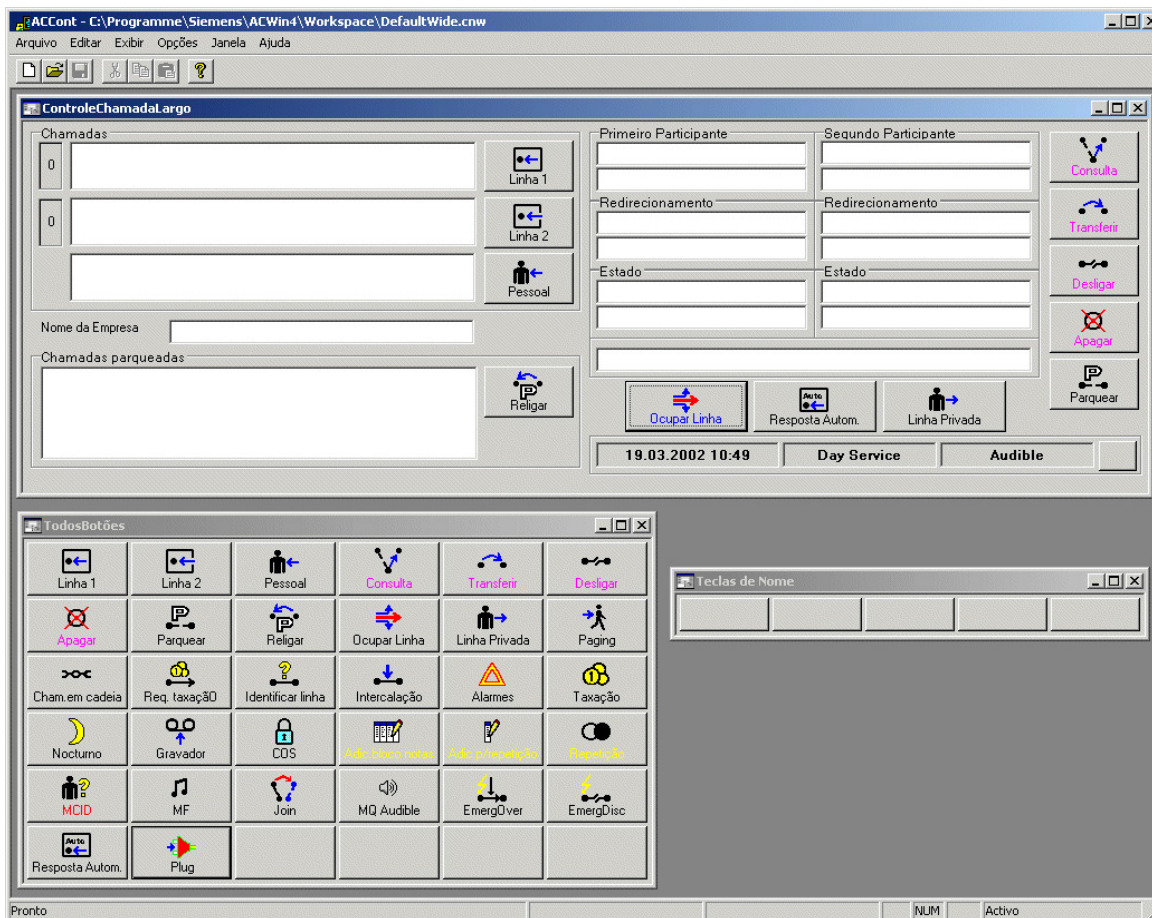
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas, *Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos*, 2008.

Manual do Sistema de Gestão da Qualidade, 2011.

ANEXO I - Mesa AC4 (PABX).



ANEXO II – Sistema AC-Win





UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
SECRETARIADO EXECUTIVO

Tema: Implantação de requisitos da ISO 9001:2008 nas áreas de Telefonia, Recepção e Central de Serviços do Hospital Universitário Cajuru e Hospital Santa Casa.

Nome Acadêmica: Andrea Camargo Surek

Nome Orientadora: Prof^a. Ms. Fernanda Landolfi Maia

Introdução

- Local do desenvolvimento do projeto;

HUC



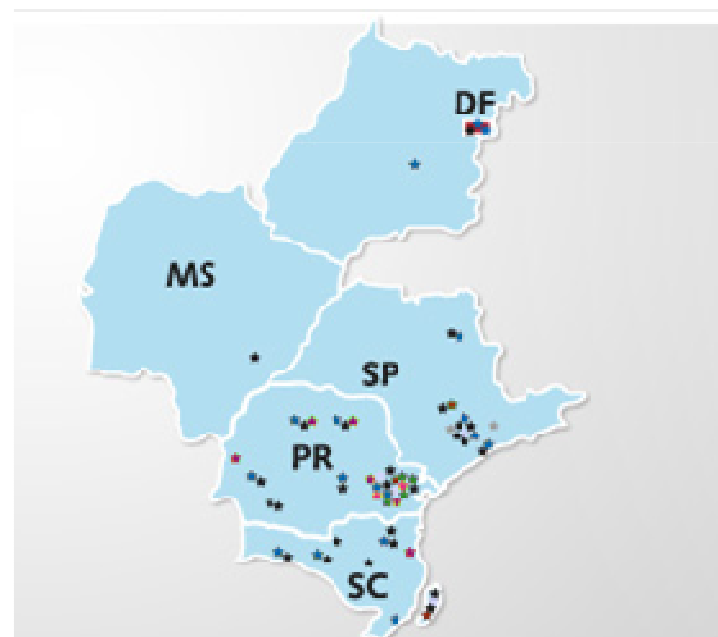
HSC



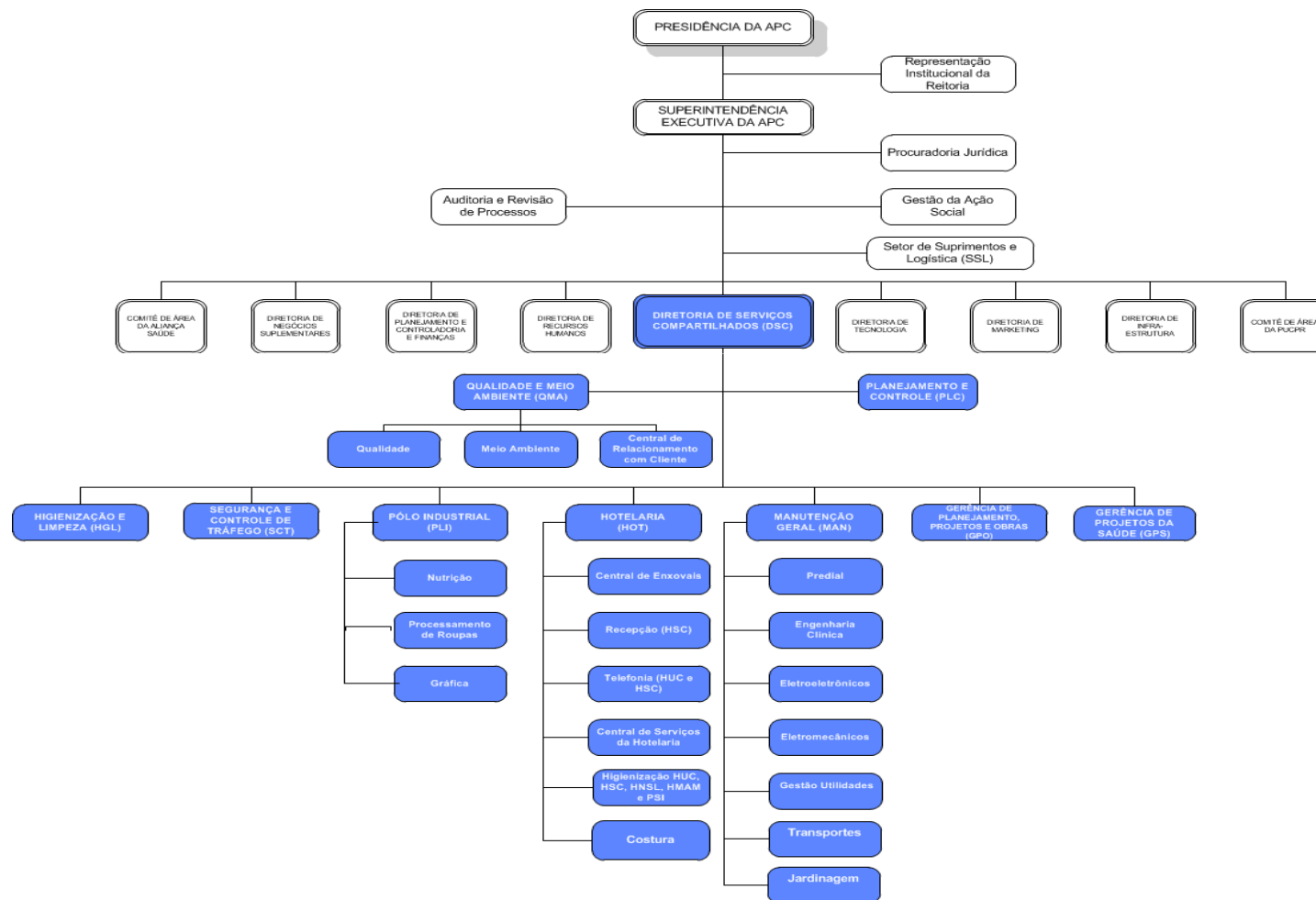
- Motivos da implantação;
- Estruturação do projeto;

Descrição do Ambiente

- Fundada em 1817 por São Marcelino Champagnat;
- 79 países;
- No Brasil desde 1897;



Descrição do Ambiente



Descrição do Ambiente

- Telefonia;
- Recepção;
- Central de Serviços;



Metodologia

- 1º passo: Pesquisa de campo e entrevista;
- 2º passo: Pesquisa bibliográfica e documental;
- Sistema Isosystem;



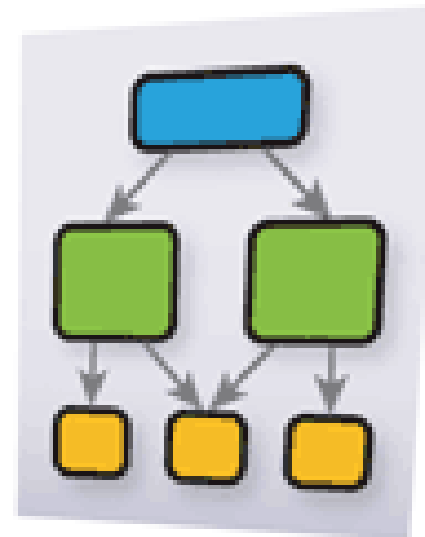
1ª Etapa -

- Fazer o levantamento de como é realizado os processos da Telefonia, Recepção e Central de Serviços - 13/05/2011 - 30/05/2011;




2ª Etapa

- Mapear / procedimentar os processos identificados e Definir as formas de controle dos processos - 01/06/2011 - 24/06/2011;





2ª Etapa

	Título: MANUAL DA TELEFONIA			
	Código: HOT.PRS.009	Revisão: 02	Emissão: 15/09/2011	Pág. 1 de 1

1 OBJETIVO

Definir as rotinas de trabalho da telefonia.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este documento é aplicável a telefonia dos hospitais HUC e HSC.

3 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

HOT.FOR.029 - Controle de Ligações Particular, DDD e DDI

HOT.FOR.030 – Controle de Escala dos Médicos

4 SIGLAS UTILIZADAS

HOT – Hotelaria

HSC – Hospital Santa Casa



2ª Etapa

	Título: TABELA CONTROLE DE REGISTRO – RECEPÇÃO, TELEFONIA E CENTRAL DE SERVIÇOS			
	Código: PLI.PRO.047	Revisão: 00	Emissão: 19/07/2011	Pág. 1 de 3

OBJETIVO: Estabelecer o controle de registros utilizados na Telefonia, Recepção e Central de Serviços, garantindo que sejam mantidos e dispostos de maneira adequada.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO: Este documento é aplicável para a Telefonia, Recepção e Central de Serviços da Hotelaria – HUC e HSC.

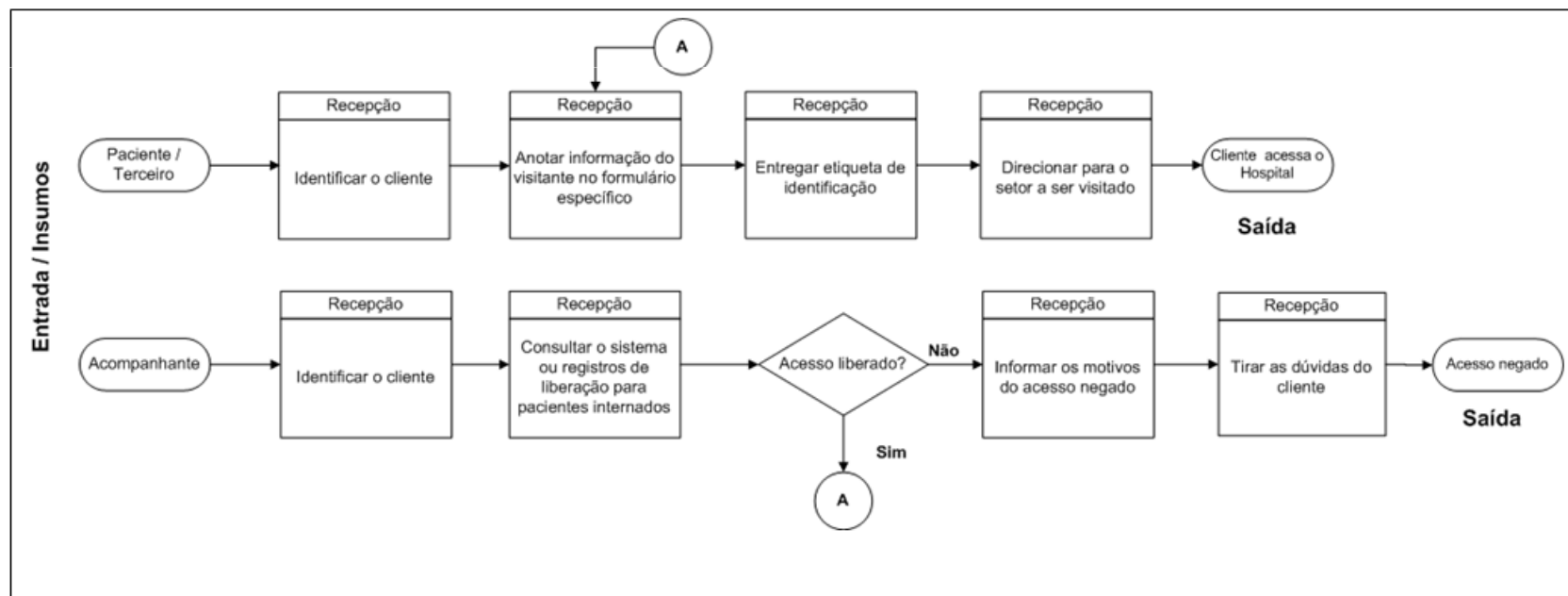
IDENTIFICAÇÃO	ORIGEM	PREENCHIMENTO	ARQUIVO	ARMAZENAMENTO	MANUTENÇÃO	INDEXAÇÃO	ACESSO	RETENÇÃO	DISPOSIÇÃO
HOT.FOR.021 - Controle de Acesso de Visitantes	HOT.PRS.007	Colaborador HOT	Caixa arquivo na sala da Hotelaria (HSC).	Meio físico	Hotelaria	Por data	Colaboradores Hotelaria	1 Mês	Enviar para a SCT
HOT.FOR.022 - Ficha de Acesso Temporário	HOT.PRS.007	Colaborador HOT	Caixa arquivo na sala da Hotelaria (HSC).	Meio físico	Hotelaria	Por data	Colaboradores Hotelaria	1 Mês	Enviar para a SCT
HOT.FOR.023 - Controle de Liberação de Acompanhante	HOT.PRS.007	Colaborador HOT	Caixa arquivo na sala da Hotelaria (HSC).	Meio físico	Hotelaria	Por data	Colaboradores Hotelaria	1 Mês	Descarte

2ª Etapa

	Título: MACRO PROCESSO DA RECEPÇÃO DO HSC			
	Código: <u>HOT.PRS.013</u>	Revisão: 00	Emissão: 19/07/2011	Pág. 1 de 1

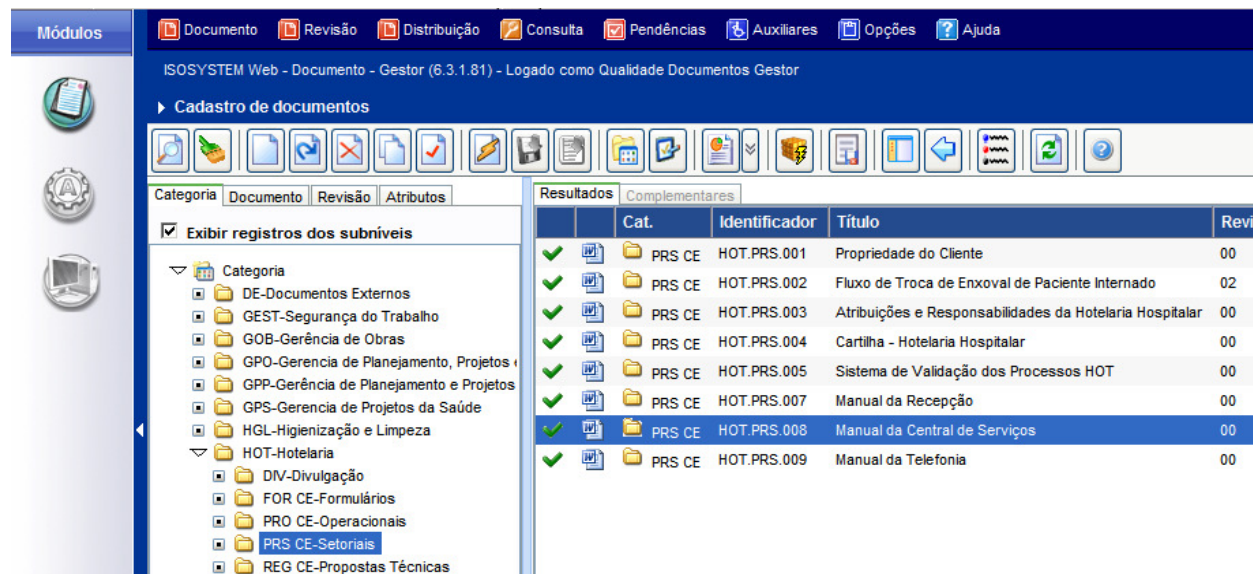
OBJETIVO: Demonstrar o macro processo da Recepção do HSC.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO: Este documento é aplicável à Recepção do Hospital Santa Casa.



3ª Etapa

- Controlar os documentos das áreas através de sistema de Controle de Documentos - 01/07/2011 e 19/08/2011;



ISOSYSTEM Web - Documento - Gestor (6.3.1.81) - Logado como Qualidade Documentos Gestor

► Cadastro de documentos


Exibir registros dos subníveis

Categoria	Documento	Revisão	Atributos	Resultados	Complementares
✓	PR	00		✓	
✓	PR	02		✓	
✓	PR	00		✓	
✓	PR	00		✓	
✓	PR	00		✓	
✓	PR	00		✓	
✓	PR	00		✓	
✓	PR	00		✓	
✓	PR	00		✓	

Relatório Implantação Projetos
Multidisciplinares – Andrea Camargo Surek

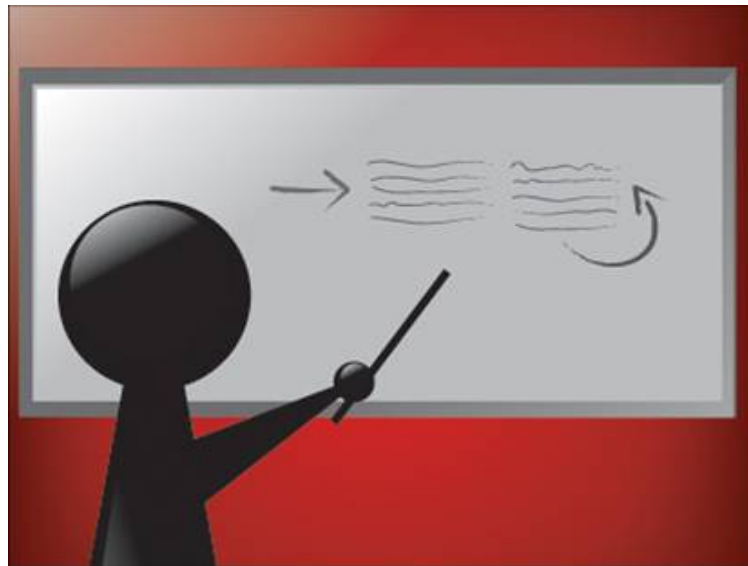
4ª Etapa

- Monitorar a execução dos serviços através de indicadores - 28/07/2011;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE																																																																																																						
FOLHA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - FID																																																																																																						
TÍTULO DO PROCESSO :				IDENTIFICAÇÃO:																																																																																																		
HOTELARIA - CENTRAL DE SERVIÇOS (HUC)																																																																																																						
TÍTULO DO INDICADOR :			SIGLA :		ÁREA :		RESPONSÁVEL :																																																																																															
Percentual de Solicitações Atendidas no Prazo			PSACS		HOT		Hoteleria																																																																																															
PROPOSITO : Acompanhar as solicitações atendidas.							MÊS / ANO :																																																																																															
							Setembro 2011																																																																																															
CRITÉRIO DE CÁLCULO :						UNIDADE DE MEDIDA :		PERIODICIDADE :																																																																																														
Solicitações atendidas dentro do prazo pelo total.						Percentual		Mensal																																																																																														
OBSERVAÇÕES :																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>Média Ano 2010</th> <th>jan/11</th> <th>fev/11</th> <th>mar/11</th> <th>abr/11</th> <th>mai/11</th> <th>jun/11</th> <th>jul/11</th> <th>ago/11</th> <th>set/11</th> <th>out/11</th> <th>nov/11</th> <th>dez/11</th> <th>Média Atual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OBJETIVO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>75</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MAI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>65</td> <td>25</td> <td>63</td> <td>63</td> <td>64</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HOT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>57</td> <td>0</td> <td>36</td> <td>69</td> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HOT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>94</td> <td>12</td> <td>28</td> <td>28</td> <td>61</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>REALIZADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>72</td> <td>13</td> <td>39</td> <td>47</td> <td>47</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													PERÍODO	Média Ano 2010	jan/11	fev/11	mar/11	abr/11	mai/11	jun/11	jul/11	ago/11	set/11	out/11	nov/11	dez/11	Média Atual	OBJETIVO						75	75	75	75	75	75	75	75		MAI						65	25	63	63	64					HOT						57	0	36	69	27					HOT						94	12	28	28	61					REALIZADO						72	13	39	47	47				
PERÍODO	Média Ano 2010	jan/11	fev/11	mar/11	abr/11	mai/11	jun/11	jul/11	ago/11	set/11	out/11	nov/11	dez/11	Média Atual																																																																																								
OBJETIVO						75	75	75	75	75	75	75	75																																																																																									
MAI						65	25	63	63	64																																																																																												
HOT						57	0	36	69	27																																																																																												
HOT						94	12	28	28	61																																																																																												
REALIZADO						72	13	39	47	47																																																																																												
																																																																																																						
TOMADAS DE AÇÃO: RO 2722 ABERTA PARA RECUPERAÇÃO DE DESEMPENHO.																																																																																																						
PLANO DE AÇÃO :																																																																																																						
<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> X SIM - Data Abertura: 24 / 09 / 2011																																																																																																						

5ª Etapa

- Fazer treinamentos sobre o Sistema de Gestão da Qualidade e procedimentos das áreas - 25/07/2011 – 01/09/2011;



6ª Etapa

- Acompanhar a auditoria interna / externa de certificação – 30/05/2011 - 30/09/2011;
- 27/09/2011 - auditoria externa;
- 06 colaboradores auditados;



7ª Etapa

- Realizar adequações nos processos –
12/09/2011 – 23/09/2011



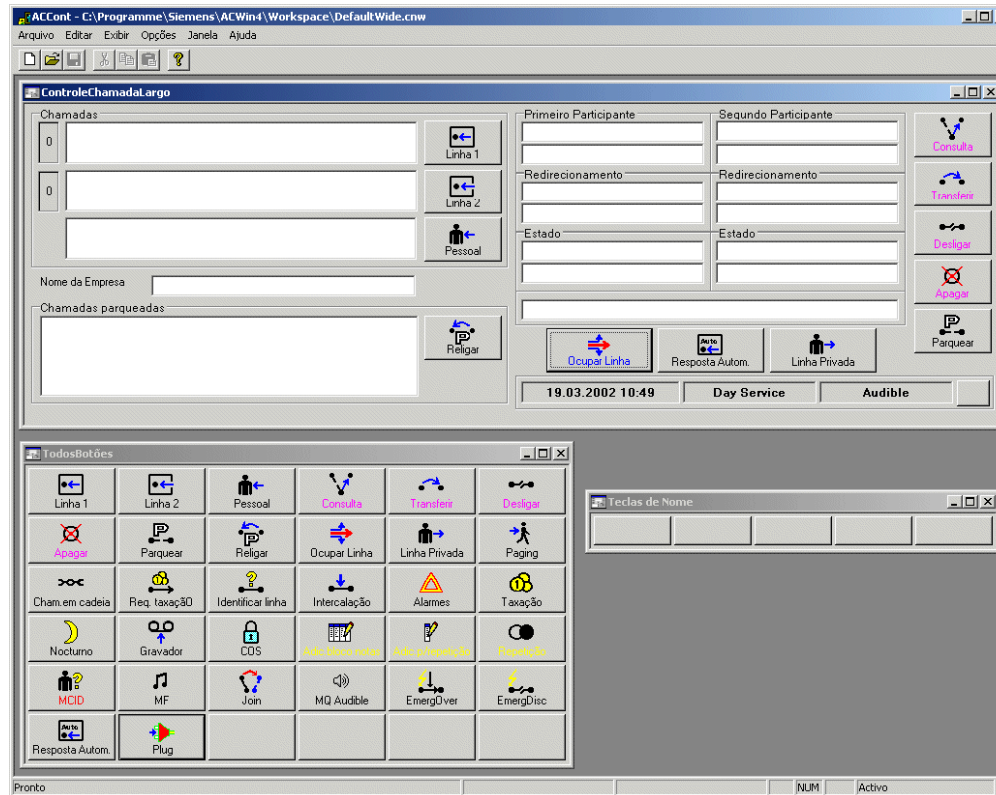
7ª Etapa

- Mesa AC4 (PABX) da SIEMENS



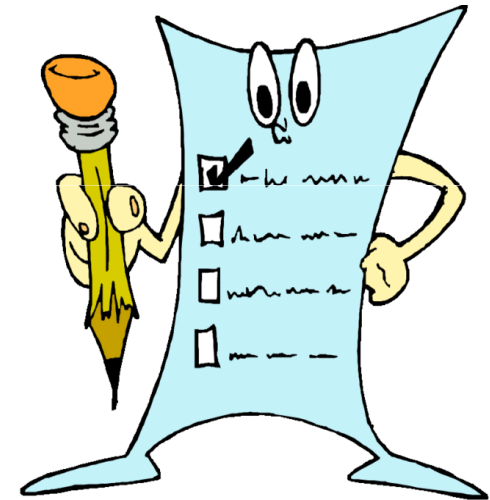
7ª Etapa

■ Sistema AC-Win



8ª Etapa

- Avaliação da Implantação do Projeto – 12/10/2011;
- 27 questionários - 05 respostas;
- Processos padronizados;
- Padrão no atendimento;
- Colaboradores treinados e com uma visão sistêmica;

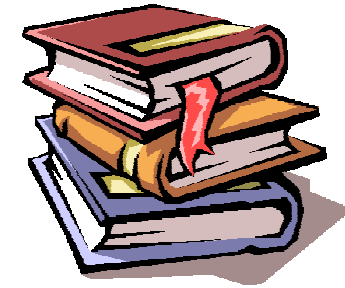


Considerações Finais

- Desenvolvimento pessoal e profissional:
 - Aprendi como superar as dificuldades e imprevistos, qual o tamanho da sua responsabilidade;
 - Percebi a forma como você lida com as pessoas;
- Ganhos para a empresa;

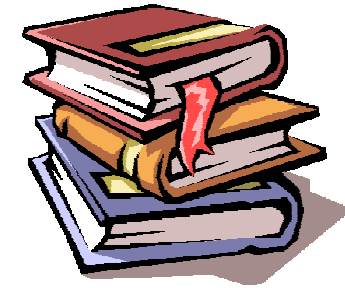


Referências

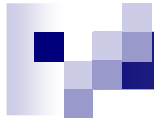


- ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE – REQUISITOS, 2008.
- CAMPOS, Vicente Falconi. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 8. Ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.
- DAMACENO, Ronaldo. **As instituições de saúde e a gestão hospitalar** in Banas Qualidade. Ano XVIII, maio de 2009, nº 204, ISSN 1676-7845
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Referências



- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap. 11, p.117-127.
- MANUAL DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE, 2011.
- NICOLETTI, Alaercio. **Conhecendo o fluxo da organização** in Banas Qualidade. Ano XVIII, março de 2009, nº 202, ISSN 1676-7845.
- RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**, FAETEC/IST, Paracambi, 2007 disponível em:
<http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf>
acesso em *21/06/2011 as 23h00*.



“Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova.”

Mahatma Gandhi