

MARCIA REGINA ANTONIACOMI

**ESTUDO DE CASO: APLICAÇÃO DOS 5S NA UNIDADE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

CURITIBA

2011

MARCIA REGINA ANTONIACOMI

**ESTUDO DE CASO: APLICAÇÃO DOS 5S NA UNIDADE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR**

Projeto técnico apresentado para obtenção de título de especialista em Gestão Pública da Coordenação de Ensino a Distância e Departamento de Administração Geral e Aplicada, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Egon Walter Wildauer

CURITIBA

2011

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, benção e proteção.

Ao meu marido Dirceu e minhas filhas Mariela e Luana pela compreensão nos momentos de ausência.

A minha mãe e minha irmã pelo incentivo e ajuda.

Ao meus amigos do trabalho pelo apoio, colaboração e torcida.

Ao meu orientador Professor Dr. Egon, pela orientação, paciência, incentivo e confiança.

RESUMO

A qualidade é um processo dinâmico e ininterrupto. Nos dias atuais a exigência de qualidade nos serviços de saúde tem sido não somente uma necessidade, mas uma urgência em busca de evolução na identificação e correção de falhas nas rotinas e procedimentos aplicados. Dentre as várias práticas utilizadas nos programas de qualidade, a escolhida neste trabalho foi o programa 5S que se trata de um método simples que visa manter o local de trabalho organizado, limpo, saudável e seguro; servindo como alicerce para a melhoria dos fluxos e para outras práticas da Qualidade Total. Diante destes aspectos, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de aplicação dos 5S de utilização, organização, limpeza, saúde e autodisciplina em uma unidade de urgência e emergência de um hospital universitário. O estudo foi baseado em pesquisa documental e informações disponibilizadas pelos integrantes da unidade e gerência. Trata-se de um estudo de caso por meio da análise retrospectiva qualitativa dos aspectos favoráveis e dificuldades, bem como os detalhes da aplicação dos 5S nos serviços da Unidade de Urgência e Emergência Adulto. Os resultados da pesquisa mostraram a evolução do plano, que é uma prática trabalhosa, que causa mudança nas atitudes dos profissionais relacionadas à organização, limpeza e segurança. Mostraram também as dificuldades encontradas e o alcance do objetivo de manter os ambientes limpos e organizados comprovando o sucesso da aplicação do 5S. Também foram evidenciadas contribuições por meio do 5S na condução de condições seguras de trabalho, como instrumento de educação, na adoção de atitudes eficazes e na melhoria do ambiente de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade, 5S, plano de ação, acreditação hospitalar.

ABSTRACT

Quality is a continuous and dynamic process. Nowadays the need for quality in health services has been not only a necessity but an urgency in seeking progress in identifying and correcting flaws in the routines and procedures. Among the various practices used in quality programs, was chosen in this work that the 5S program is a simple method that aims to keep the workplace tidy, clean, healthy and safe, serving as a foundation for improving the flow and other practices of Total Quality. Considering these aspects, the aim of this study was to analyze the application process for use of the senses, organization, cleanliness, health and self-discipline in an emergency care unit of a university hospital. The study was based on archival research and information provided by members of the unit and management. It is a case study through qualitative retrospective analysis of the favorable aspects and difficulties, as well as details of the application of the 5 senses in Emergency Services Unit and Emergency Adult. The survey results showed the evolution of the plan, which is a laborious practice that causes change in the attitudes of professionals related to the organization, cleanliness and safety. They also showed the difficulties and reach the goal of maintaining a clean and organized demonstrating the successful implementation of 5S. Contributions have also become clear through the 5S in conducting safe working conditions as an instrument of education, effective use of attitudes and improving the work environment.

KEYWORDS: Quality, 5S, action plan, hospital accreditation.

LISTA DE SIGLAS

AGQ	- Assessoria da Gestão da Qualidade
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAH	- Comissão de Acreditação Hospitalar
CCQ	- Círculo de Controle de Qualidade
CMUM	- Centro Municipal de Urgências Médicas
CTI	- Centro de Terapia Intensiva
CTSI	- Centro de Terapia Semi-Intensiva
GIQ	- Grupo Interno de Qualidade
HC	- Hospital de Clínicas
HUs	- Hospitais Universitários
IPASS	- Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NR	- Norma Regulamentadora
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
OPSS	- Organização Prestadora de Serviços de Saúde
PA	- Serviço de Pronto Atendimento
PAE	- Serviço de Pronto Atendimento Emergência
PAO	- Serviço de Pronto Atendimento Observação
POP	- Procedimento Operacional Padrão
REHUF	- Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários
SUS	- Sistema Único de Saúde
SCIH	- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
UAB	- Unidade de Abastecimento
UAP	- Unidade de Administração de Pessoas
UF	- Unidade Funcional
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UG	- Unidade Gerencial
UHH	- Unidade de Hotelaria Hospitalar

UIE - Unidade de Infra Estrutura
UNIMULTI - Unidade Multiprofissional
UUEA - Unidade de Urgência e Emergência Adulto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 APRESENTAÇÃO PROBLEMÁTICA.....	9
1.2.1 Objetivo Geral.....	11
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	11
2 REVISÃO TEÓRICA	12
2.1 O PROGRAMA 5S.....	13
2.1.1 Senso de Utilização (SEIRI).....	14
2.1.1.1 Gerenciamento por Estratificação.....	15
2.1.1.2 Benefícios Esperados.....	15
2.1.2 Senso de Arrumação (SEITON).....	15
2.1.2.1 Benefícios Esperados.....	16
2.1.3 Senso de Limpeza (SEISO).....	17
2.1.3.1 Principais Ações.....	17
2.1.3.2 Benefícios Esperados.....	17
2.1.4. Senso de Saúde (SEIKETSU).....	18
2.1.4.1 Principais Ações.....	18
2.1.4.2 Benefícios Esperados.....	18
2.1.5 Senso de Autodisciplina (SHITSUKE).....	19
2.1.5.1 Principais Ações.....	19
2.1.5.2 Benefícios Esperados.....	19
2.2 COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO.....	20
2.3 TREINAMENTO DA MÉDIA GERÊNCIA E FACILITADORES.....	20
2.4 ESTRUTURA DE APOIO A IMPLANTAÇÃO.....	21
2.5 PLANEJAMENTO.....	21
2.5.1 Planos 5W2H.....	21
2.5.2 Execução e Controle.....	22
2.6 A APLICAÇÃO DO PROGRAMA 5S.....	22
3 METODOLOGIA	23

3.1 A INSTITUIÇÃO.....	23
3.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	25
3.3 COLETA DE DADOS.....	26
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	27
4.1 GRUPO INTERNO DE QUALIDADE.....	27
4.2 APLICAÇÃO DO 5S SALA DA GERÊNCIA COMO PILOTO.....	28
4.3 PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO 5S EM TODA A UNIDADE.....	28
4.4 REALIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DOS SERVIÇOS.....	29
4.4.1 Diagnóstico físico.....	30
4.4.2 Diagnóstico Comportamental.....	30
4.5 ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO.....	31
4.6 SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS EXECUTADOS POR OUTROS SETORES DO HOSPITAL.....	32
4.7 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	32
4.8 PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	33
4.8.1 Falta de comprometimento das pessoas.....	33
4.8.2 Necessidade de reorganização do cronograma.....	33
4.8.3 Dúvidas relacionadas ao descarte.....	34
4.8.4 Descarte de bem público.....	34
4.8.5 Descarte de documento confidencial.....	35
4.9 MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E À SAÚDE DOS TRABALHADORES.....	35
4.10 POLÍTICA DE BACKUP.....	36
4.11 EVOLUÇÃO DA APLICAÇÃO DO 5S NA UUEA.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
6 REFERÊNCIAS	41
ANEXOS.....	43

1 INTRODUÇÃO

Este estudo retrata a aplicação do programa 5S na Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA) do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Relata sobre todo o processo desde o momento da inserção da idéia nos serviços até a conclusão e repetição do 5S, mostrando as dificuldades encontradas e os resultados obtidos no desenvolvimento do processo. Desta forma torna visível as possíveis soluções para problemas com a organização, limpeza e saúde dos serviços de uma unidade que atende pacientes em situação de urgência e emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 APRESENTAÇÃO PROBLEMÁTICA

O presente estudo visa relatar um momento de implantação de melhorias na gestão operacional da UUEA. Também como produção dos conhecimentos adquiridos no curso de Especialização em Gestão Pública.

O programa 5S tem sido aplicado em várias empresas, públicas e privadas, pois traz diversos benefícios como melhoria na qualidade e organização do ambiente, visando solucionar questões de ordem técnica, operacional e comportamental.

Nesta instituição o Programa 5S é uma metodologia de trabalho previsto pela Assessoria da Gestão da Qualidade (AGQ), como um dos três programas centrais definidos para atuação em busca da Certificação em Acreditação Hospitalar. Os outros dois programas são Programa de Acreditação Hospitalar e o Programa de Segurança do Paciente. O Programa de Segurança do Paciente abrange vários projetos sendo um deles o Projeto de Gerenciamento de Risco que envolve todos os riscos assistenciais, administrativos, ocupacionais de responsabilidade civil e o projeto de Cirurgia Segura. O Programa de Acreditação que busca a certificação para esta instituição (ROTHBARTH, 2011).

Acreditação é um método de avaliação das instituições de saúde através de um processo voluntário, periódico e reservado, com o objetivo de garantir a

qualidade da assistência através de padrões previamente definidos. O processo constitui uma avaliação que tem três níveis de certificação ou princípios orientadores: nível 1 – segurança; nível 2 – segurança e gestão integrada e nível 3 – além dos dois primeiros a excelência na realização dos processos. Este processo é regulado em nível nacional pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização privada sem fins lucrativos e de interesse coletivo que tem objetivo de implantar e implementar o processo permanente de melhoria da qualidade e assistência a saúde em nível nacional e que mantém convênio com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ONA, 2006).

Neste contexto, o Ministério da Educação após a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), estabeleceu este programa como melhoria dos processos de gestão dos hospitais, que deverá incluir no mínimo: “Definição de metodologia de acreditação hospitalar, por meio de organismos externos à rede de Hospitais Universitários (HUs) e o estabelecimento de metas e prazos para obtenção da certificação adotada” (BRASIL, 2010).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) tem como missão precípua “Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão”, desta forma está explícito que este selo de qualidade é uma meta pretendida para esta instituição (RELATÓRIO, 2009, p.7).

Para que esta instituição alcance a certificação em Acreditação Hospitalar o método 5S é um passo imprescindível para esta conquista.

O método 5S é uma filosofia originária no Japão, introduzido pelo Dr. Kaoru Ishikawa na década de 50, como ferramenta para melhoria da qualidade (RIBEIRO, 2006). Trata-se de um programa de prática simples composto de 5 conceitos, que visam a simplificação do ambiente de trabalho. Na área da saúde tem contribuído para a redução do desperdício, auxilia na melhoria de relacionamento entre as equipes médica, enfermagem e administrativa, favorecendo a gestão eficaz.

1.2.1 Objetivo Geral

Relatar a implantação do 5S nos serviços da Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UEEA) para proporcionar um ambiente organizado, limpo, seguro, agradável e prático para a equipe multidisciplinar e para os clientes internos e externos da unidade.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

As instituições de saúde do SUS são constantemente pressionadas seja pela população, imprensa ou vigilância sanitária, associada à falta de recursos humanos, recursos financeiros e muitas vezes estrutura física, comprometendo a qualidade do atendimento e penalizando principalmente os pacientes.

A rotina diária nos serviços de emergência envolve os grupos fazendo com que passe despercebida a possibilidade de melhoria ou a revisão de certos hábitos ou costumes que não propiciam um ambiente limpo, organizado e seguro. Materiais e equipamentos fora do lugar, danificados, em excesso ou em falta podem atrapalhar ou retardar um atendimento. A falta do equipamento ou material adequado também pode aumentar o custo de um procedimento. Não dispor de um simples formulário necessário para a solicitação de um exame de emergência pode desperdiçar o tempo das pessoas na tentativa de localizá-lo a qualquer custo. Tempo este que pode ser melhor utilizado no atendimento humanizado aos clientes internos e externos.

Diante destas observações, é necessário um olhar com maior atenção ao que está errado, e com isso iniciar um trabalho através do método 5S visando disponibilizar uma estrutura que possibilite um atendimento com qualidade.

Objetivando através da aplicação do 5S conseguir proporcionar um ambiente mais limpo, organizado, seguro, agradável e prático para a equipe multidisciplinar e seus usuários. Com isso agilizar os atendimentos através do fluxo correto de pessoas e materiais, evitar o retrabalho e o desperdício de materiais e equipamentos.

Este estudo de caso visa detalhar a aplicação do 5S na UUEA, uma filosofia de simples aplicação, que proporciona um ambiente sadio, prezando os bons hábitos e o bom senso. Diante de simples ações, estimulando o trabalho disciplinado e em equipe, podendo servir como instrumento de controle para a unidade, possibilitando corrigir disfunções, implementar ações corretivas e de melhorias para as próximas etapas, outros serviços desta instituição ou até mesmo ser adaptado a outras instituições.

2 REVISÃO TEÓRICA

Segundo Feldman (2009), a filosofia da gestão da qualidade é um referencial para o desenvolvimento de uma cultura baseada em melhoria contínua. Inserida nas Instituições de Saúde se faz necessário a Gestão de Risco que é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Cabe aqui ressaltar que a NR-32 Norma Reguladora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego em novembro de 2005, estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção a segurança e à saúde dos trabalhadores, editada devido ao grande número de acidentes e à sua subnotificação.

Para Campos (2004), um produto ou serviço com qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente.

Para Luiz Plínio Moraes de Toledo, presidente do Conselho de Administração da ONA, “Acreditação é um processo pelo qual as organizações de saúde adquirem reconhecimento público e garantem, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados” (ONA, 2004). Para isso é preciso reunir a competência assistencial à contínua melhoria dos serviços prestados.

A Organização Prestadora dos Serviços de Saúde - OPSS, que adere ao Processo de Acreditação revela responsabilidade e comprometimento com a

segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento a população.

Paladini (2009, p.256), atribui como melhora na organização grande importância nas pessoas que oferecem contribuições essenciais para as instituições, e se essas pessoas organizarem suas atividades e seus locais de trabalho suas contribuições serão mais relevantes. Enfoca o programa 5S como uma estratégia de amplo uso que investe na mudança de hábitos e pensamentos.

Quando se fala em “Programas de Qualidade” todos iniciam pelo “Programa 5S” por tratar-se de uma ferramenta para atingir o nível de qualidade visando gerar um ambiente sadio de educação continuada (CERQUEIRA NETO,1998).

2.1 O PROGRAMA 5S

Para Ribeiro (2006), o 5S foi criado no Japão para promover um ambiente de trabalho propício para uma maior produtividade. Dr. Kaoru Ishikawa, engenheiro químico japonês foi o principal introdutor dos conceitos de qualidade total em seu país. Isso ocorreu na década de 50, quando o Japão tentava se reerguer da derrota sofrida na Segunda Guerra. O Japão se transformou numa potência e passou a ser exemplo para outros países, que realizaram pesquisas para conhecer as ferramentas utilizadas para o sucesso econômico que eram: Qualidade Total, *Just-in-Time*, Manutenção produtiva Total (TPM), Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), o princípio de melhoria contínua, *Kaizen*. Porém a base física e comportamental para sucesso dessas ferramentas gerenciais segundo as organizações japonesas é o 5S.

Para Campos (2004) O 5S é um programa para todas as empresas, do presidente aos operadores, para as áreas administrativas, de serviço, de manutenção e de manufatura. O programa deve ser liderado pela alta administração da empresa e é baseado em educação, treinamento e prática em grupo. Os postos de trabalho devem ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços adicionais. Pode não apresentar drásticas mudanças, mas apresentam resultados sendo necessário olhar as causas e os processos, se estiverem certos os resultados virão na seqüência.

Segundo Osada (1992), o movimento 5S's é basicamente a determinação de organizar o local de trabalho, mantê-lo arrumado, limpar, manter em condições padronizadas e a disciplina necessária para realizar um bom trabalho. O nome 5S vem das iniciais de cinco palavras japonesas: *seiri*, *seiton*, *seiso*, *seiketsu*, e *shitsuke*. Segundo Ribeiro (1994), estes termos foram traduzidos pela Fundação Christiano Ottoni por organização, arrumação, limpeza, padronização e disciplina.

Muitas organizações utilizam as palavras "Senso de" que significa "exercitar a capacidade de apreciar, julgar e entender", acrescentado antes de cada palavra com significado parecido de acordo com a tradução:

SEIRI - Senso de Utilização é separar e descartar tudo o que não é necessário ao serviço;

SEITON - Senso de Arrumação é saber organizar para facilitar o acesso e a reposição;

SEISO - Senso de Limpeza é saber zelar pelos recursos e pelas instalações;

SEIKETSU - Senso de Saúde é ter higiene no local de trabalho

SHITSUKE - Senso de Autodisciplina é cumprir rigorosamente as normas, regras e procedimentos.

2.1.1 Senso de Utilização (*SEIRI*)

Para Ribeiro (2006), este senso significa classificar, selecionar, organizar, separar e descartar. Prestar atenção em cada coisa em separado. Colocar em ordem o que está desarrumado. Saber usar sem desperdiçar. Separar as coisas necessárias, dando um destino para as desnecessárias.

Procura transmitir que devemos ter apenas o necessário, pois as pessoas mantêm muitos mais do que precisam para a execução de suas tarefas.

Há dificuldade em dispor de algo, pois surge sempre à idéia de que podemos precisar do objeto ou documento mais tarde.

2.1.1.1 Gerenciamento por Estratificação

Para Osada (1992, p. 26), devemos separar as coisas e agrupá-las por ordem de importância, aplicando o gerenciamento por estratificação. É uma decisão difícil mais muito importante a de separar o supérfluo do necessário, jogando fora o lixo. Desta forma é possível tratar as causas da desorganização.

2.1.1.2 Benefícios Esperados

Com o senso de utilização pode-se obter os seguintes benefícios:

- Redução do consumo;
- Manutenção dos recursos úteis em condições de uso;
- Reutilização dos recursos;
- Disponibilização dos recursos que não são mais necessários ao serviço;
- Compartilhamento dos recursos;
- Descarte adequado dos recursos inúteis;
- Liberação de espaço físico;
- Diminuição de acidentes;
- Diminuição de custos de manutenção;
- Reutilização de recursos;
- Melhoria do ambiente de trabalho.

2.1.2 Senso de Arrumação (*SEITON*)

Depois de realizado o Senso de Utilização, fica mais fácil arrumar o ambiente contento apenas o que é necessário para o desempenho das tarefas. O próximo passo é estabelecer uma metodologia para garantir a eficiência da arrumação. Segundo Osada (1992, p.27), arrumar é colocar as coisas nos lugares certos de

forma correta, para que possam ser usadas prontamente, acabando com a procura de objetos. Todas as ações realizadas têm o objetivo de permitir o acesso imediato.

Após o gerenciamento por estratificação aplicado no senso de utilização, deverá ser aplicada a arrumação funcional que busca formular regras começando por decidir com que freqüência utilizam-se as coisas:

- a) O que não é utilizado: jogar (sucata ou leilão)
- b) O que não utilizado, mas quer ter a mão, caso seja preciso: manter como itens de reserva.
- c) O que é utilizado apenas com pouca freqüência: guardar em lugar bem distante.
- d) O que é utilizado às vezes: guardar no local de trabalho.
- e) O que é utilizado com freqüência: guardar no local de trabalho.

Não há necessidade de manter grande estoque de algum item que pode se conseguir rapidamente. É preciso considerar outros fatores como: qualidade, deterioração, deformações, vencimento e tudo mais.

Para conseguir obter um determinado item na quantidade desejada, quando e onde desejar é perguntar-se: o que, quando, onde, por que, quem e como para cada item.

2.1.2.1 Benefícios Esperados

Com o senso de arrumação pode-se obter os seguintes benefícios:

- Ambiente de trabalho mais agradável.
- Economia de tempo.
- Diminuição de cansaço físico.
- Facilidade para implementação da multifuncionalidade.
- Diminuição de acidentes.

2.1.3 Senso de Limpeza (*SEISO*)

Significa acabar com o lixo, a sujeira e tudo o que for estranho, até tudo ficar limpo. A ênfase está na limpeza como forma de inspeção, devendo ser usada para reconhecimento do ambiente e realizada pelo próprio usuário do ambiente. Um dos objetivos do movimento do 5S's é eliminar totalmente o lixo e a sujeira (RIBEIRO, 1994).

Este Senso vai além da idéia de limpeza, está relacionada com o comprometimento de todos os envolvidos com as ações necessárias para manter as condições adequadas de uso do local de trabalho e instrumentos utilizados na execução das tarefas. Uma sistemática a ser utilizada é incorporar a limpeza diária, reservando para isto uma parte do tempo. Ter a consciência de que “limpeza é mais do que limpar, é não sujar”.

2.1.3.1 Principais Ações

- Cada um deve ser responsável pela limpeza da sua estação de trabalho.
- Deve-se limpar inclusive locais que não são observados.
- Utilizar a limpeza como forma de inspeção.
- Deixar paredes livres de desenhos e ou cartazes desnecessários.
- Eliminar as causas da sujeira.
- Dispensar especial atenção aos banheiros.
- Limpeza e clareza na comunicação.
- Mais importante que limpar é não sujar.

2.1.3.2 Benefícios Esperados

Com o senso de arrumação pode-se obter os seguintes benefícios:

- Melhoria do ambiente de trabalho

- Possibilidade de detectar falhas precocemente nos equipamentos.
- Aumento da vida útil dos equipamentos.
- Melhoria da moral dos colaboradores.

2.1.4. Senso de Saúde (*SEIKETSU*)

Para Ribeiro (2006) “Saúde é procurar padronizar e manter os três primeiros “S” no dia-a-dia, além de cuidar da saúde do corpo e da mente.”

Caracteriza-se pelo conjunto de atividades necessárias para assegurar a manutenção dos 3S iniciais. Somando-se a estes a preocupação com a saúde pessoal dos colaboradores no nível físico, mental e emocional, também os aspectos relacionados com a poluição ambiental.

2.1.4.1 Principais Ações

- Ter implementado os 3S's iniciais.
- Ter um plano para manutenção dos 3S's iniciais, incluindo palestras, auditorias, concursos.
- Estabelecer controle para implantação do controle visual.
- Cuidar da saúde dos colaboradores, incentivar a realização de exames periódicos, cuidados com a alimentação, incentivar a prática de exercícios físicos regulares.

2.1.4.2 Benefícios Esperados

Com o senso de saúde pode-se obter os seguintes benefícios:

- Melhoria nas condições de higiene.
- Melhoria na moral e saúde dos colaboradores.
- Obtenção de maior segurança no trabalho.
- Aumento da produtividade.

2.1.5 Senso de Autodisciplina (*SHITSUKE*)

Este senso significa a capacidade de fazer as coisas como deveriam ser feitas. Ensinando a todos o que precisa ser feito e oferecendo treinamento, desta forma é possível acabar com os maus hábitos e inculcar bons. A disciplina pode modificar padrões de comportamento através do processo de repetição e prática. A clareza da comunicação é um fator importante. A importância da reconfirmação para garantir que a mensagem foi compreendida. O 5S exige mudança de comportamentos que só se consegue através da disciplina (OSADA, 1992).

2.1.5.1 Principais Ações:

- Dar importância ao cumprimento de regras, normas e procedimentos.
- Elaborar regras, normas e procedimentos claros para o entendimento.
- Não tolerar erros.
- Tomar providências quando algo der errado.
- Saber criticar ou elogiar quando necessário.
- Observar o cumprimento do horário.
- Programar reuniões com antecedência.
- Colocar-se no lugar da outra pessoa.

2.1.5.2 Benefícios Esperados

Com o senso de autodisciplina pode-se obter os seguintes benefícios:

- Importância para a administração participativa.
- Melhoria do relacionamento em geral.
- Diminuição de acidentes de trabalho devido ao cumprimento das normas de segurança.

2.2 COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO

Nesse processo é de fundamental importância o envolvimento da alta direção, devendo estar comprometido e familiarizado com o assunto para o êxito do programa. Possibilitando acesso dos envolvidos aos recursos necessários para material didático, material a ser utilizado no desenvolvimento do projeto, liberação de funcionários para treinamentos e palestras, como também sensibilizar seus gerentes (MATSUBARA, 2003).

2.3 TREINAMENTO DA MÉDIA GERÊNCIA E FACILITADORES

Segundo Ribeiro (1994), este treinamento tem o objetivo de envolver e comprometer a média gerência para a execução e sucesso do 5S. Os facilitadores deverão ter maior conhecimento sobre o programa a fim de difundir os conceitos para os demais funcionários. Nesse curso é interessante apresentar o esboço do plano diretor. O autor sugere um curso em dois blocos onde a primeira parte abordaria fundamentos e a segunda desenvolveria dinâmica em grupo visando desenvolver o plano diretor, levantamento de dificuldades e propostas de soluções, sendo imprescindível a participação do gestor ou comitê central.

2.4 ESTRUTURA DE APOIO A IMPLANTAÇÃO

Para Campos (2004) os facilitadores setoriais, podem trabalhar em tempo integral ou parcial, estão hierarquicamente ligados aos seus setores, mas serão elementos auxiliares.

É fundamental a participação e o envolvimento de representantes de todos os serviços, nível médio e superior nos grupos internos de qualidade. Para Ribeiro (1994, p.33), “o importante é escolher pessoas que tenham potencial de multiplicação, de credibilidade, e que realmente acreditem no 5S.” Desta forma

atribui grande responsabilidade aos grupos de qualidade que atuam como facilitadores para transmitir as ações e envolver o grupo.

2.5 PLANEJAMENTO

Cita Paladini (2009), que o planejamento é essencial à Gestão da Qualidade e é executado pela alta administração embora as ações sejam desenvolvidas na gestão operacional.

A elaboração do plano de execução visa definir a forma como serão aplicados os 5 sentidos, onde serão definidas todas as etapas como: procedimentos, responsabilidades, cronogramas e custos. O plano de ação 5W2H descrito na seqüência, serve para orientar as etapas do projeto de implementação e acompanhar o desenvolvimento da aplicação do programa 5S.

2.5.1 Planos 5W2H

De acordo com Ribeiro (1994, 2006), o comitê local é responsável pela elaboração e promoção do 5S de cada processo. Para tanto deve ser treinado com o seguinte conteúdo:

- *What* – o quê? – são as etapas.
- *Why* – por quê? – é o objetivo de cada etapa.
- *Where* – onde? – é o local onde a etapa será realizada.
- *Who* – quem? – é o responsável por fazer a etapa acontecer.
- *When* – quando? – é o prazo para o início e o fim da etapa, ou a freqüência com que a atividade será realizada.
- *How* – como? – é o procedimento de como a etapa será realizada.
- *How much* – quanto custa? – é o orçamento para a etapa.

2.5.2 Execução e Controle

Para determinado resultado, abrangendo as quatro etapas: planejamento, execução, controle e avaliação pode-se usar o ciclo de gestão PDCA, muito empregado por Demin nos programas de qualidade, conforme cita Malmegrin (2010). O ciclo PDCA (*PLAN, DO, CHECK, ACTION*) é um método utilizado na manutenção e melhoria do nível de controle de processos, e composto por quatro fases básicas do controle: planejar, executar, verificar e atuar corretivamente (CAMPOS, 2004).

Funcionamento de cada etapa:

- *PLAN* – Planejamento (P) – esta etapa visa fornecer orientações que propiciem definir a meta, método, técnicas e ferramentas para a próxima etapa.
- *DO* – Execução (D) – envolve as atividades preparatórias como capacitação e treinamento viabilizando a execução de tarefas e coleta de dados como prevista no plano.
- *CHECK* – Verificação (C) – comparar os dados coletados na execução com a meta planejada.
- *ACTION* – Atuação corretiva (A) - se for detectado desvio, deverá fazer correções definitivas para que o problema não volte a ocorrer. Se a meta foi executada, serão estabelecidos meios para a manutenção dos resultados obtidos. Se a meta não foi atingida, efetua-se uma reorganização do PDCA com o objetivo de alcançar os resultados pretendidos.

2.6 A APLICAÇÃO DO PROGRAMA 5S

Para Osada (1992), algum tempo dedicado ao 5S pode proporcionar muita economia em termos de qualidade, prevenção de acidentes, produtividade e outros. O 5S são na verdade, o que fazemos para garantir que seremos capazes de realizar nossas tarefas com o máximo de eficiência. São aprimoramentos na forma como cuidamos das coisas para que não tenhamos que gastar muito tempo procurando-as.

O importante é que o 5S não exige grande sofisticação em termos de pessoal administrativo, depende de cada trabalhador para implementá-lo e para gerenciá-los individualmente, a fim de conseguir o máximo de resultados.

As competições entre as equipes são meios de manter o interesse e orientar as pessoas para patamares de excelência mais altos. É importante que a alta gerência assuma a liderança e que todos participem das atividades do 5S's. Se a gerência estiver empenhada e for bem-sucedida, influenciará outras pessoas. 5S é pré-requisito para a qualidade e seus resultados são diretamente proporcionais aos esforços dispendidos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado para detalhar a aplicação do 5S na UUEA, realizado nas dependências da gerência e nos serviços que fazem parte desta unidade, no período abril a setembro de 2011.

3.1 A INSTITUIÇÃO

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é uma instituição pública federal, o terceiro hospital universitário do país. Um hospital-escola que atua na formação de profissionais na área de saúde. (REVISTA DO HOSPITAL, 2011)

Possui um modelo gerencial dividido em Unidades Funcionais (UF), constituída em 2002 e atualmente denominados de Unidades Gerenciais (UG). Este modelo foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para os hospitais públicos (federais, estaduais e municipais), baseia-se “[...] na descentralização administrativa e na co-responsabilidade do corpo funcional [...] divide o hospital por áreas afins, agregando serviços, esforços e confluindo para atingir os objetivos com mais eficiência e eficácia”. Parte da gestão participativa e democrática, com o envolvimento dos funcionários na tomada de decisões através dos colegiados

internos. A seguir na figura 1, o organograma da instituição segundo o modelo de UG. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2010a, p.6).

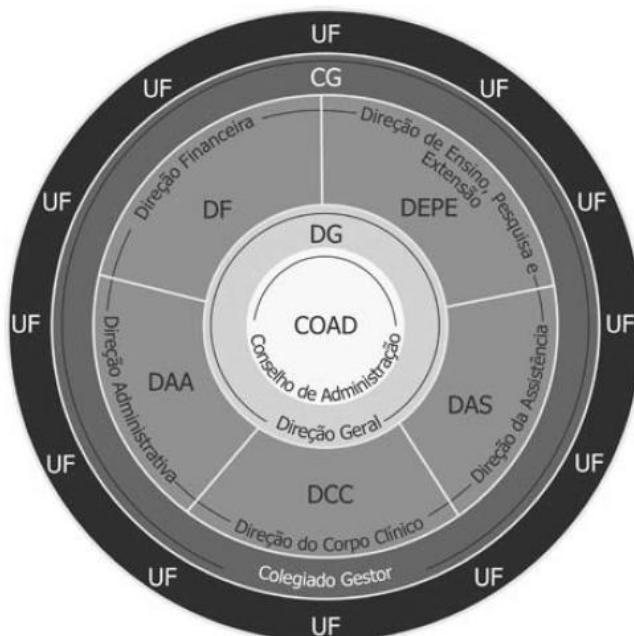


FIGURA 1: Organograma do hospital de acordo com o modelo de unidades gerenciais (UF)
 FONTE: Universidade Federal do Paraná (UFPR), 2010a, p.6.

A Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA) é uma unidade assistencial e compreende os serviços de Pronto Atendimento Adulto Emergência (PAE) - 10 consultórios; Pronto Atendimento Adulto Observação (PAO) – 15 leitos; Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto (CTSI) – 19 leitos e Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI) – 14 leitos. Está localizada sucessivamente nos andares térreo, 1º, 2º e 3º andares do prédio anexo H. Possui uma estrutura gerencial formada por um gerente, um supervisor médico, uma supervisora de enfermagem e uma supervisora administrativa que atuam horizontalmente sobre os serviços mencionados acima, contando também com um responsável pela equipe médica e um responsável pela equipe de enfermagem em cada um dos serviços conforme organograma (ANEXO B). Faz parte da estrutura da UG um colegiado interno, formado por representantes de nível médio de todos os serviços escolhidos pelos seus grupos, responsáveis pelas equipes médica e de enfermagem de cada serviço, todos os supervisores e o gerente da unidade gerencial. Estes se reúnem quinzenalmente para as decisões pertinentes a unidade, definir compromissos e pactuar responsabilidades. Também é neste fórum que são definidas e aprovadas

as metas e indicadores que fazem parte do contrato de gestão, pactuado entre a gerência e direção geral do hospital a cada 2 anos.

A UUEA possui 260 profissionais onde estão inseridas as equipes médica, de enfermagem e administrativa. No ano de 2010 observou-se uma média mensal de 700 atendimentos ambulatoriais e 170 internamentos. Esta demanda mantém sua taxa de ocupação sempre acima de 100% ocasionando, [...] como em outros locais de atendimento as urgências e emergências, a sobrecarga física e mental intensa, com desgaste da equipe [...], visto que nesta unidade [...] centralizam-se numa linha de cuidados, em níveis crescente de complexidade, a qual se inicia nos Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM) Boa Vista e Fazendinha, para os quais o hospital é referência acordada em convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a UFPR (REVISTA DO HOSPITAL, 2011).

A missão da UUEA é ser referência no atendimento de urgências e emergências clínicas e fazer parte do "Sistema Integrado para Atendimento de Urgência e Emergência não resultante de Trauma/CMUM Boa Vista e Fazendinha".

Frente a esta realidade um número crescente de pacientes tem procurado e/ou encaminhado a este Hospital em várias situações de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e complicações pós-operatórias tardias como: insuficiência respiratória, doenças cardiovasculares, doenças cérebro vascular, choque séptico, falência de múltiplos órgãos, broncopneumonia etc., que exigem devido ao nível de gravidade dos casos, um tratamento cada vez mais intensivo e complexo necessitando de monitorização, suporte ventilatório invasivo e uso de drogas vasoativas em infusão contínua. Estes pacientes não têm limite na extensão do seu tratamento (Gerência UUEA, 2011).

3.2 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativo-descritiva retrospectiva, conduzida sob a forma de um estudo de caso, onde foram analisados os dados e a observação do pesquisador durante o processo de trabalho no serviço e interpretados. Sendo que a pesquisa qualitativa é descritiva porque se preocupa em descrever o fenômeno através do significado que o ambiente revela, onde os

resultados são expressos através da transcrição de informações obtidas na coleta (MALMEGRIN, 2009).

De acordo com Zanella (2009, p.86), estudo de caso aborda profundamente um ou poucos objetos de pesquisa, tendo grande profundidade e pequena amplitude, desta forma procura conhecer a realidade de um tipo de serviço público.

As evidências para o estudo de caso foram obtidas através de documentos, registros de arquivos, observação direta e participação na aplicação do processo, uma vez que o pesquisador fez parte do grupo da unidade.

A pesquisa documental e dos registros de arquivos foram realizadas nas dependências da sala da gerência em documentos como: fotos, planos de ação, atas de colegiados, dados do concurso realizado pelo hospital em arquivos impressos e em meio eletrônico.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de leitura, seleção e interpretação dos documentos com a observação das datas e conteúdos. Foram consideradas também as declarações dos integrantes da gerência da UUEA: gerente, supervisores, secretários e os representantes dos grupos de enfermagem dos serviços de PAE, CTSI e CTI, obtidas de forma aleatória, informal e verbal durante a aplicação do 5S na gerência e nos serviços, observadas pelo pesquisador durante o período de coleta dos dados, que compreendeu entre o treinamento de supervisores e gerentes da unidade em setembro de 2010 até a segunda aplicação do 5S nos serviços da UUEA em maio de 2011.

Para a construção deste estudo foi utilizado a elaboração de explicações obtidas por meio da análise das evidências visualizadas na coleta da pesquisa documental e correlacionadas com as declarações dos integrantes dos serviços, para a descrição dos fatos e fenômenos ocorridos na realidade estudada.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na UUEA a participação do supervisor administrativo e de enfermagem foi pertinente, pois os mesmos também atuam no Grupo Interno de Qualidade (GIQ), com isso facilitando a posterior multiplicação e transmissão para os demais integrantes do grupo que são diretamente responsáveis pelos serviços. A participação da gerente também causou grande impacto, pois fez com que as pessoas sentissem o exemplo de cima para baixo.

4.1 GRUPO INTERNO DE QUALIDADE (GIQ)

A UUEA possui um GIQ que é diretamente responsável por: operacionalizar os Programas de Acreditação Hospitalar, Segurança do Paciente e 5S; melhorar continuamente os processos de trabalho da unidade gerencial, com um coordenador e demais representantes dos serviços, tem sua estrutura determinada pela Assessoria da Gestão da Qualidade (AGQ) ao qual está diretamente ligado.

A AGQ foi criada em 2009, mas desde 2004 atuava com o nome de Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH), com a finalidade de implantar o processo de preparo das unidades e serviços da instituição para a avaliação de certificação de Acreditação, com vistas à melhoria contínua de sua estrutura, processos e resultados. Os GIQ foram criados para garantir a continuidade do processo de preparo para a avaliação para certificação das unidades/serviços cabendo a este grupo atuar na melhoria dos processos, realização de auditorias internas buscando as melhorias comportamentais, gerenciamento de resíduos e acompanhamento do plano de ação da unidade gerencial (ROLTBART, 2011).

A GIQ da UUEA teve início em março de 2005, sua composição foi definida no colegiado interno da unidade. A atuação tem sido através de reuniões periódicas realizadas com os seus integrantes e coordenadas por um líder, onde são discutidas e distribuídas as tarefas. Conforme a literatura destaca é fundamental a participação dos facilitadores setoriais, ligados ao setor podendo trabalhar em tempo integral (RIBEIRO, 1994).

Conseqüentemente o GIQ da UUEA vem realizando auditorias onde foram evidenciadas várias “não conformidades”, destacando as de natureza comportamental.

Neste sentido, verificaram-se a necessidade de uma revisão no comportamento das pessoas, com relação ao ambiente de trabalho, as atitudes relacionadas ao ambiente e com os próprios colegas de trabalho. Atitudes como: “Trabalho aqui mais não sei onde está...”, ou “Vou guardar isso comigo, pois um dia eu posso precisar...”, acarretando acúmulo de materiais, documentos e equipamentos sujos, desnecessários e desorganizados.

4.2 APLICAÇÃO DO 5S SALA DA GERÊNCIA COMO PILOTO

Inicialmente e como tarefa do curso de treinamento o gerente e supervisores foram responsáveis por elaborar os planos de ação um para cada senso e aplicar em uma unidade piloto. A unidade piloto escolhida foi à própria sala da gerência e sala de reuniões. Após o envolvimento dos demais integrantes da sala da gerência que são os secretários, realização do plano de ação (ANEXO C), foi definido o “dia do 5S”, comunicado a todos e aplicado na sala da gerência. Neste dia todos destinaram seu tempo a examinar documentos, descartar, limpar e organizar o que sobrou. As interrupções foram somente por situações de emergência.

Esta experiência deixou os integrantes dos demais serviços da unidade com muitas expectativas, gerando grande interesse em conhecer melhor e participar do programa.

4.3 PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO 5S EM TODA A UNIDADE

Para atender a determinação da direção foram realizadas as seguintes etapas:

1. Comunicar o plano de implantação no GIQ e no Colegiado Interno da unidade

2. Estabelecer o GIQ como responsável pela aplicação e consolidação do 5S
3. Sensibilizar as equipes envolvidas para aplicação do 5S
4. Fazer um levantamento de como está de cada serviço
5. Fazer um plano de ação para cada senso para cada serviço
6. Preparar e distribuir os documentos informativos e cartazes sobre 5S
7. Solicitar serviços de outros setores do hospital que serão necessários para o andamento do 5S
8. Preparar o material de identificação e formulários necessários para organizar os serviços
9. Executar o plano
10. Definir os locais para onde irão os itens descartados dos serviços
11. Organizar documentos e fotos do 5S
12. Rever a aplicação do 5S a cada seis meses

4.4 REALIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DOS SERVIÇOS

Para apurar o diagnóstico foram realizadas reuniões com os representantes dos serviços onde foram levantados os principais problemas ocorridos nos serviços. Foram utilizados também os relatórios das auditorias realizadas no último ano. O método utilizado para o levantamento dos problemas foi o *brainstorming* (“tempestade de ideias”). O objetivo do *brainstorming* é de gerar ideias buscando determinar soluções para os problemas (PALADINI, 2009).

Para os problemas observados foram identificadas as causas raiz, e sobre estas informações foram analisados os processos. Conforme orienta Campos (2004), quando se conclui uma análise de processo, e localizada a causa raiz, muda-se o procedimento para garantir que a causa inicial seja evitada.

4.4.1 Diagnóstico físico

Foram identificados os seguintes problemas:

- Móveis hospitalares como: camas, macas e mesas danificados
- Móveis e equipamentos de escritório em situações ergonomicamente inadequadas
- Falta de definição de local apropriado para guarda de macas, cadeiras e equipamentos
- Estrutura física danificada
- Instalação elétrica com fios soltos
- Equipamentos médico hospitalares como monitores, esfigmomanômetros e desfibriladores danificados.
- Equipamentos fora de uso por falta de acessórios
- Difícil localização de acessórios de equipamentos
- Armários e gavetas com excesso de materiais e desorganizados
- Falta de identificação em armários e gavetas
- Armários com pertences pessoais misturados a formulários
- Falta de cronograma de limpeza das geladeiras e microondas
- Computadores com arquivos repetidos nas várias máquinas sem estrutura de backup
- Quadro mural com excesso de documentos (poluído)

4.4.2 Diagnóstico Comportamental

Para o diagnóstico comportamental foram observados os seguintes problemas:

- Desconhecimento da filosofia do 5S pelos integrantes dos grupos de enfermagem, secretários e médicos
- Sala da gerência com ruídos de vozes, prejudicando a concentração de algumas pessoas na realização das suas atividades.
- Descumprimento da Norma Regulamentadora NR 32

- Uso ergonomicamente inadequado dos equipamentos de informática
- Afastamento de funcionários por problemas de saúde
- Funcionários estressados devido ao ambiente desgastante, onde constantemente há a necessidade de atendimentos a pacientes em situações de emergência e nem sempre os equipamentos e materiais necessários estão limpos, organizados e disponíveis.
- Atraso na entrega de documentos importantes como: escalas, relatórios e pareceres.

4.5 ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO

A elaboração dos planos de ação para cada senso para cada serviço foi muito trabalhosa. Foi através de reuniões com os representantes dos serviços: Serviço de Pronto Atendimento Adulto (PA), Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto (CTSI) e Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI), separadas, onde foram abordadas as particularidades e datas possíveis para se trabalhar de acordo com a disponibilidade dos representantes.

Diante dos problemas abordados no diagnóstico partiu-se para o preenchimento do “Plano de Ação – 5W2H” sendo um plano para cada senso: utilização, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina. Foram preenchidas as colunas: “O quê?”, “Por quê?”, “Como?”, “Quem?”, “Onde?”, “Quando?”. A coluna “Quanto?”, não foi preenchida devido à dificuldade de mensuração dos valores de recursos humanos e de materiais. Foi preenchida também a coluna “Fase do ciclo PDCA”, com o objetivo de situar em que etapa do processo se encontra a ação descrita (ANEXOS E, G e I).

Nesta fase de elaboração até a aplicação do plano foram necessárias alterações nas datas bem como as ações tiveram que ser revistas e melhoradas.

4.6 SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS EXECUTADOS POR OUTROS SETORES DO HOSPITAL

Foi realizada interface com outros serviços, devido à necessidade de resolver questões que não são da governabilidade da UUEA, para buscar apoio e resolutividade das seguintes ações abordadas nos planos de ação.

- Solicitação de manutenção para: pintura, fechamento de buracos nas paredes, melhoria de instalações elétricas, confecção de móveis, etc., solicitado para a Unidade de Infra Estrutura (UIE).
- Solicitação de avaliação por fisioterapeuta da situação ergonômica dos móveis utilizados pelos secretários junto a Unidade de Multiprofissionais (UNIMULTI).
- Solicitação de compra de guindaste para mobilização de pacientes obesos, junto a Unidade de Abastecimento (UAB).
- Disponibilizar massoterapia para todos os profissionais que atuam nos serviços da UUEA junto a Unidade de Administração de Pessoas (UAP).

4.7 RECURSOS NECESSÁRIOS

Entretanto, além dos recursos humanos, foram identificados como materiais necessários:

- Material de expediente: caixas de arquivo, pasta, papel A4 e plástico adesivo – para organizar documentos, cartazes e providenciar a identificação da tudo.
- Caixas plásticas com tampa – para organizar materiais e acessórios dos equipamentos.
- Máquina fotográfica digital - para registrar imagens do antes e depois do 5S.
- Produtos de limpeza – para realizar a limpeza dos armários, gavetas e caixas antes de organizá-los.

4.8 PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Problemas que ocorreram durante a aplicação dos 5 sentidos e que necessitaram de ações imediatas para sua resolução.

4.8.1 Falta de comprometimento das pessoas

Tratando-se de uma instituição pública onde atuam na grande maioria servidores, que possuem estabilidade de emprego, há uma grande dificuldade para envolver as pessoas para um trabalho diferenciado. A primeira impressão que todos têm é de que terão mais trabalho. A resistência a mudança, característico do ser humano, causou um impacto negativo para ações que envolvem o comportamento das pessoas. Sobre este aspecto Paladini (2009) observa que a estabilidade do servidor público é uma prática nociva para a qualidade, porque desestimula o movimento para a melhoria e incentiva a acomodação.

Neste sentido a filosofia do 5S foi constantemente repassada para todas as pessoas e em especial para os novos servidores. O assunto foi abordado em dois grandes treinamentos realizados pelo GIQ. Todavia não houve envolvimento necessário das pessoas, desta forma a gerência percebeu a necessidade de delegar e determinar algumas ações com a finalidade do cumprimento dessa meta.

4.8.2 Necessidade de reorganização do cronograma

Por se tratar de serviços de atendimento à pacientes graves foi freqüente a necessidade de postergar a atividade do 5S em curso por motivos de prestar assistência ao paciente, uma vez que as atividades eram concomitantes.

A falta de recursos humanos por motivo de tratamento da própria saúde ou de familiares também causou interrupção no cronograma estabelecido no plano de

ação, uma vez que as equipes não possuem reserva de pessoal para estas situações.

Por estes motivos foi necessária uma reprogramação da data e uma retomada do foco para o cumprimento do plano de ação.

4.8.3 Dúvidas relacionadas ao descarte

Na aplicação do 1º senso ocorreram dúvidas na hora do descarte, o medo e a responsabilidade de descartar um item que pode ser necessário ou procurado e até cobrado mais tarde.

Por se tratar de uma instituição pública e de ensino, muito cuidado deve ser tomado com relação à temporariedade dos documentos de descarte.

As informações sobre a temporariedade dos documentos foram centralizadas na gerência onde foram consultados os setores afins para dirimir dúvidas e informados aos demais serviços, buscando uma padronização das ações.

4.8.4 Descarte de bem público

Todo equipamento ou móvel em uma instituição pública tem um número de patrimônio, bem como um responsável por ele. Quando o bem for destinado para outro setor do hospital ou descartado, deverá ser preenchida uma guia de transferência de patrimônio. Desta forma sairá da responsabilidade do servidor que doa ou descarta e ficará na responsabilidade do servidor que recebe ou será dado baixa no patrimônio no caso de descarte. Esta rotina já é realizada na instituição sempre que necessário.

4.8.5 Descarte de documento confidencial

Para documentos considerados confidencial que contivessem despacho e/ou cópia de documentos que se tratam de informações da instituição, dos servidores/funcionários ou de paciente, desde que possuíssem os originais em arquivo morto e em prontuários de pacientes, foram descartados como documentos confidenciais. Estes foram analisados, separados e encaminhados para a Comissão de Resíduos, para a fragmentação de documentos com equipamento adequado e destinado corretamente para reciclagem.

4.9 MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Para atender as necessidades de manutenção das condições de trabalho favoráveis a saúde física e mental das equipes multidisciplinares, foi incluído no senso de saúde dos serviços de PA, CTSI e CTI a ação: “Cobrar o atendimento da NR 32”. A Norma Regulamentadora 32 (NR-32) “...tem por finalidade estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde...” (BRASIL, 2005). Sendo observados principalmente os itens que tratam dos riscos biológicos, químicos, radiações ionizantes, resíduos, condições de conforto por ocasião das refeições, limpeza e conservação. Quanto a este aspecto existe nos serviços citados acima uma parceria entre os enfermeiros responsáveis e o representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para o fornecimento de orientações e entrega de cartazes informativos aos funcionários e usuários.

4.10 POLÍTICA E ESTRUTURA DE BACKUP

Os computadores da sala da gerência possuem a história da unidade, dados, informações e imagens usadas constantemente. Existe uma de centralização dos assuntos por usuário do computador, ou seja, cada secretário ou supervisor centraliza os documentos da sua responsabilidade no computador que utiliza.

Os backups destes computadores são realizados semestralmente conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) 56 da UUEA (ANEXO L). O POP é utilizado na instituição como ferramenta de padronização de rotinas e procedimentos, utilizados pelas equipes multiprofissionais sendo elaborados pelos próprios usuários e aprovados pelo gerente ou diretor da UG. Conforme o POP são copiados os arquivos das pastas, projetos, ofícios, levantamentos e apresentações e salvos entre os demais computadores existentes na sala, diferente do computador fonte.

4.11 EVOLUÇÃO DA APLICAÇÃO DO 5S NA UUEA

De acordo com plano de ação de autodisciplina estabelecido para os serviços (ANEXO C, E, G e I), o 5S deve ser aplicado nos serviços e revisto a cada seis meses. Foi aplicado duas vezes na UUEA, período que envolveu a coleta de dados para este trabalho.

Em julho de 2010 foi aplicado o 5S inicialmente na sala da gerência e após em todos os serviços da unidade, conforme os planos de ação elaborados. Neste período a UUEA participou do concurso “**Melhor unidade/serviço 5S**”, criado pela AGQ, sendo a terceira colocada (ANEXOS M e N). Esta situação vem de encontro ao que diz Paladini (2009), que a abordagem de campanhas promocionais são abordagens clássicas para obter a motivação das pessoas pela fixação da atenção em determinadas atividades.

Cabe ressaltar um fator importante sempre utilizado nesta unidade é o “*feedback*”, trata-se de uma metodologia de trabalho utilizada constantemente na unidade gerencial. Neste sentido são sempre transmitidas aos representantes que

participam das reuniões do colegiado as informações, tarefas a serem realizadas ou saudações por terem alcançado o objetivo. As reuniões são documentadas através de atas impressas e afixadas em locais acessíveis à todos os funcionários.

Este período também foi marcado pela avaliação diagnóstica da instituição certificadora, que apesar de toda a revolução causada pelo 5S observou como não conformidade “Falta de consolidação do 5S”. Na seqüência desse processo foi elaborado um novo plano de ação para a consolidação do 5S na unidade (ANEXO K), envolvendo uma revisão em todas as etapas de aplicação dos 5 sentidos de todos os serviços.

Em abril e maio de 2011 foi aplicado pela segunda vez o 5S nos serviços, desta vez com mais experiência o trabalho foi melhor entendido pelas pessoas, percebeu-se um maior envolvimento e mais prática na aplicação dos sentidos. Foi fundamental a análise da primeira aplicação do 5S que forneceu subsídios para proceder a ações corretivas. Tendo sido revistos os planos de ação e aplicado o treinamento novamente para um grande grupo, envolvendo representantes de todos os serviços.

A aplicação do 5S no PA, um dos serviços da UUEA, coincidiu com a reforma da porta de entrada que organizou o fluxo causando um impacto maior após a pintura e organização de todo o serviço.

Nesta fase ocorreu a avaliação certificadora pela empresa contratada, e o hospital teve um resultado positivo conseguindo a **certificação nível 1 em Acreditação Hospitalar**. Nesse mesmo período também finalizou-se o contrato de metas da unidade, pelo qual os serviços foram avaliados internamente pela AGQ e foi evidenciado o cumprimento da meta do contrato “Resolver 100% das não conformidades comportamentais apontada em auditorias anteriores”.

Tão importante quanto aplicar o programa 5S é documentar o mesmo através de fotos de como era antes e como ficou, pois para Ribeiro (2006), os registros fotográficos são a melhor forma de evidenciar como era o ambiente antes de implantar o 5S, podendo servir para sensibilizar as pessoas e para comparação da evolução ao longo do tempo. Em concordância com o autor citado, os procedimentos foram todos documentados, envolvendo o preenchimento do formulário “Mapa final de descarte” (ANEXOS D, F, H e J), destacando os materiais e quantificando os descartados. Os documentos foram mantidos numa pasta organizada com os documentos utilizados para o 5S como: planos de ação, cartazes e mapa final de

descarte, que por sua vez foi utilizada no julgamento do concurso (ANEXO N) e como material para auxiliar em pesquisas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a descrever como foi a aplicação do 5S na Unidade de Urgência e Emergência Adulto do HC da UFPR, estando este dentro da Qualidade Total com o objetivo de melhorar os serviços prestados.

O contato inicial com o 5S foi bem recebido pelas pessoas, embora todos já tivessem ouvido falar deste programa, não havia sido praticado efetivamente na unidade. A teoria foi muito bem colocada e causou boa impressão e entusiasmo no grupo.

Quando iniciou o processo na gerência foi contagiante, os integrantes das equipes médica, de enfermagem e administrativa que passavam pela sala da gerência queriam de imediato iniciar a aplicação do 5S no seu setor. Médicos e enfermeiros até começaram a limpar armários e arrumar a sala que utilizavam, antes do início da aplicação oficial em seu serviço.

Porém quando os funcionários dos serviços de: PA, CTSI e CTI iniciaram a aplicação efetiva e partiram para a execução do plano de ação em cada serviço, verificou-se uma diminuição no entusiasmo. A falta de recursos humanos e falta de envolvimento de alguns profissionais foram os principais motivos para o atraso no cronograma. Foi necessário que os enfermeiros responsáveis pelas equipes e o GIQ assumisse completamente todas as ações mencionadas nos planos. Também o apoio e determinação da gerência foram significativos neste momento.

A aplicação do 5S coincidiu com uma reestruturação nos equipamentos médico hospitalares, porque foram recebidos novos monitores e respiradores para o CTI através do Ministério da Educação. A substituição dos equipamentos do CTI propiciou o remanejamento dos equipamentos usados para os serviços do CTSI, PA e para outros serviços do hospital.

Também foi providenciada manutenção corretiva nas instalações físicas com a realização de pinturas e reparos solicitados anteriormente.

A aplicação do senso de utilização foi uma tarefa trabalhosa, envolvendo grande volume de itens desnecessários aos serviços e precisando de reparos, devido à falta de hábito das pessoas de descartar e encaminhar para o conserto o que está estragado. Houve uma quebra de paradigma porque todos sempre têm o hábito de guardar tudo, com a impressão de que “um dia pode precisar”. Diante disto, tudo o que não estava sendo utilizado foi destinado ao local correto, providenciado conserto, doado para outro serviço ou descartado definitivamente. Tudo que foi separado foi mantido em uma sala ou corredor do serviço, para demonstrar o impacto da aplicação deste senso.

A interface com outras unidades do hospital como a UIE, UNIMULTI, UAP, UAB e UHH, responsáveis por atividades meio, foi fundamental para o alcance das ações listadas nos planos.

A UUEA aplicou o 5S pela primeira vez em julho de 2010. Participou no Concurso Melhor Unidade do 5S – 2010, promovido pelo hospital através da AGQ e da Assessoria de Marketing onde foi a terceira colocada.

Em novembro de 2010, todo o hospital passou por uma avaliação diagnóstica de Acreditação, na UUEA uma das não conformidades apontadas foi: “Falta de consolidação do 5S”. Um novo plano de ação foi estabelecido e aplicado para resolver esta não conformidade. Também para o cumprimento da ação listada no senso de autodisciplina que é “rever a aplicação do 5S”, o 5S foi aplicado novamente em todos os serviços em abril e maio de 2011, a rotina foi a mesma utilizada no anterior, houve a sensibilização envolvendo novos participantes.

Buscou-se a preparação de todos os serviços para receber a auditoria externa para certificação. Desta vez foi mais fácil, pois grande parte das pessoas já conhecia a rotina. Também já havia menos material para descarte. Sinal de que a autodisciplina estava funcionando.

Na UUEA foram registrados momentos de transformações de hábitos, atitudes e valores, alcançados através da humanização do ambiente de trabalho e do avanço no conhecimento e utilização desta ferramenta de qualidade o 5S. O resultado foi uma auditoria bem sucedida, realizada pelo Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS), empresa contratada para avaliar o hospital para obtenção da certificação em acreditação.

Em agosto de 2011 na data em que o hospital comemorou seus 50 anos, foi marcada também pelo recebimento da certificação de Hospital Acreditado - nível 1

pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esta certificação indica que o hospital cumpre os padrões do manual da ONA, que garantem ao paciente qualidade no atendimento, e segurança no ambiente de trabalho. Evidentemente que aplicação do 5S somou na conquista deste título.

Desta forma fica comprovado que o 5S atingiu o seu objetivo nesta unidade de “manter todos os ambientes limpos e organizados”, com a finalidade de proporcionar um ambiente organizado, seguro, agradável e prático para as equipes multidisciplinares e para os clientes internos e externos.

Para o alcance deste objetivo foi necessária uma mudança de comportamento, que ocorre de maneira gradual e que precisa ser incorporada em todas as pessoas, principalmente nos gestores e líderes de equipe. Para que isto ocorra é necessária a sistematização do 5S, como aparece no plano de ação, sendo aplicada semestralmente, tendo cuidado para não pular etapas.

A busca de procedimentos seguros leva aos padrões ideais, constituindo o 5S uma ferramenta que conduz a condições seguras, a execução confortável das funções, além de ser um instrumento de educação na adoção de atitudes pró-ativas na busca da melhoria do ambiente de trabalho.

Onde existem problemas e dificuldades podem existir também oportunidades de melhoria, e é nesse aspecto que devemos nos apoiar para uma mudança em nosso trabalho, em nossa vida. O aprendizado com o 5S não é somente uma melhoria no ambiente de trabalho como também uma organização para melhorar a vida das pessoas.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Interministerial nº883 de 5 de julho de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2010/08/REHUF-regulamentação.pdf>>. Acesso em 28/08/2011.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 32, de 11 de nov. 2005. Estabelece diretrizes de medidas de proteção à segurança a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF 16 nov. de 2005. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/geral/busca/resultado-da-busca/query/nr-32-1.htm>> Acessado em 15/09/2011

CAMPOS, V. F. ; TQC – **Controle da qualidade total (no estilo japonês)**. 2.ed. Nova Lima, MG: INDG Tecnologia e Serviços Ltda. 2004.

FELDMAN, L. B. (Org.); **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

MALMEGRIM, M.L. **Gestão Operacional**. Brasília: CAPES 2010.

ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. v.1. Brasília. 2004.

OSADA, T.; **Housekeeping, 5S's: seiri, seiton, seiso, seiketsu, shitsuke**. São Paulo: Instituto IMAM. 1992.

PALADINI, E.P. **Gestão Estratégica da Qualidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RELATÓRIO HC 2009 [do] **Hospital de Clínicas** da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.

REVISTA DO HOSPITAL [do] **Hospital de Clínicas** da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

RIBEIRO, A. **Um roteiro para uma aplicação bem sucedida**. 5.ed. Salvador: Casa da Qualidade, 1994.

RIBEIRO, A. **A Bíblia do 5S da Implantação a excelência**. Salvador: Casa da Qualidade 2006.

ROTHBARTH, S. **Gestão da Qualidade**: Um processo de Acreditação Hospitalar. 134f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVA, G.S. **O método 5S**. ANVISA. REBLAS. 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5S.pdf>. Acessado em 18/07/2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Hospital de Clínicas. **Relatório de Atividades**: Hospital de Clínicas - 2009. Curitiba, Assessoria de Marketing, 2010. Edição 122, 2009d.

_____. _____. **Relatório de Atividades**: Hospital de Clínicas - 2009. Curitiba, Assessoria de Marketing, 2010. Edição 122, 2009d. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/Templates/informacoes/publica/jornal/pdf/2009_JHC_1.pdf>. Acesso em: 30/01/11.

_____. _____. UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/Templates/comissoes/uf/uf.html>>. Acesso em: 30/01/11.

_____. Sistema de Bibliotecas. **Teses, dissertações, monografias e outros trabalhos acadêmicos**. Curitiba: Ed. UFPR, 2007f.

ZANELLA, L. C. H.; **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. Florianópolis**: Universidade Federal de Santa Catarina. CAPES, UAB, 2009. Disponível em: <<http://www.cursos.nead.ufpr.br/mod/resource/view.php?id=103597>>. Acesso em 10/06/2011.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	47
ANEXO B – ORGANOGRAMA DA UUEA.....	48
ANEXO C – PLANO DE AÇÃO DA GERÊNCIA DA UUEA.....	49
ANEXO D – MAPA FINAL DE DESCARTE DA GERÊNCIA.....	54
ANEXO E – PLANO DE AÇÃO DO PA.....	55
ANEXO F – MAPA FINAL DE DESCARTE DO PA.....	60
ANEXO G – PLANO DE AÇÃO DO CTSI.....	61
ANEXO H – MAPA FINAL DE DESCARTE DO CTSI.....	66
ANEXO I - PLANO DE AÇÃO DO CTI.....	67
ANEXO J – MAPA FINAL DE DESCARTE DO CTI.....	72
ANEXO K – PLANO DE AÇÃO DA CONSOLIDAÇÃO DO 5S.....	73
ANEXO L – POP 54 BACKUP DOS COMPUTADORES DA GERÊNCIA.....	74
ANEXO M – REGRAS DO CONCURSO MELHOR UNIDADE/SERVIÇO 5S.....	77
ANEXO N – NOTA DA UUEA NO CONCURSO.....	82

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Curitiba, 27 de setembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marcia Regina Antoniacomi
 Hospital de Clínicas da UFPR
 Curitiba - PR

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado: "MISTUDO DE CASO: APLICAÇÃO DO SS NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 27 de setembro de 2011.

O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0231.0.208.000-11
 Registro CEP: 2602.209/2011-09

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: março de 2012.

Atenciosamente,

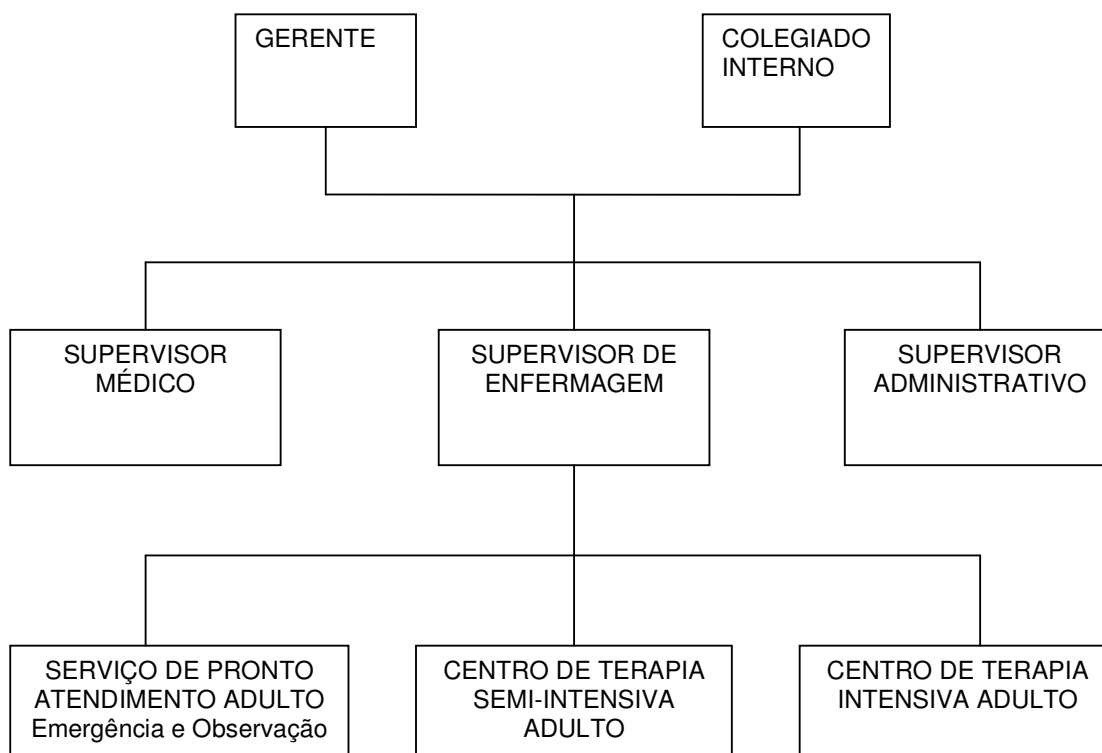
Renato Tambara Filho

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

Renato C. M. Tambara
 Área Coordenadora do Comitê de Ética em
 Pesquisa em Seres Humanos HCA/UFPR
 CEP: 2602.209 - 11.010 - 11.010

ANEXO B

ORGANOGRAMA DA UUEA



ANEXO C

PLANO DE AÇÃO DA GERÊNCIA DA UUEA



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Assessoria de Gestão da Qualidade

PLANO DE AÇÃO - 5W2H









Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência AdultoServiço: GerênciaData de Elaboração: 1/3/2011Responsável: RejaneSenso de: UTILIZAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinilar fase)
Aplicar o Senso de Utilização ou Descarte	Para manter no local de trabalho somente o que for necessário para a execução das atividades e ao ambiente de trabalho	Sensibilizar o grupo apresentando a metodologia	Marcia e Juliana	Gerência	25/3/2011		
		Afixar cartazes, orientações e informativos sobre "5 Ss"	Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência, de reuniões e armário da copa	15/4/2011		
		Fazer fotos para registrar como está	Marcia e Karen	Sala da gerência, de reuniões e armário da copa	15/4/2011		
		Separar documentos para descarte e arquivo nas mesas, gavetas, pastas e armários	Rejane, Juliana, Marcia, Dr. Marquetti, Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	20/4/2011		
		Revisar documentos nos murais	Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência	20/4/2011		
		Retirar os bens que não serão utilizados, transferir ou doar para outros serviços	Rejane, Juliana, Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência	20/4/2011		
		Revisar utensílios e descartar o que não for utilizado	Marcia, Karen e Roseli	Armário da copa	20/4/2011		
		Relacionar todos os itens descartados no "Mapa de descarte"	Marcia, Karen e Roseli	Gerência	20/4/2011		

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Gerência
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Rejane









Senso de: ORDENAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Ordenação	Arrumar e ordenar o que permaneceu na unidade para facilitar manuseio, localização e guarda	Separar documentos por prioridade de utilização e definir o que é utilizado todo dia (deixar sobre a mesa), toda semana (deixar em pasta ou gaveta) e todo mês (deixar em pasta AZ no armário)	Rejane, Juliana, Marcia, Karen e Roseli	Gerência	20/4/2011		
		Organizar e fazer backup dos documentos dos computadores	Marcia, Karen e Roseli	Gerência	20/4/2011		
		Identificar os armários, gavetas e pastas	Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	20/4/2011		
		Organizar fios de computador	Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	20/4/2011		
		Organizar armário da copa, acondicionar alimentos e talheres em recipientes identificados	Karen e Roseli	Armário da copa	20/4/2011		
							
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Gerência
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Rejane









Senso de: LIMPEZA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinatar fase)
Aplicar o Senso de Limpeza ou Zelo e Preservação ou Conservação	Para manter o local de trabalho limpo, equipamentos em perfeito funcionamento e manutenção em dia	Solicitar a zeladora limpeza do chão, vidros, paredes, armários (parte externa) e geladeira	Glória, Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	15/4/2011		
		Encaminhar cortinas para lavanderia	Karen, Roseli e Glória	Sala da gerência e de reuniões	15/4/2011		
		Limpar mesas e interior de gavetas e de armários	Rejane, Juliana, Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	20/4/2011		
		Limpar monitores e teclados	Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	20/4/2011		
		Limpar armário da copa	Karen e Roseli	Copa PA	20/4/2011		
		Encaminhar requisição de manutenção solicitando: fixar trilho das cortinas, colar rodapé e instalar tomada	Karen	Sala da gerência	20/4/2011		
		Registrar como ficaram os ambientes após a aplicação dos "3 Ss"	Marcia	Sala da gerência, de reuniões e armário da copa	20/4/2011		
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Gerência
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Rejane









Senso de: SAÚDE

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Saúde	Para desenvolver e manter as condições de trabalho favoráveis a saúde física e mental	Direcionar reuniões formais e informais para sala de reuniões	Rejane, Juliana, Dr. Marquetti, Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	Sempre		
		Manter portas e janelas abertas	Rejane, Juliana, Dr. Marquetti, Marcia, Karen e Roseli	Sala da gerência e de reuniões	Sempre		
		Monitorar cronograma de limpeza da sala e geladeira	Rejane, Juliana, Marcia, Karen e Roseli	Gerência	Sempre		
		Solicitar retorno da avaliação ergonômica realizada pela fisioterapia	Marcia	Gerência	30/3/2011		
		Realizar confraternização dos aniversariantes do mês	Rejane, Juliana, Dr. Marquetti, Marcia, Karen e Roseli	Gerência	Sempre		
		Disponibilizar massoterapia para a equipe	Gerência	Sala do RX	Toda segunda-feira		
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Gerência
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Rejane

Senso de: AUTO DISCIPLINA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Auto Disciplina	Para fazer o que tem que ser feito e da maneira como deve feito	Realizar a entrega de documentos, escalas, relatórios, projetos nas datas estabelecidas	Rejane, Juliana, Dr. Marquetti, Marcia, Karen e Roseli	Gerência	Sempre		
		Acompanhar os planos de ação	Rejane, Juliana, Dr. Marquetti, Marcia, Karen e Roseli	Gerência	Sempre		
		Acompanhar o cronograma de atividades mensais	Karen e Roseli	Gerência	Diariamente		
		Rever a aplicação do "5 Ss"	Toda a equipe	Gerência	outubro de 2011		
							
							
							
							

ANEXO D

MAPA FINAL DE DESCARTE DA GERÊNCIA



MAPA FINAL DE DESCARTE

Setor: Gerência _____ Data: 20/04/11 _____

Tipo de Material	Peso / Quant.	Valor Total R\$	Observação
Sucata de Papel	4		Sacos de papel (documentos)
	4		Livro de protocolo
	4		Livro Ata

ANEXO E

PLANO DE AÇÃO DO PA



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Assessoria de Gestão da Qualidade

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Serviço de Pronto Atendimento Adulto

Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Ieda









Senso de: UTILIZAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinlar fase)
Aplicar o Senso de Utilização ou Descarte	Para manter no local de trabalho somente o que for necessário para a execução das atividades e ao ambiente de trabalho	Sensibilizar o grupo apresentando a metodologia	Marcia e Juliana	Sala de reuniões	5/4/2011		
		Afixar cartazes, orientações e informativos sobre "5 Ss"	Marcia, Karen e Roseli	PAE e PAO	15/4/2011		
		Fazer fotos para registrar como está	Marcia e Karen	PAE e PAO	15/4/2011		
		Separar documentos para descarte e arquivo nas mesas, gavetas, pastas e armários	Ieda, Jossandro, Glória, Aglair e Karen	Secretarias, salas de residentes e chefia de enfermagem	04 e 05/05		
		Revisar documentos nos murais	Aglair, Glória e Karen	PAE e PAO	04 e 05/05		
		Retirar os bens que não serão utilizados, transferir ou doar para outros serviços	Ieda, Jossandro, Marcia, Glória e Suzana	PAE e PAO	04 e 05/05		
		Revisar utensílios em todos os armários da copa e descartar o que não for utilizado	Ieda, Jossandro, Lucimari e Glória	Armários da copa PAE	04 e 05/05		
		Verificar e separar equipamentos e acessórios	Suzana e Neuza	Sala de materiais	04 e 05/05		
		Descartar documentos e materiais não necessários ao serviço	Jossandro, Lucimari, Glória, Suzana e Neuza	Postos de Enfermagem do PAE e PAO	04 e 05/05		
		Relacionar todos os itens descartados no "Mapa de descarte"	Ieda, Jossandro, Lucimari, Glória, Suzana e Neuza	PAE e PAO	04 e 05/05		

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Serviço de Pronto Atendimento Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Ieda









Senso de: ORDENAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinatar fase)
Aplicar o Senso de Ordenação	Arrumar e ordenar o que permaneceu na unidade para facilitar manuseio, localização e guarda	Separar documentos por prioridade de utilização e definir o que é utilizado todo dia (deixar sobre a mesa), toda semana (deixar em pasta ou gaveta) e todo mês (deixar em pasta AZ no armário)	Ieda, Jossandro, Glória, Aglair e Karen	PAE e PAO	04 e 05/05		
		Organizar materiais, documentos nos armários, gavetas e bancadas	Jossandro, Lucimari, Glória, Aglair, Suzana e Neuza	PAE e PAO	04 e 05/05		
		Identificar os armários, gavetas e pastas	Jossandro, Lucimari, Glória, Aglair, Suzana e Neuza	PAE e PAO	04 e 05/05		
		Organizar equipamentos e acessórios	Suzana e Neuza	Sala de materiais	04 e 05/05		
		Organizar armário da copa, acondicionar alimentos e talheres em recipientes identificados	Ieda, Jossandro, Lucimari e Glória	Armário da copa	04 e 05/05		
		Organizar e fazer backup dos documentos dos computadores	Jossandro e Roseli	Sala da gerência	04 e 05/05		
		Organizar armário da copa, acondicionar alimentos e talheres em recipientes identificados	Ieda, Jossandro, Lucimari e Glória	Armários da copa	04 e 05/05		
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Serviço de Pronto Atendimento Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Ieda










Senso de: LIMPEZA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinatar fase)
Aplicar o Senso de Limpeza ou Zelo e Preservação ou Conservação	Para manter o local de trabalho limpo, equipamentos em perfeito funcionamento e manutenção em dia	Solicitar as zeladoras limpeza do chão, vidros, paredes, armários, cortinas e geladeira	Ieda	Enfermarias, consultórios, posto de enfermagem, sala dos médicos e secretarias	04 e 05/05		
		Solicitar as zeladoras limpeza de todos os armários da copa	Ieda	Copa	04 e 05/05		
		Limpar gavetas e computadores	Aglair e secretários do PAE	Secretarias	04 e 05/05		
		Limpar mesas e interior de gavetas e de armários	Jossandro, Lucimari, Glória, Aglair, Suzana e Neuza	Sala da Chefia de enfermagem	04 e 05/05		
		Encaminhar requisição solicitando manutenções necessárias	Glória, Suzana e Neuza	PAE e PAO	04 e 05/05		
		Registrar como ficaram os ambientes após a aplicação dos "3 Ss"	Marcia	Sala da gerência, de reuniões e armários da copa	6/5/2011		
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Serviço de Pronto Atendimento Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Ieda










Senso de: SAÚDE

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinatar fase)
Aplicar o Senso de Saúde	Para desenvolver e manter as condições de trabalho favoráveis a saúde física e mental das equipes	Direcionar reuniões formais e informais para local apropriado	Ieda e enfermeiros	Sala de reuniões da UUEA e sala da chefia de enfermagem	Sempre		
		Cobrar o atendimento da NR 32 (afixar cartaz SCIH)	Ieda e enfermeiros	PAE e PAO	Sempre		
		Monitorar cronograma de limpeza das geladeiras	Enfermeiros	PAE e PAO	Sempre		
		Solicitar retorno da avaliação ergonômica realizada pela fisioterapia	Marcia	Gerência	30/3/2011		
		Solicitar compra de guindaste para mobilização de pacientes obesos	Marcia	Gerência	30/04/011		
		Disponibilizar massoterapia para a equipe	Gerência	Sala do RX	Toda segunda-feira		
							
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H
 Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Serviço de Pronto Atendimento Adulto

 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Ieda

 Senso de: AUTO DISCIPLINA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Auto Disciplina	Para fazer o que tem que ser feito e da maneira como deve feito	Realizar a entrega de documentos, escalas, relatórios, projetos nas datas estabelecidas	Toda a equipe	PAE e PAO	Sempre		
		Acompanhar todos os planos de ação do serviço	Ieda e enfermeiros	PAE e PAO	Sempre		
		Rever a aplicação do "5 Ss"	Ieda e Marcia	PAE e PAO	outubro de 2011		
							
							
							
							
							
							

ANEXO F

MAPA FINAL DE DESCARTE DO PA



MAPA FINAL DE DESCARTE

Setor: PA Adulto Data: 4 e 5/05/11

Tipo de Material	Peso / Quant.	Valor Total R\$	Observação
Sucata de Papel	16		Bobinas de papel para impressora
	3		Sacos de papel branco
Sucata de Ferro	1		Pedal de aspirador
Caixas de Documentos	1		Escaninho de madeira
Material de Escritório	3		Pranchetas quebradas
	4		Capas de laringo
	1		Capa de glicosímetro
	2		Capas de Takaoka
Equipamentos	3		Transformadores 220/110 (Eng. Clínica)

ANEXO G

PLANO DE AÇÃO DO CTSI



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Assessoria de Gestão da Qualidade

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Semi Intensiva-Adulto

Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Otilia









Senso de: UTILIZAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Utilização ou Descarte	Para manter no local de trabalho somente o que for necessário para a execução das atividades e ao ambiente de trabalho	Sensibilizar o grupo apresentando a metodologia	Marcia e Juliana	Sala de reuniões	5/4/2011		
		Afixar cartazes, orientações e informativos sobre "5 Ss"	Marcia, Karen e Roseli	CTSI	15/4/2011		
		Fazer fotos para registrar como está	Marcia e Karen	CTSI	15/4/2011		
		Separar documentos para descarte e arquivo nas mesas, gavetas, pastas e armários	Otilia, Franciele, Célia, Sueli e Marisa	Secretarias, salas de residentes e chefia de enfermagem	26 e 27/04		
		Revisar documentos nos murais	Otilia, Franciele, Célia, Sueli e Marisa	CTSI	26 e 27/04		
		Retirar os bens que não serão utilizados, transferir ou doar para outros serviços	Otilia, Franciele, Célia, Marisa e Marcia	CTSI	26 e 27/04		
		Revisar utensílios em todos os armários da copa e descartar o que não for utilizado	Otilia e Marisa	Armários da copa CTSI	26 e 27/04		
		Verificar e separar equipamentos e acessórios	Célia e Marisa	Sala de materiais	26 e 27/04		
		Descartar documentos e materiais não necessários ao serviço	Otilia, Franciele, Célia, Sueli e Marisa	CTSI	26 e 27/04		
		Relacionar todos os itens descartados no "Mapa de descarte"	Otilia, Franciele, Célia, Sueli e Marisa	CTSI	26 e 27/04		

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Otilia









Senso de: ORDENAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Ordenação	Arrumar e ordenar o que permaneceu na unidade para facilitar manuseio, localização e guarda	Separar documentos por prioridade de utilização e definir o que é utilizado todo dia (deixar sobre a mesa), toda semana (deixar em pasta ou gaveta) e todo mês (deixar em pasta AZ no armário)	Otilia, Franciele, Célia, Sueli, Zuleica e Marisa	CTSI	26 e 27/04		
		Organizar materiais, documentos nos armários, gavetas e bancadas	Otilia, Franciele, Célia, Sueli, Zuleica e Marisa	CTSI	26 e 27/04		
		Identificar os armários, gavetas e pastas	Otilia, Franciele, Célia, Sueli, Zuleica e Marisa	CTSI	26 e 27/04		
		Organizar equipamentos e acessórios	Célia, Ana e Marisa	Sala de materiais	26 e 27/04		
		Organizar armário da copa, acondicionar alimentos e talheres em recipientes identificados	Célia, Ana e Marisa	Armários da copa	26 e 27/04		
		Organizar e fazer backup dos documentos dos computadores	Otilia e Roseli	Sala da Chefia de Enfermagem e Sala da gerência	26 e 27/04		
		Organizar armário da copa, acondicionar alimentos e talheres em recipientes identificados	Marisa	Armários da copa	26 e 27/04		
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Otilia










Senso de: LIMPEZA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Limpeza ou Zelo e Preservação ou Conservação	Para manter o local de trabalho limpo, equipamentos em perfeito funcionamento e manutenção em dia	Solicitar as zeladoras limpeza do chão, vidros, paredes, armários, cortinas e geladeira	Otilia	Enfermarias, consultórios, posto de enfermagem, sala dos médicos e secretária	26 e 27/04		
		Solicitar as zeladoras limpeza de todos os armários da copa	Otilia	Copa	26 e 27/04		
		Limpar computadores	Sueli, Zuleica, Marisa e equipe da zeladoria	Secretarias sala de prescrição médica e posto de enfermagem	26 e 27/04		
		Solicitar as zeladoras limpeza de mesas e interior de gavetas e de armários	Otilia	CTSI	26 e 27/04		
		Encaminhar requisição solicitando manutenções necessárias	Otilia, Marisa	CTSI	26 e 27/04		
		Registrar como ficaram os ambientes após a aplicação dos "3 Ss"	Marcia	CTSI	28/4/2011		
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Otilia









Senso de: SAÚDE

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Saúde	Para desenvolver e manter as condições de trabalho favoráveis a saúde física e mental das equipes	Direcionar reuniões formais e informais para local apropriado	Otilia e enfermeiros	Sala de reuniões da UUEA e sala da chefia de enfermagem	Sempre		
		Cobrar o atendimento da NR 32 (afixar cartaz SCIH)	Otilia e enfermeiros	CTSI	Sempre		
		Monitorar cronograma de limpeza das geladeiras	Enfermeiros	CTSI	Sempre		
		Solicitar retorno da avaliação ergonômica realizada pela fisioterapia	Marcia	Gerência	30/3/2011		
		Solicitar compra de guindaste para mobilização de pacientes obesos	Marcia	Gerência	30/04/011		
		Disponibilizar massoterapia para a equipe	Gerência	Sala do RX	Toda segunda-feira		
		Realizar lanche com apoio das equipes	Otilia e enfermeiros	CTSI	Mensal		
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Semi-Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Otília

Senso de: AUTO DISCIPLINA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Auto Disciplina	Para fazer o que tem que ser feito e da maneira como deve feito	Realizar a entrega de documentos, escalas, relatórios, projetos nas datas estabelecidas	Toda a equipe	CTSI	Sempre		
		Acompanhar todos os planos de ação do serviço	Otília e enfermeiros	CTSI	Sempre		
		Rever a aplicação do "5 Ss"	Otília e Marcia	CTSI	outubro de 2011		
							
							
							
							
							

ANEXO H

MAPA FINAL DE DESCARTE DO CTSI



MAPA FINAL DE DESCARTE

Setor: CTSI Adulto Data: 27 e 27/04/2011

Tipo de Material	Peso / Quant.	Valor Total R\$	Observação
Sucata de Papel	4		Sacos de papel usado
	8		Bobina para registro de ECG
Mobiliário	2		Mesa de higiene branca
	1		Armário de metal com 5 prateleiras
	2		Mesa pequena com tampa preta
	2		Quadro branco descascado
	1		Quadro com orientações
Equipamentos	4		Módulo DIXTAL FIO2 (Eng. Clínica)
	7		Módulo DIXTAL Impressora (Eng. Clínica)
	2		Bateria DIXTAL
	31		Sensor de bomba de infusão
	1		Cilindro pequeno de oxigênio
	2		Aparelho de pressão arterial sem manguito

mapa final de descarte.xls

ANEXO I

PLANO DE AÇÃO DO CTI



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Assessoria de Gestão da Qualidade









PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Intensiva Adulto
Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Tânia

Senso de: UTILIZAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinatar fase)
Aplicar o Senso de Utilização ou Descarte	Para manter no local de trabalho somente o que for necessário para a execução das atividades e ao ambiente de trabalho	Sensibilizar o grupo apresentando a metodologia	Marcia e Juliana	Sala de reuniões	5/4/2011		
		Afixar cartazes, orientações e informativos sobre "5 Ss"	Marcia, Karen e Roseli	CTI	15/4/2011		
		Fazer fotos para registrar como está	Marcia e Karen	CTI	15/4/2011		
		Separar documentos para descarte e arquivo nas mesas, gavetas, pastas e armários	Tânia, Alexandra, Ligia, Elisangela, Conceição e Rosicleide	Secretarias, salas de residentes e chefia de enfermagem	26 e 27/04		
		Revisar documentos nos murais	Tânia, Alexandra, Ligia, Elisangela, Conceição e Rosicleide	CTI	26 e 27/04		
		Retirar os bens que não serão utilizados, transferir ou doar para outros serviços	Tânia, Alexandra, Ligia, Elisangela, Conceição e	CTI	26 e 27/04		
		Revisar utensílios em todos os armários da copa e descartar o que não for utilizado	Tânia, Alexandra, Ligia, Elisangela, Conceição e	Armários da copa	26 e 27/04		
		Verificar e separar equipamentos e acessórios	Tânia e Conceição	Sala de equipamentos	26 e 27/04		
		Descartar documentos e materiais não necessários ao serviço	Tânia, Alexandra, Ligia, Elisangela, Conceição e	CTI	26 e 27/04		
		Relacionar todos os itens descartados no "Mapa de descarte"	Tânia, Alexandra, Ligia, Elisangela, Conceição e	CTI	26 e 27/04		









PLANO DE AÇÃO - 5W2H
 Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Tânia
Senso de: ORDENAÇÃO

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Ordenação	Arrumar e ordenar o que permaneceu na unidade para facilitar manuseio, localização e guarda	Separar documentos por prioridade de utilização e definir o que é utilizado todo dia (deixar sobre a mesa), toda semana (deixar em pasta ou gaveta) e todo mês (deixar em pasta AZ no armário)	Tânia, Alexandra, Ligia e Hilda	CTI	26 e 27/04		
		Organizar materiais, documentos nos armários, gavetas e bancadas	Tânia, Alexandra, Ligia e Hilda	CTI	26 e 27/04		
		Identificar os armários, gavetas e pastas	Tânia, Elisângela e Hilda	CTI	26 e 27/04		
		Organizar equipamentos e acessórios	Tânia, Alexandra, Ligia, Rosângela e Conceição	Sala de Equipamentos	26 e 27/04		
		Organizar armário da copa, acondicionar alimentos e talheres em recipientes identificados	Conceição e Rosângela	Armários da copa	26 e 27/04		
		Organizar e fazer backup dos documentos nos computadores	Tânia e Roseli	Sala da Chefia de Enfermagem e Sala da gerência	26 e 27/04		
							
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Tânia









Senso de: LIMPEZA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Limpeza ou Zelo e Preservação ou Conservação	Para manter o local de trabalho limpo, equipamentos em perfeito funcionamento e manutenção em dia	Solicitar as zeladoras limpeza do chão, vidros, paredes, armários e geladeira	Tânia	Box, posto de enfermagem, sala dos médicos, sala de reuniões e secretaria	26 e 27/04		
		Encaminhar cortinas para lavanderia	Tânia, Conceição	Sala da chefia de enfermagem e de reuniões	26 e 27/04		
		Solicitar as zeladoras limpeza de todos os armários da copa	Tânia	Copa	26 e 27/04		
		Limpar computadores	Hilda e Conceição	Secretarias sala de prescrição médica e posto de enfermagem	26 e 27/04		
		Solicitar as zeladoras limpeza de mesas e interior de gavetas e de armários	Tânia	CTI	26 e 27/04		
		Encaminhar requisição solicitando manutenções necessárias	Tânia e Conceição	CTI	26 e 27/04		
		Registrar como ficaram os ambientes após a aplicação dos "3 Ss"	Marcia	CTI	28/4/2011		
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Tânia













Senso de: SAÚDE

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Saúde	Para desenvolver e manter as condições de trabalho favoráveis a saúde física e mental das equipes	Direcionar reuniões formais e informais para local apropriado	Tânia, Hipólito e enfermeiros	Sala de reuniões do CTI e sala da chefia de enfermagem	Sempre		
		Monitorar cronograma de limpeza das geladeiras e ambientes	Tânia e enfermeiros	CTI	Sempre		
		Cobrar o atendimento da NR 32 (afixar cartaz SCIH)	Tânia e enfermeiros	CTI	Sempre		
		Solicitar retorno da avaliação ergonômica realizada pela fisioterapia	Marcia	Gerência	30/3/2011		
		Solicitar compra de guindaste para mobilização de pacientes obesos	Marcia	Gerência	30/04/011		
		Disponibilizar massoterapia para a equipe	Gerência	Sala do RX no 1º andar	Toda segunda-feira		
		Realizar almoço de confraternização das equipes	Tânia e equipes de enfermagem e médica	CTI	Bimestral		
							

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: Unidade de Urgência e Emergência Adulto Serviço: Centro de Terapia Intensiva Adulto
 Data de Elaboração: 1/3/2011 Responsável: Tânia

Senso de: AUTO DISCIPLINA

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)
Aplicar o Senso de Auto Disciplina	Para fazer o que tem que ser feito e da maneira como deve feito	Realizar a entrega de documentos, escalas, relatórios, projetos nas datas estabelecidas	Toda a equipe	CTI	Sempre		
		Acompanhar todos os planos de ação do serviço	Tânia e enfermeiros	CTI	Sempre		
		Rever a aplicação do "5 Ss"	Tânia e Marcia	CTI	outubro de 2011		
							
							
							
							
							
							
							
							
							

ANEXO K

PLANO DE AÇÃO DA FALTA DE CONSOLIDAÇÃO DO PROGRAMA 5S



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Assessoria de Gestão da Qualidade

PLANO DE AÇÃO - 5W2H

Unidade Gerencial: UUEA Serviço: PA, CTSI e CTI
Data de Elaboração: 14/12/2010 Responsável: Marcia e Karen

Não Conformidade: Falta de consolidação do Programa 5S

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	FASE CICLO PDCA (assinalar fase)				
Consolidação do Programa 5S	Para manter a organização, limpeza, saúde e auto-disciplina dos serviços	1 - Rever o plano de ação de cada serviço	Marcia, Juliana grupo interno da qualidade e enfermeiros responsáveis dos serviços	Sala de reuniões	01 a 04 de fevereiro de 2011		<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										
		2 - Consultar o plano de ação e visitar os serviços para levantar os materiais necessários para aplicação do 5S	Marcia, Karen e enfermeiros responsáveis	UUEA	07 a 11 de fevereiro de 2011		<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										
		3 - Providenciar os materiais necessários para revisão do 5S	Marcia e Karen	UUEA	04 a 08 de abril de 2011		<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										
		4 - Aplicar a revisão do 5S conforme plano de ação de cada serviço	Chefias e equipes dos serviços: Gerência, PA, CTSI e CTI	UUEA	15 de abril a 05 de maio de 2011		<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										
		7 - Conferência pela Gerência do efeito da aplicação do 5S	Rejane, Marcia, Juliana	UUEA	6 de maio de 2011		<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										
							<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										
							<table border="1"><tr><td>A</td><td>P</td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr></table>	A	P	C	D
A	P										
C	D										

ANEXO L

POP 56 BACKUP DOS COMPUTADORES DA GERÊNCIA



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Folha 01/03
POP – UUEA – Nº 056		
UNIDADE FUNCIONAL/SERVIÇO/SEÇÃO		
Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA)		
NOME DO PROCEDIMENTO		
BACKUP DOS COMPUTADORES DA GERÊNCIA		
ELABORADO POR	DATA	
Karen C. Vaz Pinto Pedrosa	30/06/2011	
APROVADO POR	DATA	
Marcia Regina Antoniacomi	30/06/2011	
RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO		
Secretários da Gerência da UUEA		
REVISÕES	DATA	RESPONSÁVEL
1ª REVISÃO		
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		
REGISTRO DE PÁGINAS QUE FORAM ALTERADAS E SUBSTITUÍDAS		
1ª REVISÃO		
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		


PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP – UUEA– Nº 056

Folha 02/03

Unidade Funcional/Serviço/Seção

Unidade de Urgência e Emergência Adulto

Nome do Procedimento

BACKUP DOS COMPUTADORES DA GERÊNCIA

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

- Garantir a proteção dos dados e informações dos computadores da gerência da UUEA.

DEFINIÇÃO

- Salvar cópia da pasta meus documentos dos computadores da sala da gerência da UUEA entre os mesmos, mantendo assim uma cópia de segurança de todos os arquivos existentes na gerência, armazenados e disponíveis em uma máquina.

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

- Computador;
- Pen-drive 16 giga.

PROCEDIMENTOS

Os procedimentos descritos abaixo serão realizados nos meses de agosto e janeiro, nos micros: UUE09, UE05, UE07 e UUE08 e UUE17, que se encontram na sala da gerência:

1. Verificar se os arquivos dos computadores já foram organizados conforme o POP 55 da UUEA.
2. Copiar a pasta meus documentos dos computadores X e salvar no computador Y com o nome de Backup (nome do micro), na seguinte sequência:

Computador X	Computador Y	Nome Backup
UUE09	UUE17	Backup UUE09
UE05	UUE17	Backup UE05
UE07	UUE08	Backup UE07
UUE08	UE07	Backup UUE08
UUE17	UUE09	Backup UUE17



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP – UUEA– Nº 056

Folha 03/03

Unidade Funcional/Serviço/Seção

Unidade de Urgência e Emergência Adulto

Nome do Procedimento

BACKUP DOS COMPUTADORES DA GERÊNCIA

3. Copiar dados do computador X:

- ❖ Instalar o pen-drive no computador X
- ❖ Localizar e abrir o pen-drive
- ❖ Selecionar desktop
- ❖ Copiar pasta meus documentos no pen-drive
- ❖ Clicar no ícone para liberar o pen-drive;
- ❖ Retirar o pen-drive do computador X.

4. Salvar os dados no computador Y:

- ❖ Instalar o pen-drive no computador Y
- ❖ Localizar e abrir o pen-drive
- ❖ Selecionar a pasta meus documentos
- ❖ Copiar pasta meus documentos do pen-drive na pasta Meu Computador com o nome Backup(nome do computador de origem)
- ❖ Clicar no ícone para liberar o pen-drive;
- ❖ Retirar o pen-drive do computador X.

REFERÊNCIAS:

Metodologia desenvolvida na Unidade de Urgência e Emergência Adulto.

ANEXO M

REGRAS DO CONCURSO “MELHOR SERVIÇO/UNIDADE 5S”



REGULAMENTO DO CONCURSO DE MELHOR UNIDADE 5 S DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

1. FINALIDADE

O Hospital de Clínicas com o apoio da AAHC, institui o presente concurso com a finalidade de escolher as três unidades/serviços que melhor aplicarem a metodologia 5S:

1.1 As inscrições devem ser feitas em formulário próprio, à disposição no Serviço de Protocolo, localizado no térreo do prédio central (no horário das 7:30 às 18:00 hs) ou que se encontra disponível na página da Intranet do HC.

1.2 Além da ficha de inscrição as unidades/serviços também devem preencher e entregar, juntamente com a inscrição, os formulários de planejamento de aplicação da metodologia dos 5S no modelo 5 W2H. Sendo a entrega deste formulário, devidamente preenchido e de forma impressa, imprescindível para a efetivação da inscrição no concurso.

1.3 As orientações sobre a aplicação da metodologia dos 5S e demais formulários de registro estarão disponíveis na INTRANET do HC. Dúvidas sobre a metodologia poderão ser esclarecidas junto a Assessoria de Gestão da Qualidade.

1.4 Os formulários deverão ser entregues no Serviço de Protocolo, até às 17:00 hs do dia 08/10/2010 impreterivelmente.

1.5 Os Serviços e Unidades que realizarem os 5 S , mas que não encaminharem o formulário de inscrição e planejamento não concorrerão aos prêmios.



2. PARTICIPAÇÃO

2.1 Podem participar do concurso todos os Serviços e Unidades Gerenciais do Hospital de Clínicas da UFPR.

2.2 Fica proibida a participação das Diretorias, da Assessoria de Marketing Institucional, da Assessoria de Gestão da Qualidade do Hospital de Clínicas e do Serviço de Planejamento.

2.3 Fica proibida a contratação e/ou utilização de serviços e/ou assessoria externa para qualquer fase dos 5 S.

3. EXECUÇÃO

3.1 A realização dos 5 S deverá abranger a totalidade da Unidade Gerencial ou Serviço, e envolver o maior número possível de componentes da equipe, devendo atender os seguintes quesitos mínimos:

Seguir o planejamento proposto e o cronograma elaborado

Preenchimento de todos os formulários de controle necessários

Registro e comprovação de todas as fases da aplicação da metodologia

4. IDENTIFICAÇÃO

4.1 Não poderá ser utilizado qualquer sinal que identifique grupos ideológicos, partidos políticos, movimentos ou qualquer outro não identificado neste regulamento.



5. JULGAMENTO

5.1 Uma Comissão Julgadora será composta por pessoas indicadas pela Direção Geral do HC, pertencentes ou não ao quadro de servidores e funcionários do Hospital, a qual fará o julgamento e indicará os vencedores para o recebimento dos prêmios.

5.2 A Comissão Julgadora fará a escolha da melhor unidade 5 S, verificando o planejamento, os registros e visitando cada Serviço e Unidade inscritos, no período de 26/10/10 a 29/10/10, no período da manhã. Os Serviços e Unidades inscritos devem designar uma pessoa para receber a Comissão Julgadora e explicar as fases dos 5 S realizadas.

5.4 Poderá ser concedida Menção Honrosa a algum Serviço ou Unidade, sem direito a prêmio em dinheiro.

6. PREMIAÇÃO

6.1 O valor total dos prêmios será de R\$ 6.000,00, distribuídos entre os três primeiros colocados, em materiais para os Serviços ou Unidades premiadas, com a aprovação do Conselho Diretor do HC-UFPR.

6.2 1º lugar - R\$ 3.000,00 (Três mil reais)
2º lugar - R\$ 2.000,00 (Dois mil reais)
3º lugar - R\$ 1.000,00 (Hum mil reais)
Menção Honrosa – se houver

6.3 O prêmio será entregue pela Direção Geral do HC-UFPR, aos Serviços ou Unidades que obtiverem a maior pontuação na avaliação realizada, segundo os critérios abaixo estabelecidos:



- planejamento
- realização de todas as fases dos 5 S em consonância com o planejamento
- Criatividade
- Envolvimento da equipe
- Registros escritos e fotográficos

6.4 Será utilizado critério de ponderação baseado no tamanho da unidade em metros quadrados.

6.5 Os Serviços ou Unidades premiadas deverão comprovar através de recibo ou nota fiscal, o uso do recurso recebido.

7. CONSIDERAÇÕES GERAIS

7.1 Os casos duvidosos serão resolvidos pela Comissão Julgadora.

7.2 Outras informações: Assessoria de Gestão da Qualidade ramal 7956.

Assessoria de Marketing Institucional do HC - ramais 1864 e 7955

8. CRONOGRAMA

8.1 Inscrições: até 08/10/10

8.2 Data de Avaliação: 26/10/10 a 29/10/10 período da manhã

8.3 Divulgação do Resultado e Premiação: dia 05/11/10 em local a ser definido.

9. COMPETÊNCIAS

9.1. Promoção: Direção Geral do HC-UFPR/Assessoria de Gestão da Qualidade

9.2. Apoio: Associação dos Amigos do HC.

9.3. Divulgação/Colaboração: Assessoria de Marketing Institucional

9.4. Colaboração: Serviço de Planejamento/Unidade de Informação



FICHA DE INSCRIÇÃO

UG/SERVIÇO: _____

Gerência/Chefia: _____

Venho por meio desta, requerer a participação da Unidade Gerencial/Serviço no “Concurso Unidade **5S**”.

Quero, também, declarar que estou ciente e conscientizarei toda a minha equipe que:

- 1) Esta iniciativa é uma promoção da Direção Geral do HC-UFPR, Assessoria de Gestão da Qualidade em parceria com a Associação dos Amigos do HC;
- 2) Serão escolhidas as três melhores Unidades/Serviços que aplicarem a metodologia **5S**, incluindo todas as casas externas pertencentes ao HC, estabelecendo uma ordem de colocação: primeiro, segundo e terceiro lugar, podendo, ainda, ser concedida uma menção honrosa, conforme iniciativa da comissão avaliadora;
- 3) Os prêmios concedidos são relativos a recursos que o Serviço receberá, devendo definir, por meio de colegiado interno e/ou outro mecanismo, o que adquirir para o(s) mesmo(s) conforme classificação:
 - 3.1. 1º Lugar: 3.000,00;
 - 3.2. 2º Lugar: 2.000,00;
 - 3.3. 3º Lugar: 1.000,00;
- 4) O prêmio será conferido à Unidade, ou Serviços inscritos por meio deste instrumento que obtiverem a nota mais alta, conforme a Comissão Avaliadora, seguindo os critérios de:
 - 4.1. planejamento dos “**5S**’s”;
 - 4.2. realização de todas as fases dos “**5S**’s” em consonância com o planejamento
 - 4.3 criatividade na execução dos **5S**;
 - 4.4 envolvimento da equipe.
 - 4.5 registros detalhados escritos e fotográficos.
- 5) Cronograma:
 - Até 08/10/10: preenchimento e entrega da ficha de inscrição com entrega dos planejamentos de execução no modelo 5W2H.
 - 26 a 29/10/10: Julgamento
 - 05/11/10: Entrega dos Prêmios.
- 6) Uma Comissão Julgadora será composta por pessoas indicadas pela Direção Geral do HC, pertencentes ou não ao quadro de servidores e funcionários do Hospital, a qual fará o julgamento e indicará os vencedores para o recebimento dos prêmios.
- 7) Os casos duvidosos serão resolvidos por um comitê especial indicado pela Assessoria de Gestão da Qualidade.
- 8) Não serão aceitos quaisquer recursos contra a avaliação da Comissão Julgadora, que será imparcial, seguindo os critérios pré-definidos.

Eu li e aceito os critérios acima.

Carimbo e Assinatura da Gerência/Chefe do Serviço/Unidade

ANEXO N

NOTAS DA UUEA NO CONCURSO

Unidades / Serviços	Unidade de Urgência e Emergência Adulto
DESCARTE	7,6
ARRUMAÇÃO	7,6
LIMPEZA	6,6
SAÚDE	6,2
DISCIPLINA	6,2
Média geral	6,867
RESULTADO FINAL	3
Critérios	Unidade de Urgência e Emergência Adulto