

BEATRIZ REGINA RIBEIRO DA SILVA

**PROJETO DE PREPARAÇÃO DO HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI
PARA O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

**Projeto Técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de especialista em
Gestão da Qualidade**

**Orientador: Professora Suzana L. S.
Pierri Cardoso**

FOZ DO IGUAÇU

2005

Bruno, meu filho que enche minha vida de amor e alegrias. A minha mãe (In Memoriam) que me ensinou a amar e perdoar. Ao meu pai, homem do trabalho, que me proporcionou os estudos. Aos meus irmãos, por serem o meu esteio afetivo, meus sobrinhos e cunhadas.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti, por ter permitido a realização do estudo institucional apresentado neste trabalho. Agradeço de forma muito especial ao Superintendente Sr. Anilton José Beal, pela atenção, receptividade e carinho com que me liberou para realizar este estudo.

A Prof^a Suzana L. S. Pierri Cardoso, por sua constante atenção, disponibilidade e por ter orientado de forma tão brilhante e profissional a elaboração deste trabalho.

A minha equipe de trabalho que me deu muita força, Simone, Tatiane e José Noé.

Aos Diretores Rogério Bohm e Sandro Scarpetta pelo apoio.

A minha amiga muito especial Viviane e Isadora, José Carlos, Elaine, Neide e Sr. Teixeira por terem acompanhado tão de perto este trabalho.

A Janete, gerente de enfermagem, pelas lutas e conquistas, aos amigos Sirlei, Eunice, Heloani, Gleise e Letícia.

“A vida é breve demais, preciosa demais, difícil demais, para que nos resignemos a vivê-la de qualquer jeito. É interessante demais para não nos darmos tempo de refletir a seu respeito e debatê-la.”

André Conte

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS	III
EPÍGRAFE	IV
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	04
1. – Introdução	05
1.1 – Justificativa	07
1.2 – Objetivos	08
1.2.1 – Objetivo Geral	08
1.2.2 – Objetivo Específico	08
1.3 – Metodologia de Trabalho	09
1.4 – Procedimentos	10
CAPÍTULO II – REVISÃO TEÓRICO EMPÍRICA.....	12
2.1 – Qualidades e Serviços – Conceitos da Qualidade	13
2.1.1 – Histórico da Qualidade.....	13
2.1.2 – Conceito da Qualidade	16
2.1.3– Evolução da Qualidade	21
2.2 – Conceito de Processo	25
2.2.1 – Importância da Análise de Processos.....	26
2.2.2 – Gerenciamento de Processos.....	27
2.2.3 – Fluxograma	28
2.3 – Histórico da Acreditação	28
2.3.1 – O Sistema Brasileiro de Acreditação e ANVISA	33
2.3.2 – Níveis de Exigências.....	37
2.3.3 – Certificação	38
2.3.4 – ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.....	39
2.3.5 – A Diferenças entre o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Vigilância Sanitária	39
2.3.6 – IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde.....	41
2.4 – Conclusão de Referencial Teórico	42
CAPÍTULO III – HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	44
3.1 – Caracterização do Hospital Ministro Costa Cavalcanti	45
3.1.1 –Histórico	45
3.1.2 – Missão.....	45
3.1.3 – Os valores Identificados pelos Colaboradores.....	45
3.2 –Situação Atual.....	46
3.2.1 – Organograma.....	48
3.3 – Contextualização da Ações Realizadas para preparar o HMCC para Sistema de Acreditação Hospitalar	49

3.3.1 – Hospital Amigo da Criança.....	49
3.3.2 – Parto Humanizado	50
3.3.3 – Serviço de Psicologia Hospitalar.....	50
3.3.4 – Casa de Apoio	50
3.3.5 – Banco de Leite Humano	51
3.3.6 – Atendimento Multidisciplinar de Diabetes	52
3.3.7 – Atendimento Lúdico	53
3.3.8 – Projeto Biblioteca Viva	53
3.3.9 – Implantação da Sala de Leitura	53
3.3.10 – Implantação da Brinquedoteca	54
3.3.11 – Companhia do Riso	54
3.3.12 – Atendimento a Mulher, Criança e Adolescente Víctima de Violência Doméstica e Sexual	54
3.3.13 – Tratamento da Dor.....	55
3.3.14 – Implantação do ARH – Administração de Recursos Humanos	55
3.3.15 – Pesquisa de Satisfação do Usuário	56
3.3.16 – PCQ – Pesquisa Controle de Qualidade.....	57
3.3.17 – SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário	57
3.3.18 – Comissão de Humanização	58
3.3.19 – Curso de Acreditação Hospitalar – Comunidade Virtual pela ONA.....	58
3.3.20 – Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação	58
3.3.21 – Projeto Saúde da Mulher no HMCC.....	59
3.3.22 – Análise da Situação Atual no HMCC	59
CAPÍTULO IV – Plano de Ação para Implantação de Acreditação no HMCC	61
4.1 – Apresentação.....	61
4.2 – Planejamento – PLAN.....	62
4.2.1 – Avaliação Inicial	62
4.2.2 – Reunião de Avaliação	63
4.2.3 – Estruturação do Processo.....	63
4.2.4 – Workshop sobre Qualidade e Acreditação com Diretores	63
4.2.5 – Palestra de Sensibilização	63
4.2.6 – Treinamentos	64
4.2.6.1 – Curso Básico em Qualidade e Acreditação.....	64
4.2.6.2 – Curso de Análise e Solução de Problemas – Ciclo PDCA.....	64
4.2.7 – Definição dos Processos.....	64
4.2.8 – Treinamento para Redação de Procedimentos.....	65
4.2.9 – Pré-edição do Manual da Qualidade.....	65
4.2.10 – Elaboração dos Procedimentos	66
4.2.11 – Palestra de Informação	66
4.2.12 – Treinamento de Ações Corretivas e Preventivas	67
4.2.13 – Desenvolvimento de Equipes.....	67
4.2.14 – Implementação dos Procedimentos.....	67
4.2.15 – Seminário da Qualidade.....	67
4.2.16 – Treinamentos dos Auditores Internos	67
4.2.17 – Preparação das Auditorias.....	68
4.2.18 – Programas das Auditorias.....	68
4.2.19 – Análise Crítica do Sistema	69
4.2.20 – Pré Auditoria de Certificação	69

4.2.21 – Auditoria de Certificação	69
4.2.22 – Avaliação Final.....	69
4.3 – Resultados Esperados com a Acreditação	69
4.4 – Execução – DO.....	70
4.5 – Checagem – Check	71
4.6 – Atuar – Action	71
4.7 – Custo Investimento	72
4.8 – Custo Financeiro.....	72
4.9 – Cronograma	73
4.10 – Viabilidade	74
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – 5W1H.....	28
Quadro 2 - Comparativo entre Vigilância Sanitária e Acreditação.....	40
Quadro 3 – Organograma.....	48
Quadro 4 – Recursos Materiais	72
Quadro 5 – Investimentos.....	72
Quadro 6 – Cronograma.....	73

APRESENTAÇÃO

Este trabalho aborda a preparação do Hospital Ministro Costa Cavalcanti para a Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar, através dos conceitos de qualidade e do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, desenvolvidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O objetivo geral deste trabalho é de preparar o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, para a implantação do processo de acreditação hospitalar, levantando os projetos existentes na organização, que alavancam a implantação do programa de qualidade, dando sustentação ao processo de Acreditação Hospitalar.

Após a realização de uma revisão teórica-empírica sobre conceitos da qualidade que envolveram os seguintes tópicos: a evolução da qualidade, os principais modelos de gestão da qualidade, suas vantagens e desvantagens, o sistema de acreditação em hospitais e normas da qualidade aplicáveis a hospitais e prescritas pela ONA, os conceitos sobre mapeamento dos processos e padronização e indicadores de qualidade, contextualização dos Projetos implantados no hospital no período de 2002 a 2005.

Este estudo tem a finalidade de apoiar as ações propostas a fim de preparar os colaboradores e a instituição a buscar a certificação pela ONA.

A análise teórica é complementada pelo Manual de Acreditação Hospitalar – ONA(2004).

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, cujos conteúdos estão descritos a seguir:

O Capítulo 1 traz: a introdução; os comentários iniciais, tema e objetivo; a justificativa do tema e objetivos; a metodologia e também a estrutura do trabalho.

O Capítulo 2 apresenta a revisão teórico empírico sobre conceitos da qualidade, qualidade em serviços, evolução da qualidade, conceitos de processos, gerenciamento de processos, mapeamento de processos, o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e Histórico de Acreditação Hospitalar.

O Capítulo 3 apresenta a descrição do Hospital Ministro Costa Cavalcanti , a contextualização das ações de melhorias, bem como a análise da situação atual.

O Capítulo 4 apresenta o Plano de Ação para a implantação de Acreditação no HMCC.

E por fim uma última parte dedicada a conclusão – baseada tanto no estudo teórico empírico como no estudo prático da situação atual do hospital.

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

1. - Introdução

A região de Foz do Iguaçu apresenta uma singularidade populacional em função da diversidade de etnias que aqui convivem e da localização geográfica, já que faz fronteira com o Paraguai e a Argentina. Considerando os diferentes grupos sociais, culturais e étnicos que utilizam os serviços de saúde do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, há a necessidade de preparar o corpo de empregados, a alta administração, fornecedores e, mesmo, os terceirizados para a formalização da qualidade atendendo as demandas geradas pela diversidade cultural.

Desta forma propõe-se uma metodologia de trabalho tendo como base um modelo de Gestão da Qualidade focado na socialização do conhecimento e centrado na qualidade do atendimento aos usuários do hospital para se estruturar a organização com vista a obtenção da acreditação.

A qualidade do atendimento e o acesso democrático aos serviços de saúde, continua sendo um desafio no século XXI, pois vive-se a era do conhecimento, informação e alta tecnologia a serviço do homem, no entanto depara-se com a morte diária de pessoas que não têm acesso a este modelo de cuidados.

Entende-se por usuários dos serviços de saúde quaisquer grupos que apresentem algum tipo de relacionamento com os serviços praticados pelo hospital, ou com a instituição, como, por exemplo, os médicos, convênios, pacientes e seus familiares, prestadores de serviços entre outros.

Considerando que na área de saúde, a credibilidade e a confiança dos seus usuários são aspectos fundamentais para a manutenção do negócio, cliente e sociedade incorporam, de forma consciente ou inconscientemente, a qualidade, os processos do hospital e serviços de saúde passando pela mudança de valores e de cultura da qualidade hospitalar.

Visando compreender a qualidade em serviços hospitalares e as exigências da ONA – Organização Nacional de Acreditação, os estudos aqui apresentados pautam-se nos conceitos da qualidade de autores como: Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, Ishikawa, Garvin, Donabedian. E as ferramentas da

qualidade são: Gerenciamento de processos, Matriz Gut, 5w1h e também o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares ¹

Quanto ao modelo de gestão de pessoas baseou-se no modelo que vem sendo implantado por esta pesquisadora, durante o período de 2003, até a presente data, no Hospital alvo deste trabalho, e que está pautado em autores como: Peter Senge (2000) e Idalberto Chiavenato (2002).

Para Chiavenato (2002, p. 147), a Administração de Recursos Humanos - ARH,

“consiste no planejamento, na organização, no desenvolvimento, na coordenação e no controle das técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização representa o meio que permite as pessoas que com ela colaboram alcançarem os objetivos individuais relacionados direta ou indiretamente com o trabalho.”

O autor considera a ARH como uma área interdisciplinar, uma vez que envolve conceitos advindos de diferentes campos de conhecimentos: a Psicologia Industrial e Organizacional, a Sociologia Organizacional, a Engenharia Industrial, a Medicina do Trabalho, a Engenharia de Sistemas de Cibernética, etc. Assim, Chianvenato (op. Cit) afirma que

“ Os assuntos tratados em ARH referem-se a uma multiplicidade de campos de conhecimentos e de mudança organizacional com profissionais de diversas áreas, tratando de assuntos de áreas internas e externas da organização. A ARH pode referir-se a nível individual como aos níveis grupal, departamental, organizacional e mesmo ambiental da organização.”

Tal reflexão leva em consideração que as mudanças constantes que ocorrem em ambientes, não é um fim em si mesma, mas um meio de alcançar a eficácia e a eficiência das organizações através das pessoas, permitindo condições favoráveis para que estas alcancem seus objetivos pessoais e profissionais relacionados direta ou indiretamente com seu trabalho, preocupando-se com qualidade de vida, atração e manutenção das pessoas nas organizações.

¹— 4ª Edição, 2003-RDC n.º 12, de 26 de janeiro de 2004, editado pela ONA - Organização Nacional de Acreditação e Avisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Para Chiavenato

“Os principais objetivos da ARH são: criar, manter e desenvolver um contingente de pessoas com habilidades, motivação e satisfação para realizar os objetivos da organização: criar, manter e desenvolver condições organizacionais de aplicação, desenvolvimento e satisfação plena das pessoas, e alcance dos objetivos individuais e alcançar eficiência e eficácia através das pessoas.”

1 1 – Justificativa

Os usuários de saúde encontram-se cada vez mais expostos a riscos e danos a sua saúde, têm conhecimento de seus direitos e apresentam-se cada vez mais informados e exigentes.

Em tempos recentes as pessoas apontavam os hospitais como organizações seguras para se tratarem, porém ultimamente os meios de comunicação têm mostrado que cidadãos sofreram ameaças a vida durante e após tratamentos médico hospitalar.

Com os sistemas de acreditação revelou-se para a sociedade as organizações de saúde que se encontram em conformidade com determinados padrões e que apresentam menores probabilidades de ocorrências de erros, tornando-se uma referência de qualidade assistencial aos usuários, possibilitando a escolha de serviços de saúde confiáveis.

O fato das organizações de saúde se mobilizarem para a implantação do sistema de acreditação hospitalar está mudando antigos conceitos de satisfação dos usuários de serviços de saúde. O processo de implantação do sistema de acreditação propiciará oportunidades de melhorias nos serviços prestados pelo Hospital Ministro Costa Cavalcanti (doravante nomeado como HMCC), proporcionará maior segurança para as pessoas da região de Foz do Iguaçu.

A Qualidade dos serviços em saúde passa em primeiro lugar pelo nível de satisfação do usuário, que exige a competência técnica e competência interpessoal no relacionamento profissional – paciente.

Como instituição prestadora de serviços de saúde à comunidade, o HMCC busca a qualidade no atendimento dos serviços oferecidos e visa atingir o máximo de satisfação dos usuários. Sendo assim propõe-se um conjunto de ações; a humanização do atendimento ao usuário e das condições de trabalho do profissional

de saúde; o atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas. Adequando-o de tal modo que garanta o atendimento ao usuário com qualidade.

Com aumento da demanda de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, alguns pacientes conhecem seus direitos como cidadão, e exigem nova performance médica – hospitalar.

A implantação gradual de programas de qualidade do atendimento ao usuário e seus acompanhantes, tem por finalidade tornar o tempo de hospitalização o menos estressante possível, elevar o grau de confiabilidade, colaborar para a recuperação do paciente e conseqüentemente na redução dos custos hospitalares.

Visa ganhar e manter a credibilidade da população da região da tríplice fronteira, melhorar também a qualidade de vida da população e propiciar mudança de cultura no atendimento ao paciente.

1.2 – Objetivos

1.2.1– Objetivo Geral

Propor um projeto para preparação e implantação do Sistema de Acreditação do Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

1.2.2 – Objetivo Específico

Levantar ferramentas para a qualidade;

Mapear os processos de qualidade no HMCC;

Padronizar os processos de qualidade;

Implantar o Sistema de Qualidade;

Implantar um serviço de atendimento ao paciente;

Implantar/ampliar as ações de controle de qualidade no atendimento ao usuário.

Propor a Criação do Comitê da Qualidade no HMCC.

Elaborar uma proposta de trabalho com metodologia específica, visando preparar o hospital para receber as orientações e exigências da ONA e Anvisa na implantação do Sistema de Acreditação.

1.3 – Metodologia de Trabalho

Conduziu-se uma vasta pesquisa teórico empírica sobre gestão da qualidade com base em conceituados autores sobre a teoria da qualidade, ferramentas da qualidade, passando pelas normas do Manual de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde da Organização Nacional de Acreditação – ONA, dando sustentação à análise deste estudo.

Paralelamente realizou-se a contextualização das ações de melhorias implantada no hospital no período de 2003 a 2005.

Visando aliar a teoria à prática, propõe-se um Plano de Ação para Acreditação do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, com o objetivo final de obter a certificação de qualidade de Acreditação como Instituição de Saúde.

Como método elegeu-se a pesquisa participante (Brandão, 2000), pois essa apresenta-se como possibilidade para um caminho científico comprometido com a transformação institucional. Sob essa perspectiva, os dados levantados foram interpretados a partir de pressupostos e hipóteses do pesquisador que estão comprometidos com o universo teórico, no qual o pesquisador insere-se.

A observação, um instrumentos desta pesquisa, está impregnada de teoria, isto é, o fenômeno a ser observado, já representa um recorte teórico, desenha categorias relevantes e seleciona aspectos e relações a serem observados. Entretanto, não é somente a teoria que influencia a observação, mas também o olhar do pesquisador.

A pesquisa qualitativa (André, 2002), pode ser caracterizada como um caminho científico que busca compreender, de forma detalhada os significados, e características situacionais que se apresentam em um dado momento e contexto. A pesquisadora assumiu um duplo desafio que foi o de pesquisar e participar. Isso se deu devido à semelhança de um projeto de vida, aproximou-a da referida instituição hospitalar com a preocupação de deixar transparente cada passo da pesquisa mediante diálogo constante.

Assim, apoiada pela metodologia qualitativa, desenvolveu-se algumas atividades junto a comunidade hospitalar. Tais procedimentos fizeram com que se estabelecesse um laço de confiança mútuo – pesquisador e objeto pesquisado. A idéia mobilizadora da inserção no campo de pesquisa foi sempre o de poder

contribuir para a compreensão da dinâmica relacional/ organizacional, como também poder interferir de modo a possibilitar reflexão sobre os conflitos e contradições vividas naquele espaço entre as pessoas. Procurou-se trabalhar na linha da pesquisa / participante por acreditar ser ela a mais adequada para a realizações das ações proposta por pesquisador e pesquisados.

Também recorreu-se a pesquisa bibliográfica para dar sustentação à análise. Ela será abordada após o item procedimentos.

1.4 – Procedimentos

Os instrumentos, descritos a seguir, foram usados como recursos para a coleta de dados, dessa forma segue-se um relato de suas características.

Ao ser contratada pelo HMCC, em 2002, a pesquisadora elaborou um plano de ação estratégico de gestão de pessoas em conjunto com a alta administração, o superintendente.

Este plano de ação contemplou inicialmente a identificação dos líderes dos diversos postos de trabalho. Na seqüência foram realizadas várias reuniões com os diretores, gerentes, supervisores e demais trabalhadores por postos de trabalho.

As reuniões, realizadas pela pesquisadora e pesquisado, resultaram na identificação das necessidades e prioridades profissionais, operacionais e de estrutura organizacional, apontando algumas ações prioritárias:

- A contratação de pessoal para o quadro funcional para atender a demanda de serviços, visando garantir a qualidade dos serviços prestados.
- A normatização do processo de recrutamento e seleção.
- A constituição do comitê de ética do hospital e a instituição do código de ética do hospital.
- A implantação da pesquisa de controle da qualidade - PCQ, a pesquisa de satisfação do usuário e o serviço de atendimento ao usuário – SAU
- Formou equipes para a elaboração de projetos.
- Constituiu-se a comissão de humanização.

- Incentivou-se a capacitação do quadro funcional para participação em Congressos e Seminários; capacitação técnica do quadro de profissionais especializados, por temática, relacionados por postos de trabalho.
- Visitas técnicas em Instituições de saúde e hospitais.
- Relações institucionais formando parcerias com a comunidade, entre elas as instituições de ensino (UNIAMERICA, UDC, CESUFOZ, ANGLO AMERICANO), clubes de serviços (Rotary Club), Associação Santa Rita.
- Inscrição dos líderes para participação dos cursos de comunidade virtual – com o tema Qualidade em Saúde, oferecido pela ONA.
- Foram realizados treinamentos em vários postos de serviços, incluindo as recepcionistas - sobre a temática: Qualidade no Atendimento ao Cliente.

CAPÍTULO II
REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 - Qualidade em Serviços - Conceitos da Qualidade

Processos de melhoria contínua em serviços tem suas diferenças em relação aos processos em organizações industriais. Estas diferenças começam na própria missão das organizações de serviços, quanto ao atendimento ao cliente, passando pelo comprometimento dos Recursos Humanos, tornando a qualidade desse atendimento um fator diferencial para essas organizações, fidelizando os clientes e tornando a organização mais competitiva no mercado.

Os serviços de saúde deparam-se com sistemas e critérios para a avaliação de suas atividades, os gastos sociais, nacionais e estaduais crescem assustadoramente e o cidadão – consumidor, consciente de seus direitos exige serviços de qualidade.

2.1.1 - Histórico da Qualidade

Qualidade no atendimento médico hospitalar é um conceito amplo e abrangente, que se desenvolveu nos últimos anos à luz do movimento da qualidade, é um ciclo da evolução do pensamento administrativo que como os demais ciclos deixaram sua contribuição. Como foi com a escola de administração científica, do comportamentalismo, da administração sistêmica etc.

Os elementos que compõem o presente movimento da qualidade foram incorporados de maneira definitiva na qualidade do atendimento médico – hospitalar, sendo as ferramentas da qualidade, absorvidas de outra ciência (PDCA, diagrama de Pareto, diagrama de causa e efeito etc., para o planejamento e análise de problemas: a revisão por pares de auditores, a avaliação feitas por clientes internos e externos: o controle de Infecção hospitalar, a gerência de risco e as avaliação externas, a acreditação, certificação, etc).

O Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action), é hoje o principal método da Administração pela Qualidade Total, tendo sido criado na década de 1920 por Shewhart, quando trabalhava na Companhia Telefônica Bell (na qual se desenvolveu a telefonia).

Essa ferramenta fornece o caráter científico à administração moderna, por apresentar uma correspondência perfeita com cada uma das etapas do Método

Científico Tradicional. Devemos ressaltar que o PDCA pode ser aplicado em todos os níveis de uma organização, desde a alta administração até o "chão de fábrica", enquanto que o Método Científico possui uma linguagem hermética que o restringe aos ambientes acadêmicos.

O PDCA, juntamente com o Controle Estatístico da Qualidade (Estatística para Qualidade), também incorporado à administração moderna por Shewhart, foram intensivamente utilizados pelos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial e pelo Japão no pós - guerra, através da atuação de Deming e Juran.

Após 80 anos de aplicação ininterrupta, essas metodologias consolidam-se nas empresas como as principais ferramentas para a competitividade, ou seja, a capacidade de gerar um produto ou serviço de qualidade superior ou custo inferior ao dos concorrentes nacionais e internacionais.

Empresas de referência mundial em administração (benchmarks), consideram que gerenciar (administrar) consiste basicamente em aplicar corretamente o PDCA. Paralelamente, o Controle Estatístico da Qualidade está se consolidando como tecnologia crítica na administração com os programas "6 sigmas" (seis sigma ou six sigma) que são programas sistêmicos que buscam reduzir os erros de processos para aproximadamente 3,2 por milhão. Os programas 6 sigmas foram sacramentados na Empresa Motorola na última década e vêm sendo incorporados por diversas empresas multinacionais e nacionais através dos "black belts", as faixas preta da qualidade.

Descreve-se as etapas do Ciclo PDCA e cita-se a seguir, algumas técnicas de Controle Estatístico da Qualidade apropriadas para algumas etapas.

O Ciclo PDCA consiste na detecção de um problema ou possibilidade de melhoria, na busca de suas causas, seleção das causas principais e montagem de um plano de ação. Nessa etapa, podem ser usadas algumas ferramentas da qualidade como: Brainstorming, Multivotação, Diagrama de Ishikawa, as Sete Ferramentas para o Planejamento da Qualidade, Modelagem Estatística Matemática, Teoria de Amostragem, Simulação, etc.

A etapa de planejamento deve ser concluída com a elaboração de um documento contendo o objetivo principal, as metas (sub-objetivos quantificáveis, com indicadores de desempenho e datas limite - deadlines) e métodos. Cada meta deve contar com seu método, ou seja, a seqüência de ações para se atingir cada meta. O

método deve ser checado pelo sistema 5W2H (o que deve ser feito, quando, como, onde, por que, quem irá fazer, quanto irá custar).

As metas são definidas pela alta administração ou a média gerência e os métodos pela equipe responsável pela implementação do PDCA. O processo de negociação de metas e métodos denomina-se Sistema de Negociação Rangji.

O documento elaborado deve ser assinado pela equipe responsável pela implementação e pela alta administração da empresa.

O sucesso dessa etapa depende do sucesso da etapa anterior, considerando-se que a eliminação de um erro na etapa de planejamento tem um custo menor do que a eliminação do mesmo erro na etapa de execução. A execução consiste em seguir fielmente o plano de ação elaborado na primeira etapa do Ciclo PDCA.

A checagem é essencial para a avaliação do sucesso das etapas anteriores. Devem ser utilizadas as Sete Ferramentas para o Controle Estatístico da Qualidade, assim como outras ferramentas estatísticas, como por exemplo, Análise de Variância, Regressão, técnicas multivariadas (Principal Component Analysis, MANOVA, Cluster Analysis, Discriminante, Correlações Canônicas, etc.). Esta etapa baseia-se no resultado da checagem, pois conclui sobre a necessidade de *ações corretivas* (se a checagem detectou algum problema), *preventivas* (se não ocorreu nenhum problema, porém, poderia ter ocorrido) ou de *padronização* (se tudo ocorreu conforme o planejado e uma nova maneira de executar determinado processo foi descoberta). A finalização da implantação de um PDCA dá origem a outro PDCA, ou seja, a quarta etapa (Action) de um PDCA dará origem à primeira etapa (Plan) do próximo PDCA, sendo esta a base da melhoria contínua da Gestão pela Qualidade Total. Essa conexão entre Action-Plan, chama-se de circularidade do PDCA. Os resultados da implantação dos PDCA's devem ser comunicados para a alta administração num momento denominado Workshop (prestação de contas). Normalmente existem datas fixas, mensais, para a realização de workshop, assim como existe toda uma tecnologia para gerenciar esses eventos. Nas empresas encontramos vários PDCA's rodando simultaneamente, sendo essa a forma com que as equipes de trabalho dos diversos setores de uma empresa dão suporte para a implantação das políticas da alta administração. Esse processo denomina-se Administração por Políticas.

Na Gestão pela Qualidade Total (GQT), a Gestão da Rotina é o gerenciamento das tarefas diárias, em nível operacional, realizado por todos os funcionários de uma organização, tendo como base o Ciclo PDCA. Através do gerenciamento da rotina podem ser obtidos os seguintes itens: confiabilidade, padronização e delegação. Os próprios funcionários, quando possuem certa autonomia, podem introduzir através de planejamentos, pequenas melhorias em suas atividades gerando um processo de melhoria contínua (kaizen) na empresa. Entre as ferramentas da GQT que ajudam na gestão da rotina encontram-se: PDCA, Programa 5S, CCQ, Procedimentos Operacionais, etc. Quando a rotina de uma empresa está bem estabelecida, a alta administração deve buscar melhorias visando maior competitividade, eficácia, aumento de mercado e sobrevivência empresarial. O rompimento com a rotina, através de inovações, é chamado de *Gestão da Melhoria*. Para introduzir mudanças na propriedade, que levem para uma maior qualidade e competitividade, a alta administração deve fazer uso de várias ferramentas da GQT que ajudarão na tomada de decisão e em todas as fases do Ciclo PDCA. Dentre essas ferramentas, destacam-se: Marketing, Benchmarking, Custos da Qualidade, FMEA, QFD, Auditorias, Administração por Políticas, etc.

2.1.2 - Conceito da Qualidade

A seguir estar-se-á trazendo uma lista de nomes de pesquisadores que comprovaram cientificamente as ferramentas para a implantação da qualidade. Os três primeiros pesquisadores abaixo listados, realizaram um trabalho no Japão a convite da União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses. O grupo todo, Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, Ishikawa e Garvin possuem em comum o trabalho e a investigação dos conceitos e ferramentas da qualidade.

DEMING

Willian Edwards Deming, pesquisador americano, perito em técnicas de amostragem aplicadas nos Departamentos da Agricultura e do Recenseamento dos EUA, foi um seguidor das idéias de W. A. Shewhart, foi um dos primeiros a realizar trabalhos abordando Qualidade.

O trabalho de Edwards Deming, desenvolvido no Japão, foi decisivo para que o movimento da qualidade acontecesse. Sua abordagem é baseada no uso de técnicas estatísticas para reduzir custos e aumentar a produtividade e qualidade. Para descrever sua filosofia, Deming (1990) definiu 14 pontos:

- 1) Criar uma constância de propósitos de melhorar produtos e serviços.
- 2) Adotar a nova filosofia, é momento de iniciar um movimento de mudanças.
- 3) Deixar de contar com a inspeção em massa, a qualidade não se origina da inspeção, mas do melhoramento do processo.
- 4) Acabar com o sistema de compras baseado apenas no preço.
- 5) Melhorar constantemente o sistema de produção e serviço.
- 6) Implantar métodos modernos de treinamento no trabalho.
- 7) Implantar métodos modernos de supervisão, instituir a liderança.
- 8) Expulsar o medo da organização.
- 9) Romper as barreiras entre as áreas e *Staff*.
- 10) Eliminar *slogans*, exortações e metas para a mão-de-obra, sem no entanto, oferecer meios para alcançá-las.
- 11) Eliminar os padrões de trabalho e cotas numéricas.
- 12) Eliminar as barreiras que privam o empregado de ter orgulho do seu trabalho.
- 13) Retreinamento contínuo.
- 14) Criar uma estrutura na alta administração que tenha como função implantar os 13 pontos anteriores.

JURAN

Em 1954, o pesquisador chega no Japão, onde conduziu Seminários para alta e média gerência. As principais contribuições de Joseph M. Juran (1988), foram na definição e organização dos custos da qualidade e no enfoque da qualidade como uma atividade administrativa. Juran atribui a responsabilidade pela qualidade final do produto ou serviço à função qualidade, definindo-a como sendo o “conjunto das atividades através das quais atinge-se a adequação ao uso, não importando em que parte da organização essas atividades são executadas”(Juran, *apud* Willemann, 1999:16).

Para assegurar executar a qualidade, com a finalidade de atingir os melhores resultados, Juran propôs:

- Planejamento da Qualidade;
- Controle da Qualidade;
- Aperfeiçoamento da Qualidade.

A melhoria da qualidade, deve ser respaldada na formação de equipes de projeto para a resolução de problemas, um a um, melhorando a qualidade continuamente.

CROSBY

Philip B. Crosby, pensador e filósofo da gestão empresarial moderna, de nacionalidade norte-americana, publicou 13 livros que se tornaram best-seller. Desenvolveu o conceito de Zero Defeito. Seu trabalho baseia-se na teoria de que a qualidade é assegurada se todos se esforçarem em fazer seu trabalho corretamente da primeira vez.

Para Crosby, a qualidade é responsabilidade dos trabalhadores. O autor não considera, no entanto, outros aspectos que afetem a qualidade e que estão fora do controle dos operários, como os problemas com a matéria-prima fornecida, erros de projetos e outros. De acordo com Oliveira (1994:42), Crosby: “teve o mérito de desviar a atenção, no controle da qualidade, das máquinas para os seres humanos, (...) ele começou a ampliar a responsabilidade dos operadores em relação à qualidade do produto eliminando grande parte das funções de inspeção dos departamentos de controle de qualidade e passando-as aos próprios operários”.

Em 1985, Crosby definiu, 14 pontos que constituem as etapas de implementação de sua abordagem, como se observa:

- 1) Dedicção da alta gerência e comprometimento através da elaboração de um documento com a política e os objetivos da empresa.
- 2) Constituição de equipes para melhorias coordenadas pelos gerentes;
- 3) Medição dos resultados.
- 4) Avaliação dos custos da qualidade.
- 5) Comunicação dos resultados aos supervisores e operários.
- 6) Reunião para identificação dos problemas.

- 7) Estabelecimento de um comitê informal para a divulgação do programa.
- 8) Treinamento da gerência e supervisão.
- 9) Instauração do dia Zero Defeitos, onde os resultados anuais são divulgados e efetua-se o reconhecimento de todos os participantes do programa.
- 10) Estabelecimento dos objetivos a serem seguidos.
- 11) Consulta aos operários sobre a origem dos problemas.
- 12) Recompensar aqueles que atingiram os seus objetivos.
- 13) Formar os conselhos de qualidade.
- 14) Etapa final: faça tudo de novo.

Sua filosofia abrange o comportamento humano, e é necessário pensar que em longo prazo a motivação das pessoas pode diminuir, comprometendo o programa de qualidade.

FEIGENBAUM

Chefe da Qualidade - da General Electric, escritor americano bem sucedido – *Quality Control: Principles, Practices, and Administration* (1954), especialista do gerenciamento, nos Estados Unidos.

Armand V. Feigenbaum, foi o criador da sigla TCQ (*Total Control Quality*), que foi estabelecida em 1961, sendo mundialmente adotada.

Sugere que os órgãos de controle de qualidade das empresas devem assumir, além de sua função tradicional, outras responsabilidades, como o desenvolvimento técnico, a garantia a clientes e o desenvolvimento de fornecedores.

Feigenbaum (1961), sugere ainda uma estrutura sistêmica com a finalidade de atender, plenamente, às necessidades do cliente.

ISHIKAWA

Kaoru Ishikawa, ficou conhecido no Japão por ser o criador dos chamados Círculos de Qualidade. Licenciado em Química aplicada, foi uma das figuras mais representativas do movimento de qualidade.

Segundo Oliveira (1994: 65), faz uma análise dos trabalhos de Ishikawa, e afirma que:

“Um típico CCQ – Círculo de Controle de Qualidade é formado por um grupo de empregados, geralmente do mesmo nível funcional ou pertencente a uma mesma área de trabalho, grupo esse que identifica e propõe soluções para problemas ou assuntos relacionados à sua atividade.”

Ishikawa defende que a participação dos empregados no grupo é totalmente voluntária, por iniciativa deles próprios, e uma vez que manifestassem o desejo de pertencerem ao grupo, deveriam ser prestigiados e apoiados pelos gerentes ou supervisores imediatos.

GARVIN

David A. Garvin, Prof. da Harvard Business School, é ocupante da Cadeira Robert e Jane Cizik de Administração de Empresas na Harvard Business School. É economista, formado pela Universidade de Harvard e Ph.D. na mesma área pelo Massachusetts Institute of Technology – MIT. É autor e co-autor de nove livros, incluindo o livro que é um marco na ciência da Qualidade, e um sucesso editorial, GERENCIANDO A QUALIDADE, da Qualitymark Editora, com mais de 20.000 exemplares vendidos. Garvin recebeu por três vezes o Prêmio McKinsey, dado ao melhor articulista da revista Harvard Business Review e vencedor do Prêmio Beckhard, concedido ao autor do melhor artigo sobre mudança organizacional planejada para a revista Sloan Management Review.

Segundo Paladini (1995:24-27),

“Garvin listou cinco abordagens gerais para definir qualidade, que podem ser identificadas como abordagem transcendental, abordagem centrada no produto, no usuário, na fabricação e no valor do produto”.

Maiores detalhes no que dizem respeito às abordagens, estão descritos a seguir:

- Abordagem Transcendental: trata-se da primeira razão pela qual o consumidor escolhe o produto. A qualidade, segundo esta abordagem, pode ser observada, mas não pode ser descrita. Leva muitos anos para se solidificar, como por exemplo: uma marca, a imagem da organização. “São os conceitos que tratam de qualidade como um estado efêmero ou excelência inata, universalmente reconhecida. Neste caso não pode ser medida precisamente e o seu reconhecimento ocorre pela experiência” (Cardoso, 1995:100).

- Abordagem Centrada no Produto: o diferencial desta abordagem é que a qualidade é entendida como uma variável possível de ser medida. Normalmente

incorrem maiores custos, porque se tenta melhorar a qualidade, agregando novas características ao produto, ou melhorando as existentes.

- Abordagem Centrada no Valor: é mais complexa porque esta abordagem praticamente agrega valor ao próprio conceito de valor. Exemplos podem ser mencionados como: valor afetivo, valor religioso, valor cultural, entre outros.

- Abordagem Centrada na Fabricação: baseia-se no projeto e tem como finalidade não fugir ao padrão nele definido, seguindo suas especificações. “A idéia de excelência, aqui, pode ser entendida como o empenho para produzir, logo no primeiro esforço, um produto que atenda plenamente às suas especificações” (Paladini, 1995:26).

- Abordagem Centrada no Usuário: esta abordagem tem como foco o desejo do consumidor, para daí desenvolver um produto que atenda às suas necessidades e expectativas. Nesta abordagem o produto é adequado a quem se destina.

2.1.3 - Evolução da Qualidade

Convém lembrar que a administração de serviços requer um alto grau de percepção e adaptação às mudanças. Atualmente, além de encantar, é preciso customizar a expectativa do cliente.

Neste sentido, faz praticamente uma década que Trigo (1993:6), defende que:

“(...) a massificação atinge uma faixa cada vez mais delimitada e restrita, porque a partir do momento em que as pessoas começam a se preocupar com qualidade e a exigir atendimento personalizado, acontece um afastamento de tudo o que representa um produto ou serviço indiferenciado, pré-montado, um pacote”.

Freitas (1999:5), concorda ao dizer que:

“atualmente as tendências mais marcantes têm sido os esforços em prestar serviços cada vez mais individualizados que, fugindo a um padrão único, busquem satisfazer as necessidades particulares dos clientes. Trata-se da chamada customização, que só se torna possível com a maciça participação dos clientes”.

No Brasil, em especial, o setor de serviços tem ficado à margem das mudanças ocorridas no cenário mundial. O setor industrial vem evoluindo significativamente nesta direção, investindo muito, no sentido de alcançar as certificações segundo estabelecem as normas internacionais, como as da ISO 9000,

recebendo prêmios inerentes à qualidade e demonstrando a competitividade do setor, o que vem ocorrendo de maneira mais tímida no setor terciário, que corresponde aos serviços, destacando-se apenas esforços pontuais, ou seja, de algumas empresas.

De acordo com Bérghamo Filho (1999:1), isso ocorre porque as normas contratuais NBR ISO 9000 foram elaboradas para as indústrias e, em decorrência, utilizam uma linguagem condizente com o setor industrial como, por exemplo, o termo “controle de produto não-conforme”, segundo o autor, este elemento “leva em conta o que pode acontecer com os bens ao longo do processo produtivo de uma fábrica; isto é, bens defeituosos, entre outras coisas, podem ser separados ou isolados de outros bens sabidamente bons”. No entanto, com a expansão do conceito e sua aplicabilidade, o setor de serviços não apenas começou a demonstrar interesse, mas a aplicar as Normas ISO 9000. Esta atitude fez com que a própria ISO publicasse em 1991, a NBR ISO 9004-2, Diretrizes para Serviços. Revisando-a três anos mais tarde, em 1994, após avaliar os resultados da aplicação mundial das referidas normas. Uma das alterações foi em relação a definição de produto. A revisão de 1994, dá a seguinte definição: “produto é o resultado de atividades ou processos” ou “a palavra produto pode incluir serviços, materiais e equipamentos, materiais processados e informação ou uma combinação destes” , e ainda: “um produto pode ser tangível (como, por exemplo, montagens ou materiais processados), ou intangível (como, por exemplo, conhecimento ou concerto), ou uma combinação dos dois”. Segundo a Norma, “o produto pode abranger bens e/ou serviços” (Bérghamo Filho, 1999:2).

Desta forma, as Normas ISO 9000 representam um parâmetro de qualidade esperada, que supostamente será atendida, levando-se em consideração as expectativas do cliente quanto ao significado da Qualidade no Processo de Prestação de Serviços.

Segundo Castelli (1994:29), “as empresas prestadoras de serviço devem apostar fundamentalmente na qualidade do elemento humano, já que a excelência do serviço, condição da competitividade e sobrevivência da empresa, depende de como esse elemento humano está interagindo com os clientes”.

Após esta afirmação, o autor prossegue enfatizando que a qualidade no setor de serviços é obtida por meio da educação e do treinamento, e diz que existe

uma estreita correlação entre o nível de educação e treinamento dado aos colaboradores e a competitividade e sobrevivência da empresa.

De forma holística, as empresas vêm na qualidade e reconhecem que o ser humano deve ser visto como um todo, “a equalização dos processos produtivos, decorrente da maior disponibilidade global do conhecimento, que leva empresas concorrentes a atingirem padrões técnicos semelhantes, amplia esse conceito interno de qualidade, introduzindo o que se pode chamar de conceito externo de qualidade e que diz respeito à interação entre o cliente e a empresa na satisfação das necessidades daquele (...)”. Teixeira (1999:83)

Educar pessoas deverá ser um processo permanente no desenvolvimento do colaborador, a educação, o treinamento e o processo de comunicação assumem nas organizações prestadoras de serviços, faz-se necessário abordá-los no contexto do trabalho, uma vez que o treinamento deve ser encarado como um precioso investimento, e tem como objetivo , qualificar e educar o capital humano das organizações, porque a competitividade exige preparação, discernimento, ética, postura, conhecimentos profundos dos negócios da empresa, conhecimento sobre produtos e serviços e, acima de tudo, sobre a área de atuação e interação com o público interno e externo.

Drucker (2000), observa que:

“o trabalho que requer conhecimento não tem gênero. Esta é uma das grandes mudanças: no campo do conhecimento, homens e mulheres desenvolvem o mesmo trabalho. Esse fato também não tem precedentes e representa uma grande evolução na condição humana”.

Conway (1996:307), refere-se ao conhecimento como imprescindível a qualquer organização que pretenda competir, e acrescenta que:

“a missão básica de qualquer organização viável deve ser agradar aos clientes. Agradar aos clientes exige comunicação para que se possam entender seus desejos e necessidades”.

Green (1995:132), contribui ao afirmar que:

“numa empresa de serviços, conhecimento e informação são as matérias-primas, e o ativo são os clientes e funcionários leais”.

Neste sentido, Wallace (1994:78-79) menciona que o treinamento deve ter objetivos respaldados e em consonância com o plano estratégico da empresa. O autor avalia que:

“(...) os programas de educação e treinamento vigentes nas empresas costumam ter objetivos vagos e desfocados. Como tais, o retorno financeiro pode ser difícil de vislumbrar. E devido a isso, esses programas são as primeiras vítimas dos cortes em épocas de vacas magras”.

O autor vai além, afirmando que:

“o processo de educação e treinamento da empresa deve ter como meta: criar uma força de trabalho altamente competente e com poderes delegados, aumentar as habilidades de resolução de problemas e equipar as pessoas com a capacidade de comunicação necessária para os contatos estreitos com os clientes e a interação com o grupo”.

Carvalho & Nascimento (1997:154), complementam a idéia ao afirmarem que:

“A educação denomina-se ‘instrução’ quando o indivíduo recebe formação escolar em seus vários graus de ensino. Mas a instrução continua a ser parte atuante da educação sob perspectiva formal. E o treinamento dando continuidade à educação, prepara o empregado para melhor exercer suas funções”.

A comunicação vai além de informar aos empregados sobre o conteúdo e o objetivo de uma política de atendimento ao cliente; ela também propicia abertura, promove o envolvimento, motiva, capacita, reforça a identidade com a equipe e mantém o foco. É importante ressaltar aos colaboradores que:

- A comunicação com os clientes e fornecedores é tão importante quanto a comunicação interna.
- O treinamento para o atendimento ao cliente deve ser para todos os empregados, constante e dentro do contexto da missão, da política e dos objetivos comerciais da empresa.
- A motivação da pessoa como um todo – adotando uma abordagem holística para o desenvolvimento individual – é mais eficiente do que a motivação da pessoa apenas para o trabalho.
- Capacitar significa promover a utilização responsável da iniciativa e do julgamento pessoal nas decisões sobre o que é um nível apropriado e sensato de atendimento ao cliente.

2.2 - Conceito de Processo

Conceito de processo segundo alguns autores:

Para Martins e Laugeni(2001, p.321),

“Em uma empresa industrial, entendemos como um processo o percurso realizado por um material desde que entra na empresa até que dela sai com um grau determinado de transformação”.

Segundo Cruz(1997, p.84),

“Processo é a forma pela qual um conjunto de atividades cria, trabalha ou transforma insumos com a finalidade de produzir bens ou serviços, que tenham qualidade assegurada, para serem adquiridos pelos clientes”.

Na visão de Cury (2000, p.303), processo é:

“Uma série de tarefas ou etapas que recebem insumos (materiais, informações, pessoas, máquinas, métodos) e geram produtos (produto físico, informação, serviço), com valor agregado, usados para fins específicos por seu receptor”.

Cury afirma que processos apresentam entradas (insumos: recursos humanos, materiais; tecnológicos e energéticos etc.) e saídas (produtos: bens ou serviços), destinados a um determinado cliente interno ou externo.

Segundo Harrington,

“Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo. Os processos fazem uso dos recursos da organização para gerar resultados concretos”.

Na visão de Harrington (1993, p.10), o processo apresenta o conhecimento de seus limites, que pode ser através de um diagrama e incorporam outras informações como entradas (fornecedores), saídas (clientes) e integração dos processos. Afirma que, de modo geral cada processo tem varias entradas e saídas e estas podem ser tanto primárias quanto secundárias. Elas devem ser revidadas e identificadas para que não ocorram incoerências ou omissões.

A identificação do cliente ajuda a estabelecer controles internos além de fornecer às pessoas envolvidas no processo o conhecimento sobre os mesmos, é fundamental a integração dos processos para que a equipe de aperfeiçoamento de

processos possa orientar e coordenar os esforços com outras equipes de EAP (Equipes de Aperfeiçoamento de Processos).

Davenport (1994), concorda parcialmente com Harrington na questão envolvimento cliente X processo; para ele um aspecto chave da criação de uma visão de processo é compreender a percepção do cliente em relação ao processo. O cliente de um processo pode ser interno ou externo à empresa; na prática, muitas empresas preocupam-se mais com as percepções dos clientes externos, portanto dão alta prioridade aos processos de contato com esses clientes.

Buscar a necessidade dos clientes também demonstra um desejo de uma estreita relação, embora essa necessidade deva ser realmente transformada em fator nos projetos de processos, para realizar plenamente esse objetivo. É claro que a maioria dos processos tem múltiplas entradas (clientes).

2.2.1 - Importância da Análise de Processos

Através da análise de processos é possível descobrir se a maneira como estão sendo executados é a mais conveniente ou se existem atividades que podem ser eliminadas. Para isso é necessário certo grau de conhecimento do processo analisado.

Cruz aponta alguns pontos básicos e com os quais é necessário ter o máximo de cuidado.

- Qual o motivo da existência de cada atividade que compõe o processo?
- Há alguma atividade sem motivo aparente para existir?
- É possível eliminar alguma atividade?
- Existe alguma possibilidade de juntar várias atividades em uma única?
- É preciso criar alguma atividade nova?

Harrington(1993), destaca que o aperfeiçoamento dos processos empresariais é básico para ser competitivo e aponta os pontos que podem ser auxiliados.

- Levar a organização a se concentrar no cliente.
- Dar condições para a organização prever e controlar as mudanças.

- Aumentar a capacidade de a organização competir, pelo aperfeiçoamento do uso dos recursos disponíveis.
- Dar os meios para efetuar profundas mudanças em atividades muito complexas, de forma rápida.
- Auxiliar as organizações a administrar as interações de modo eficaz.
- Dar uma visão sistemática das atividades da organização.
- Manter a atenção no processo.
- Prevenir a ocorrência de erros.
- Auxiliar a organização a entender como entradas (inputs) se transformam em saídas (output).
- Prover a organização com os controles para quantificar os custos da falta de qualidade (desperdício).
- Dar uma visão de como os erros ocorrem e um método de corrigi-los.
- Desenvolver um sistema completo de controles para a área empresarial.
- Dar uma compreensão de quão boa a organização pode se tornar e definindo como chegar lá.
- Dar um método para preparar a organização para enfrentar seus futuros desafios.

2.2.2 - Gerenciamento de Processos

“O gerenciamento de processos consiste em uma metodologia que serve de guia para a organização, a fim de produzir importantes avanços na maneira de operar seus processos empresariais, a tornar suas operações mais simples e corretas, objetivando atender as necessidades e expectativas de seus clientes internos e externos, para que os mesmos passem a receber produtos ou serviços de qualidade excepcional”. Harrington (1993).

Matriz GUT

Ao listar vários problemas em uma determinada organização, é necessário definir prioridades para orientar e melhorar a tomada de decisão, evitando assim que a mistura dos problemas gere confusão.

O nome GUT se origina das iniciais das palavras que formam os três fatores de ponderação, utilizados para a priorização de situação neste método: Gravidade, Urgência e Tendência.

5W1H

Este método é uma forma de delinear os itens de controle das causas dos problemas, montar a tabela de verificação (composta de seis questões a serem respondidas), que serão transformadas em um plano de ação.

Damazio (1993), apresenta a seguinte seqüência de perguntas:

Quadro 1 - 5W1H

	WHAT	O QUÊ?	Que ação será executada?
	WHO	QUEM?	Quem irá executar a ação?
5W	WHERE	ONDE?	Onde será executada a ação?
	WHEN	QUANDO?	Quando a ação será executada?
	WHY	POR QUÊ?	Por que a ação será executada?
1H	HOW	COMO?	Como será executada a ação?

2.2.3 - Fluxograma

Segundo Cury (2000) o Fluxograma é um gráfico universal, que representa o fluxo ou a seqüência normal de qualquer trabalho, produto ou documento. Tem por finalidade colocar em evidência a origem, processamento e destino da informação.

2.3 - Histórico da Acreditação

No século XVIII-XVII a.C., Hamurabi* ,em seu código, estabelecia noção de responsabilidade médica e qualidade em saúde, este conceito permaneceu por muito tempo sob responsabilidade médica. Hipócrates*, médico grego (ilha de Cós, c.460 a.C. – Larissa Tessália, entre 375 e 351), foi o maior médico da antigüidade, separou a medicina da religião, da filosofia e da magia, a que se achava misturado e inaugurou a observação científica do fato clínico, criando o diagnóstico. Seu código de ética criado no século IV a.C., “premium non nocere” (primeiro não lesar), é seguido até hoje e constitui-se no juramento dos médicos.

A crescente complexidade técnica, científica e profissional envolvem muitos fatores e não apenas o ato do médico na assistência médica.

O conceito milenar de responsabilidade apenas do médico desloca-se para o sistema multifatorial “saúde”, além da eficiência e eficácia, passando-se a avaliar resultados e não apenas o atendimento em si.

Os primeiros modelos direcionados na gestão da assistência médica foram de estabelecer uma relação com a acreditação de hospitais. Estes modelos tiveram seu início durante a Guerra de Criméia em 1855 quando a enfermeira Florence Nightingale (1820 – 1910), estabeleceu métodos de coleta de dados que objetivavam a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra. Sua análise revolucionou a abordagem dos fenômenos sociais demonstrando que poderiam ser objetivamente medidos, avaliados e submetidos a análise matemáticas.

A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países. Na atualidade este processo avaliativo vem adquirindo maior visibilidade social em todo o mundo, na medida em que o público deseja obter informações mais específicas sobre a qualidade dos serviços oferecidos.

Nos Estados Unidos o processo de acreditação originou-se de iniciativas da corporação médica. Em 1910, Ernest Codman desenvolveu um sistema de padronização hospitalar baseado na avaliação do resultado final, por meio do qual se verificava a efetividade do tratamento médico. Este sistema foi a base da fundação, em 1913, do Colégio Americano de Cirurgiões.

Cinco anos depois é publicado o primeiro padrão e inicia o Programa do Colégio de Cirurgiões de Padronização de Hospitais. Em 1919, esta instituição adota cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que passam a ser conhecidos genericamente como “Padrão Mínimo”.

O “Padrão Mínimo” exigia os seguintes itens:

- os médicos que trabalham em hospitais devem estar organizados como grupo (corpo médico);
- os médicos e cirurgiões devem dispor de certificados e licenças reconhecidas, caráter e ética profissional;
- o corpo médico deve reunir-se pelo menos uma vez por mês e revisar todos os registros médicos para analisar os serviços médicos;

- os médicos devem fazer registros exatos dos casos de todos os pacientes;
- disponibilidade de instalações de diagnóstico e terapêutica, incluindo patologia, radiologia e serviços de laboratório.

O “Padrão Mínimo” foi o precursor do processo de Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos. Em 1950, ao Colégio Americano de Cirurgiões juntaram-se o Colégio Americano de Clínicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica Canadense. Todas essas entidades passaram a compor a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Em 1959, a Associação Médica Canadense passou a desenvolver seu próprio programa via Conselho Canadense de Acreditação Hospitalar.

Em dezembro de 1952, o Colégio Americano de Cirurgiões delegou oficialmente o programa de acreditação para a *Joint Commission*. Em janeiro de 1953 já começaram a serem oferecidos os serviços de acreditação. A *Joint Commission* manteve os princípios gerais do processo delineado anteriormente. O trinômio “avaliação, educação e consultoria” passou a ser enfatizado. O caráter voluntário de submissão ao processo também foi mantido, mesmo ao longo da expansão vivida pelo programa, o qual passou a ser chamado de *Hospital Accreditation Program* (Programa de Acreditação Hospitalar).

Em 1970, a *Joint Commission* optou por definir padrões ótimos de assistência, que foram publicados no “1970 *Accreditation Manual for Hospitals*”. Os critérios mínimos indispensáveis para o funcionamento dos serviços transformaram-se em elementos reveladores de provável elevado padrão de prestação de assistência médica. Esta mudança no perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões indica a transição do foco de atenção da *Joint Commission*, originalmente na estrutura, para a consideração dos processos e resultados da assistência.

Embora os hospitais não fossem obrigados a se tornarem acreditados pela *Joint Commission*, havia um grande incentivo para que isto ocorresse, chegando a uma participação de 80%. Vários são os programas de acreditação nos Estados Unidos, porém o da *Joint Commission* constitui-se no mais procurado e prestigiado na área hospitalar.

Em 1987, o nome da organização mudou de *Joint Commission on*

Accreditation of Hospitals (JCAH) para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), refletindo a expansão do objetivo das atividades de acreditação.

No mesmo ano, a JCAHO desenvolveu o programa “*The Agenda for Change*”, com a finalidade de criar um processo de acreditação mais moderno e sofisticado, enfatizando no desempenho organizacional. Dessa maneira, aspectos clínicos passam a ser valorizados, sobretudo os resultados da assistência. No início dos anos 90, o produto da mensuração de resultados passou a ser expresso em quatro níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendações, acreditação com recomendações e acreditação condicional.

A JCAHO atua somente nos Estados Unidos, e não autoriza o uso de sua metodologia fora desse contexto. A acreditação internacional fora do território norte-americano é de responsabilidade da *Joint Commission Internacional* (JCI), empresa ligada a JCAHO que possui critérios, instrumentos e processos que seguem parcialmente o modelo JCAHO, mas que não tem o seu reconhecimento.

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde iniciou um trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a qualidade da assistência. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se, assim, contribuir para uma progressiva mudança planejada de hábitos, de maneira a provocar nos profissionais de todos os níveis e serviços, um novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da Instituição, com o estabelecimento de metas claras e mobilização constante para o aprimoramento dos objetivos para garantir a qualidade da atenção médica.

Em 1990, foi firmado convênio entre a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais para a produção de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina” com a intenção de que servisse como impulso para a promoção, definição e adequação destes padrões. Em 1991, esta parceria produziu um modelo de acreditação hospitalar supostamente apropriado para a região, já que se apresentava flexível e adaptável às diferentes realidades.

Os padrões preconizados referiam-se aos variados serviços existentes em um hospital geral para o tratamento de casos agudos, como a continuidade da assistência, a transferência, entre outros. Pretendia-se um guia ilustrativo para ser

utilizado por comissões nacionais multi-institucionais quando do desenvolvimento de seus próprios modelos.

No Brasil, a Divisão de Organização Hospitalar (DOH) foi criada em 1941 dentro do Departamento Nacional de Saúde vinculado ao Ministério de Educação e Saúde. Essa instituição tinha por objetivos coordenar, cooperar ou orientar, em todo o Brasil, os estudos e a solução dos problemas relacionados à assistência a doentes, deficientes físicos e desamparados. Dentre suas competências destacavam-se o incentivo ao desenvolvimento e à melhoria de instituições e serviços de assistência; o estabelecimento de normas e padrões para instalação, organização e funcionamento dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos, casas de saúde e outras unidades de assistência; a organização e manutenção do cadastro dos estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência; a realização das inspeções, para que fosse possível esclarecer os processos de subvenção federal a instituições de assistência e a fim de se verificar anualmente a aplicação dos auxílios da União.

A estratégia para a formação de uma rede nacional de hospitais envolveu diferentes etapas. Dentre estas etapas estavam a elaboração de legislação básica, iniciada em 1941 e parcialmente completada em 1945; o censo geral e cadastros hospitalares realizados em 1941 e 1942; a classificação das instituições médico-sociais e definições da finalidade e tecnologia indispensáveis. Da fase preparatória constava ainda a introdução na prática da moderna organização hospitalar, o que ocorria por meio de curso desenhado segundo as necessidades do momento e de grande prestígio na época, responsável pela formação de importante contingente de administradores hospitalares. Finalmente, foram elaboradas normas e padrões abrangendo o complexo hospitalar, com base em estudo minucioso da distribuição de leitos existentes e leitos a serem construídos, bem como a localização das futuras construções. Desta última etapa resultou o modelo hospitalar a ser seguido. A intenção dessa fase era estabelecer padrões viáveis, cujo aprimoramento seria feito ao longo dos anos. A execução do plano era prevista para um decênio.

Para uma “boa organização moderna, hospitalar e para-hospitalar” entendia-se que era necessário um rigoroso controle de todas as atividades na instituição, desde a inscrição e qualificação de doentes na admissão, os registros clínicos diários e as estatísticas, até a escrituração minuciosa de tudo o que se

relacionasse à vida econômica e financeira. Considerava-se este preceito indispensável para todas instituições médico-sociais.

A primeira classificação de hospitais por padrões no Brasil havia sido prevista na Lei 1.982 de 1952. A classificação dos hospitais para efeito da lei era feita em quatro tipos – A, B, C e D –, determinando os requisitos necessários para cada um deles. Os hospitais da classe A deveriam atender aos seguintes requisitos: edifícios e instalações adequadas à prática hospitalar moderna; existência de regulamentos e estatutos definindo claramente os serviços a serem prestados e a responsabilidade dos órgãos de direção; habilitação da administração; corpo médico constituído de clínicos gerais e especialistas; regulamento do corpo médico; existência de médicos residentes; serviços auxiliares para o diagnóstico e terapêutica adequados; arquivo médico; reuniões dos chefes dos serviços. As classes B a D envolviam padrões de complexidade decrescente.

Desde 1970 o setor de saúde no Brasil vem trabalhando com avaliação hospitalar sem que houvesse impacto sobre a qualidade dos serviços prestados. Neste período foram publicadas normas e portarias regulamentando os meios necessários para a implantação de um sistema capaz de avaliar a qualidade da assistência à saúde.

Apesar das várias propostas de avaliar os serviços de saúde, sobretudo hospitais, o sistema de avaliação acabou restringindo-se ao credenciamento de hospitais para venda de serviços ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

2.3.1 - O Sistema Brasileiro de Acreditação e Anvisa

O sistema brasileiro de Acreditação nasceu de uma iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que patrocinou a elaboração do primeiro manual de padrões de qualidade para os hospitais brasileiros na primeira metade dos anos 90 do século XX.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o “Programa de Qualidade” com o objetivo de promover a cultura da qualidade. Esse projeto estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde liderada pelo coordenador deste programa, com a participação de representantes da profissão médica, provedores de serviços, consumidores e órgãos técnicos relacionados ao controle de qualidade. A comissão desempenhou importante papel no estabelecimento das diretrizes do

programa e na sua disseminação. Dada a importância do tema tratado – qualidade, e a ênfase a ele destinada nas outras esferas do governo, as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas.

Em julho de 1997, o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, anunciou a contratação de Humberto de Moraes Novaes para desenvolver a acreditação no âmbito do Ministério, na tentativa de unificar os vários esforços nacionais. Na segunda metade da década o programa de acreditação passou a ser assumido oficialmente pelo Ministério da Saúde, com a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Neste ano foi criada a Anvisa .

O Programa Brasileiro de Acreditação propriamente dito foi oficialmente lançado no mês de novembro de 1998, bem como o instrumento nacional desenvolvido na iniciativa conduzida por Humberto de Moraes Novaes.

Em agosto de 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituída juridicamente e seu superintendente indicado pelo conselho. A ONA é responsável pelo estabelecimento normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, a qualificação e capacitação de avaliadores e o código de ética. Estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras.

Em 2000, as instituições passaram a serem credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional, recebendo o reconhecimento oficial do Ministério da Saúde e da Anvisa, culminando em um convênio entre ANVISA e ONA, no final de 2001.

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação.

Com a existência de instituições acreditadoras, credenciadas junto à ONA, inicia-se oficialmente no país o processo de acreditação. Estas entidades se encontram habilitadas para preparar avaliadores internos, avaliadores externos e, por consequência, realizarem os processos de acreditação com emissão de Certificados para os bem sucedidos.

ONA - Organização Nacional de Acreditação é uma organização de interesse coletivo, com sede em Brasília, Distrito Federal, com atuação em todo o território nacional e constituída por entidades que tem afinidades com os princípios,

ideais e finalidades do Processo de Acreditação. Sua missão é a promoção do desenvolvimento de um processo de acreditação visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no País. Tem como preocupação assegurar aos cidadãos brasileiros qualidade na assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras Serviços de Saúde (OPSS) do País, mantendo atualizadas nas áreas de abrangências, buscando harmonia na interação entre áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas, assistencial e também nas áreas docentes e de pesquisa.

No Brasil, somente depois da Unificação dos Institutos de Aposentadoria alguns documentos estabeleceram certos padrões para hospitais, seja para seu credenciamento, seja para acompanhamento de seus serviços.

Em 1961 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comercitários – IAPC, através de um documento identificado como IAPEC, instituiu itens relacionados com organização equipamento e planta física.

O Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários - IAPI, instituiu em 1962 seu “Padrões Mínimos exigíveis dos Hospitais para a Prestação de Assistência cirúrgica aos Beneficiários do IAP” com a descrição de 25 itens determinados por dois tipos de hospitais. Em 1966, com a unificação dos Institutos (IAPI, IAPC e IAPB - está relacionado com os bancários), foi criado o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social que levou não só a um aumento de pressão para ampliação destes mesmos serviços.

Uma primeira classificação de hospitais por padrões no Brasil foi previsto na Lei 1982 de 1952, que também criou o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar em quatro classes, com requisitos específicos para cada um.

O aumento da oferta de serviços e da pressão para ampliação dos mesmos (a partir da criação do INPS) praticamente determinou uma nova classificação de hospitais o que efetivamente aconteceu em 1968 com a “Tabela de Classificação de Hospitais” que veio anexa a uma Resolução do Departamento Nacional de Previdência Social.

Em 1974 foi criado o “Relatório de Classificação Hospitalar” identificado pela sigla RECLAR.

Em abril de 1992, a OPAS promoveu em Brasília o primeiro Seminário Nacional de Médicos, enfermeiros prestadores e compradores de serviço, órgãos reguladores e representantes do governo. Durante este seminário foi apresentado o

manual para Acreditação de Hospitais da América Latina e Caribe editado pelo OPAS e que, acabou sendo conhecido como manual de Acreditação da OPAS ou Manual OPAS simplesmente.

Em setembro de 1994, foi criado no Rio de Janeiro o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde - PACQS, com a participação de diversas instituições ligadas a Saúde no país, com o propósito de implementar uma política de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimento de saúde.

Em São Paulo na Associação Paulista de Medicina - APM, no início dos anos 90 foi criado um grupo que ficou responsável pelo desenvolvimento de estudos visando a classificação de hospitais segundo critérios de qualidade em algo semelhante a classificação por estrelas dos hotéis. Por sugestão da Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde, entidade vinculada a APM, o uso de indicadores hospitalares foi acrescentado à metodologia como forma de avaliar a qualidade da assistência. Posteriormente a APM e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo deram origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico - Hospitalar, identificado pela sigla CQH, qualificação e capacitação de avaliadores e código de ética.

Em junho de 1995, o OPAS em trabalho conjunto com o Ministério da Saúde realizou o "Seminário Sub-Regional sobre Acreditação de Hospitais", na Academia Nacional de Medicina na cidade do Rio de Janeiro, com a participação de vários representantes de países Latino - Americanos sendo discutido o desenvolvimento da metodologias em avaliação relacionadas com o processo de acreditação.

O termo Acreditar, significa "conceder reputação a, tornar digno de confiança", dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer créditos. Um serviço de saúde ao tornar acreditado, adquire o status que uma instituição que inspira ou merece confiança da sua comunidade. Acreditação significa outorgar a uma organização um certificado de avaliação que expressa a conformidade com um padrões previamente estabelecidos. Ao se imaginar a implantação de um projeto desta natureza com alcance nacional, pode-se visualizar um futuro próximo, toda rede de serviços de saúde digna de confiança, em que paciente terá a certeza da qualidade do atendimento, independente do estado ou município onde se encontre.

Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescentes e com princípios orientadores e específicos. Sendo o princípio orientador do Nível 1 do MBAH composto por uma coletânea de padrões e itens de orientação cujo principal

intuito é proporcionar segurança ao paciente equipe de saúde e à comunidade pressupondo que o estabelecimento possui licença de funcionamento válida. Os requisitos do nível 2 estão voltados para o controle de processos. Os padrões de nível 3 enfatizam gestão e qualidade. Os padrões do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) contemplam toda a legislação sanitária.

O nível 1-Segurança (Vigilância Sanitária)

O nível 2-Controle de processos (ISO)

O nível 3-Gestão e Qualidade (PNQ)

O convênio ANVISA-ONA,assenta-se em dois eixos: Cooperação técnica e capacitação de pessoas.

Cooperação técnica: manuais de acreditação – Novos Manuais de orientação: sangue, laboratórios, diálise, radiações, revisão do manual na área hospitalar.

Capacitação de pessoas: 1750 técnicos de vigilância sanitária e de serviços de saúde.

Conteúdo: acreditação, licenciamento sanitário e avaliação de serviços de saúde.

Ensino a distância (comunidades virtuais).

2.3.2 -Níveis de Exigências

Nível 1

Este nível contempla o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde avaliada, dispondo de recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional, onde seu princípio é a **SEGURANÇA** (estrutura)

Quando a Organização Prestadora de Serviços de Saúde cumprirem integralmente o nível 1 ela será distinguida com a condição de **Acreditada**.

Nível 2

Este nível contempla evidências de adoção do planejamento na organização da assistência à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna, onde seu princípio é a ORGANIZAÇÃO (processos).

Quando a Organização Prestadora de Serviços de saúde cumprir integralmente o nível 2, ela será distinguida com a condição de **Acreditada Plena**.

Nível 3

Este nível contém evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico -profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, assim como evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência, onde seu princípio é a Prática de Excelência (resultados).

Quando a organização Prestadora de Serviços de saúde cumprir integralmente aos níveis 1, 2 e 3, ela será distinguida com a condição de **Acreditada com Excelência**.

2.3.3 - Certificação

O Serviço de Saúde pode ser ACREDITADO, ACREDITADO PLENO ou ACREDITADO COM EXCELENCIA, respectivamente, nos níveis 1, 2 e 3, devendo atender padrões propostos.

O certificado é uma concessão do IPASS e da ONA ao Serviço de Saúde Acreditado, sendo válido por 2 anos.

A Avaliação é realizada por uma equipe composta por profissionais credenciados pela ONA e formalmente nomeados pelo IAPSS, com experiência de 7 anos de Acreditação e Qualidade em Saúde.

2.3.4 - ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A Anvisa, tem como missão: "Proteger e Promover a Saúde da população garantindo segurança sanitária de produtos e serviços participando da construção de seu acesso".

Seus Valores são o "Conhecimento como fonte da ação", a "Transparência", a "Cooperação e a Responsabilização". Sua Visão: "Ser agente da transformação do sistema descentralizado de vigilância sanitária em uma rede, ocupando um espaço diferenciado e legitimado pela população, como reguladora de bem-estar social".

A finalidade Institucional da Agencia é promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a elas relacionadas. Além disso, a Agencia exerce o controle de portos, aeroportos e fronteira e a interlocução junto ao Ministério da Relações Exteriores e Instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

2.3.5 - As diferenças entre o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Vigilância Sanitária.

As diferenças começam pelo caráter governamental da vigilância. A vigilância é realizada nos três níveis de governo, sendo que obedece às diretrizes do SUS em termos de descentralização e municipalização. No nível federal, é a ANVISA a responsável pelas ações de vigilância sanitária e pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que funciona como uma rede por não existir uma subordinação entre os níveis de governo. Este caráter governamental determina características importantes, como a compulsoriedade da ação de fiscalização e aplicação de penalidades. O processo de vigilância sanitária de serviços de saúde, tradicionalmente baseado em inspeções, utiliza roteiros que são listas de verificação("check- lists"),com requisitos mínimos definidos em itens de verificação. É um processo do tipo sim – ou - não, que busca falhas no atendimento à legislação e fornece um retrato instantâneo da organização inspecionada.

A Acreditação não é estatal e seu processo é coordenado por uma organização não governamental, a ONA, que funciona a partir de Instituições Acreditoras conveniadas, que realizam as auditorias para certificação. O processo é voluntário e baseado em conceitos de educação continuada.

As auditorias são realizadas com base em um manual de padrões de qualidade, cujo entendimento é facilitado por itens de orientação.

Estes itens de orientação são agrupados em níveis de exigências crescentes. Portanto, o processo de acreditação não se esgota com a auditoria de acreditação, mesmo com resultado favorável.

O processo continua pela melhoria da qualidade da assistência e pode ser visualizado:

Quadro 2 - Comparativo entre Vigilância Sanitária e Acreditação

	Vigilância Sanitária	Acreditação
Cárater	Governamental	Não-Governamental
Fiscalização	Compulsória	Voluntária
Objetivo	Fiscalização	Educação Continuada
Inspeções	Requisitos Mínimos	Níveis
Auditoria	Itens de Verificação	Padrões e Itens de Orientação

Os objetivos comuns destes dois processos são: Melhorar os cuidados prestados ao paciente e garantir a qualidade da assistência, garantir a segurança dos clientes internos e externos.

A participação do governo brasileiro em um processo de acreditação não governamental tem como princípio um convênio estabelecido entre ANVISA e ONA, visa dar legitimidade ao processo, endossando o sistema de Acreditação.

Existem países, como a França, onde a acreditação é estatal. Neste país o processo de acreditação é conduzido por uma agência governamental.

A **ONA** - Organização Nacional de Acreditação, disponibilizou o 4º Manual para Acreditação de Prestadores de Serviços Hospitalares, a partir de julho de 2004. O texto levou dois anos para ser concluído recebendo cerca de 30 contribuições de entidades ligadas ao setor de saúde, técnicos da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária e da Sociedade. A 4ª versão do Manual não sofreu alterações em sua estrutura básica, porém incorporou novas regras para gerenciamento de equipamentos, de resíduos hospitalares e assistência farmacêutica. Esta edição é respaldada pelo convênio de cooperação técnica entre Anvisa – ONA. Pela primeira vez, este instrumento de gestão e de avaliação de hospitais foi submetido a uma consulta pública (n.º 9 de 07 de abril de 2003), gerando mais de trinta trabalhos dos profissionais da Anvisa, da ONA e das Instituições acreditadoras credenciadas.

Esta edição mostra o vigor do Sistema Brasileiro de Acreditação, quebrando preconceitos. Foram acreditados hospitais públicos e privados de pequeno e grande porte gerais e especializados localizados nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro – Oeste.

O Convênio ONA - Anvisa, subsidia o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Brasileiro de Acreditação. Os objetivos desta parceria são: o desenvolvimento de um sistema de indicadores que permita comparação entre as organizações; a atualização e o desenvolvimento de manuais de acreditação; o apoio técnico para a acreditação dos Hospitais sentinela e hospitais públicos e a continuidade do processo de capacitação de multiplicadores, por meio de ensino a distância.

Segundo Cláudio Maierovitch, Diretor - presidente da ANVISA, quem vai validar este processo é a sociedade, não somente os profissionais da área da saúde e quando chegar a este ponto o sistema estará maduro, não apenas como instrumento de gestão e avaliação, mas como efetivo instrumento de controle social. Brasília dezembro de 2003.

2.3.6 - IPASS - Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde

No Paraná até década de noventa o sistema de controle e avaliação dos hospitais era realizado através da emissão das AIHS (Autorização de Internamento Hospitalar) e também pela Vigilância Sanitária.

Em 16 de maio de 1996 pela portaria N 042, constitui-se o “Núcleo Técnico de Acreditação de Hospitais do Paraná”, composto pelas Unidades: Associação de Enfermagem – ABEN - seção PR ;Associação Médica do Paraná -AMP: Associação Paranaense de Controle de Infecção Hospitalar- APARCH: Conselho Regional de Medicina- CRM - Pr: Federação dos Hospitais E Estabelecimentos De Serviços de

Saúde do Paraná- FEHOSPAR; Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas do Estado do Paraná - FEMIPA: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba –SMS – Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde -SESA- PR :Universidade Federal do Paraná- UFPR. Por ser composto por instituições de diferentes representatividades institucionais nasceu o IPASS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa. Realiza certificações e cursos de facilitadores, encontros de Acreditação e Cursos Técnicos de áreas específicas como: Farmácia Hospitalar, Riscos em Saúde, Administração Hospitalar, Auditoria Interna, Indicadores de Qualidade, etc.

No ano de 2003, o IPASS publicou Manuais de Acreditação para as áreas de Laboratório Clínico, Necrologia e Terapia Renal Substitutiva.

2.4 - Conclusão do Referencial Teórico:

De acordo com os conceitos vistos no decorrer da revisão teórica empírico, percebe-se que os autores ora enfatizam os critérios de avaliação, ora os avaliadores, ora o método de avaliação. Um ponto que chama a atenção é a importância de se ter o foco da evolução da qualidade, tanto em prestação de serviços como em produtos, pois requer um alto grau de percepção e adaptação a mudança. Outro ponto relevante na análise de evolução da qualidade é a importância do elemento humano visto que a excelência do serviço, a condição de competitividade e a sobrevivência de um programa depende de como esse elemento humano esta interagindo com o cliente.

Além do referencial teórico sobre qualidade construído pelos autores, eles oferecem, conjuntamente, em função da natureza experimental dos trabalhos analisados, ferramentas que eficazmente auxiliam na implantação do processo de qualidade, de acordo com as características da organização que se pretende propor a certificação destaca-se o PDCA.

O PDCA fornece à administração moderna um caráter científico por apresentar uma correspondência perfeita em cada uma das etapas do método científico tradicional, e o que é mais importante, pode ser aplicado em todos os níveis da organização.

Para implantação do processo de qualidade é imprescindível o reconhecimento de um método de trabalho eficaz que leve a certificação de qualidade

na área de prestação de serviço de saúde, sendo o PDCA a ferramenta que mais se aproxima da realidade do HMCC.

É fundamental o conhecimento e compreensão da integração dos processos, pois somente assim as equipes que coordenam os processos poderão tornar possível a orientação a outras equipes de qualidade, definindo entradas e saídas dos processos de forma direta e indiretamente, reconhecendo os clientes internos e externos.

CAPÍTULO III
HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI

3.1 - Caracterização do Hospital Ministro Costa Cavalcanti

3.1.1 - Histórico

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti, localizado na cidade de Foz do Iguaçu - PR, foi construído pela ITAIPU Binacional, inaugurado em 1979, apenas para atender aos trabalhadores contratados para a construção e operação da Usina, devido às limitações dos serviços de saúde da cidade diante da demanda ocorrida por trabalhadores vindos para a Usina.

Em 1994, o hospital estendeu seus serviços para a comunidade de Foz do Iguaçu e Região, instituindo a Fundação de Saúde Itaipu, entidade de direito privado sem fins lucrativos, para administrar o Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

Em 1996, o Hospital passou a prestar serviços de cirurgia e internação para os beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo disponibilizado para esse fim 47 dos seus 115 leitos, oferecendo serviços de alta complexidade.

Amparado por convênios com a Itaipu Binacional, Ministério da Saúde e com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) promoveu a partir de 2000 reformas estruturais e investimentos em equipamentos modernos e instrumentais habilitando-se a realização de serviços nas especialidades de Oncologia, Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Ortopedia e Hemodiálise.

3.1.2 – Missão

A Missão do Hospital Ministro Costa Cavalcanti é: “realizar ações de saúde – integradas as políticas públicas - para preservar a vida na região da tríplice fronteira, com ética, qualidade e compromisso social”. Tal missão foi definida no planejamento estratégico 2003-2004, com o grupo de colaboradores representando os trabalhadores do hospital.

3.1.3 - Os Valores Identificados pelos Colaboradores

Comprometimento com a preservação da vida,
Postura Ética,
Excelência na Qualidade dos Serviços,

Responsabilidade Social,
Desenvolvimento de Pessoas,

3.2 - Situação Atual

O Hospital dispõe atualmente de 13.817,06 m² de área construída, possuindo uma estrutura com 170 leitos, sendo 67 para atendimento a pacientes particulares e conveniados de planos de saúde e 103 para o SUS. Conta com centro cirúrgico com 06 salas, centro obstétrico com 06 salas cirúrgicas, UCI – Unidade de Cuidados Intensivos, NEONATAL, UCO – Unidade Coronariana, Unidade de Pronto Atendimento 24h, Pronto Socorro de Trauma 24h, centro de esterilização, farmácia, lavanderia, cozinha industrial e demais áreas de apoio. Na parte externa dispõe ainda de centro médico composto por 32 consultórios para atendimento ambulatorial, Laboratório de Análises Clínicas, Fisioterapia e Banco de Sangue (Hemonúcleo), Banco de Leite Materno, Serviços da Casa de Apoio aos Pacientes Oncológicos e familiares administradas pela Associação dos Amigos Vivendo com Dignidade.

Trata-se de um hospital geral com serviços de internação nas mais diversas especialidades médicas, com cento e setenta especialidades. Tendo cerca de oitocentos funcionários, sendo que 70% são do sexo feminino, 60% são da enfermagem e 40% por cento pertencem ao quadro de apoio administrativo.

Possui estrutura multiprofissional de apoio como Serviço Social, Psicologia Hospitalar, Fisioterapia, Fonoaudiologia.

Os serviços de imagem do Hospital disponibilizam: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Raios-X, Mamografia, Vídeo - Endoscopia, Ultra-sonografia Geral, Cardiologia Vasculare e Neurológica, Hemodinâmica e Litotripsia extra-corpórea.

Atualmente, os principais serviços oferecidos pelo Hospital aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS são: Assistência Cardiovascular, Assistência Oncológica, Unidade de Urgência/ Emergência do Trauma, Busca e Captação de Órgãos, UTI tipo II, Atendimento à Mulher, Criança e Adolescentes Vitimas de Agravos Sexuais e Violências Domésticas, UCO (Unidade Coronariana).

As atividades desenvolvidas revelam a abrangência das ações do Hospital que, em busca de sua missão institucional, promove hoje uma atuação em âmbito regional, estadual, interestadual e internacional na tríplice fronteira, extensivo aos

cidadãos brasiguaios (assim chamados por possuírem dupla nacionalidade ou por serem brasileiros, agricultores, que moram no Paraguai), paraguaios e argentinos.

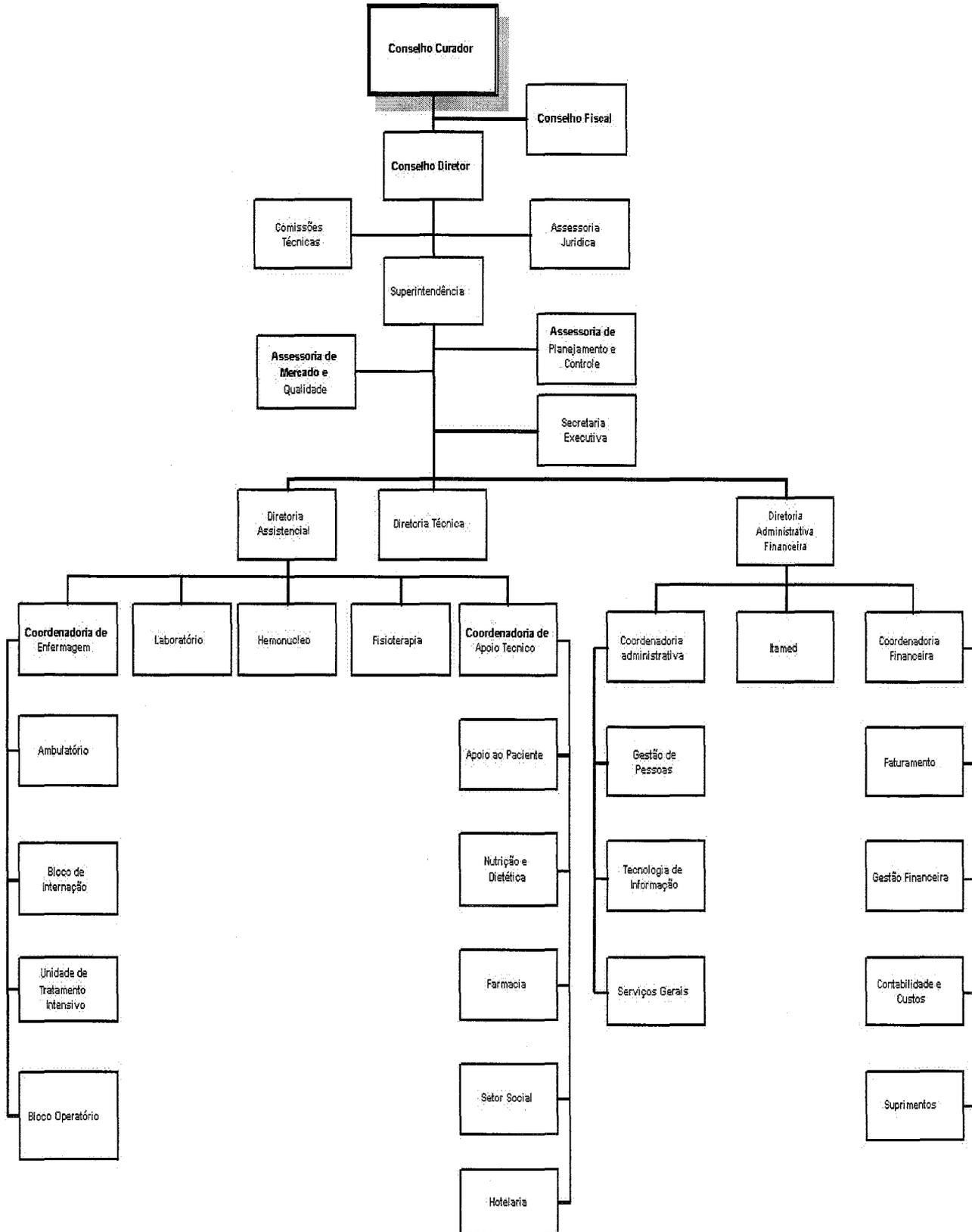
O Hospital Ministro Costa Cavalcanti tornou-se um dos maiores centros de atendimento em saúde na região de Foz do Iguaçu.

A qualidade dos serviços oferecidos passou a ter uma importância maior pois os usuários e clientes estão cada vez mais exigentes e cômnicos dos seus direitos. Diante desta nova realidade aliado ao aumento da demanda, impôs-se a necessidade de implantação de programas específicos para a questão da “qualidade no atendimento” aos usuários, programas de capacitação técnica, desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, incentivo a educação de formação técnica em cursos técnicos e de especialização.

Neste contexto, coexiste a necessidade de oferecer aos colaboradores programas de qualidade de vida, suporte emocional e psicológico, melhoria dos benefícios assistências e de saúde para que estes tenham estrutura para atenderem adequadamente a demanda dos pacientes que requerem alta complexidade e cuidados especiais, principalmente na oncologia, UCO (UTI Coronariana), UCI e UTI neonatal e UTI Geral.

3.2.1 – ORGANOGRAMA

Quadro 3 - Organograma



3.3 - Contextualização das Ações Realizadas para preparar o HMCC para Sistema de Acreditação Hospitalar

As ações e projetos descritos na sequência formam a base da preparação do Hospital para Acreditação Hospitalar

3.3.1 - Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foi estabelecido Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, em encontro em Spedale degli Innocenti, Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida ao IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio do UNICEF e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), deram os primeiros passos.

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti, com o propósito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, instaurou em julho/2003, uma comissão para implantar o Programa Hospital Amigo da Criança.

A Comissão habilitou através de treinamentos uma equipe multidisciplinar buscando implantar entre o corpo funcional os dez passos do programa. Os treinamentos são realizados periodicamente e o reconhecimento de Hospital Amigo da Criança está previsto para abril/2005, pelos avaliadores do Ministério de Saúde.

Este projeto enseja melhoria da imagem do hospital junto à comunidade, qualidade na assistência do binômio mãe/filho, redução de custos com a aquisição de mamadeiras e formulações lácteas e melhoria na receita em relação aos partos realizados ao Sistema Único de Saúde.

3.3.2 - Parto Humanizado

O Projeto de Parto Humanizado objetiva melhorar o acesso à cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Visa também o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações e o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal no Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

3.3.3 - Serviço de Psicologia Hospitalar

A implantação de um Serviço de Psicologia Hospitalar, específico para as demandas do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, garante a presença de um ou mais profissionais da área de psicologia e o desenvolvimento de protocolos, muito importante, principalmente em situações que solicitam o acompanhamento deste profissional dando apoio psicológico em amputações, a pacientes oncológicos, pacientes terminais, etc.

A interação do profissional com o paciente ou com os familiares busca dar um maior conforto diante de situações de angústia e abalo que acometem o paciente e/ou familiares quando de um acontecimento indesejável. A orientação e a participação do profissional de psicologia neste momento conforta e alivia, ajudando-os a compreender e aceitar a situação.

O serviço foi implantado no mês de setembro/2003, inicialmente com apenas um profissional, priorizando o atendimento aos pacientes oncológicos e pacientes do SUS - Sistema Único de Saúde.

Como retorno, percebe-se melhorias da imagem do hospital a redução do tempo de internação em muitos casos atendidos.

3.3.4 - Casa de Apoio

Muitos pacientes, principalmente oncológicos, provenientes de outros municípios necessitam fazer tratamento prolongado sem necessidade de internação,

assim como acompanhantes de pacientes internados de outros municípios, tem dificuldades, físicas e/ou financeiras, para se deslocar diariamente até o Hospital para receber o tratamento ou acompanhar a evolução de seu familiar, para estas situações e como forma de amenizar este sofrimento, foi colocada à disposição dessas pessoas uma estrutura onde possam pernoitar e aguardar tratamento.

A Casa de Apoio localiza-se próxima ao Hospital, e o projeto desenvolve-se em uma casa cedida pela Itaipu Binacional.

A operacionalização é realizada por entidades beneficentes e/ou grupos de voluntariado e administrada pela Associação Amigos Vivendo com Dignidade, conta com uma médica responsável pelo atendimento e com equipe de enfermagem.

3.3.5 - Banco de Leite Humano

Os Bancos de Leite Humano – BLHs – no Brasil começaram a surgir no final dos anos trinta e, até 1981, quando da implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM.

A elaboração do projeto tem como base, a promoção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano. Considerando que Banco de Leite Humano “é um centro especializado, responsável pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta do excedente da produção láctea de nutrizes, do processamento e do controle de qualidade e posterior distribuição, sendo este obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada, a comercialização dos produtos de sua responsabilidade” (Portaria 322/88 do MS), o Hospital Ministro Costa Cavalcanti sente a necessidade de disponibilizar um BLH, visando qualidade no atendimento, e redução do tempo de internamento dos recém-nascidos, caracterizando a responsabilidade social da instituição com as famílias assistidas.

A construção do Banco de Leite Humano, vem contribuir com a diminuição da morbidade, mortalidade e também com o tempo de internação dos recém-nascidos e lactentes internados no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, melhorando a qualidade de vida destes na pós-alta hospitalar.

Os maiores beneficiados com o projeto são as crianças, principalmente aquelas internadas no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, recebendo o leite humano (este é indicado a todas as crianças desnutridas, pacientes com intolerância à

proteína heteróloga, diarréia protáida, sépsis e comprovado como melhor alimento até o segundo ano de vida). O Banco de Leite Humano abastece outros hospitais de Foz do Iguaçu e região que necessitem do leite materno.

Para a criação e operacionalização do Banco de Leite Humano foi firmado convênio entre a Fundação de Saúde Itaipu, a Itaipu Binacional, a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu e o Rotary Clube de Foz do Iguaçu cuja inauguração deu-se em março de 2003.

A Itaipu cedeu uma residência próxima ao Hospital para a instalação do Banco de Leite, o Rotary Club de Foz do Iguaçu cedeu equipamentos e materiais, a Fundação e a Secretaria Municipal de Saúde coube a operacionalização do Banco de Leite, que conta também com equipe de voluntários.

3.3.6 - Atendimento Multidisciplinar de Diabetes

Na área de saúde, entende-se que o Diabetes é um dos mais importantes problemas na atualidade, tanto em termos de quantidade de pessoas afetadas como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações.

No Brasil, a prevalência do Diabetes na população de 30 a 60 anos de idade é de 7,6%, o que representa cerca de dez milhões de pessoas. Só nos anos de 2001, foram gastos cerca de 42 milhões de reais no pagamento das internações causadas pelo Diabetes na rede pública do país.

A educação em diabetes é a chave para melhorar a qualidade de vida do portador de diabetes. O paciente com essa doença crônica deve ser acompanhado de perto, pois 90% do tratamento deve ser feito por ele mesmo.

Diante dessa realidade, o portador de diabetes necessita de um atendimento multidisciplinar que lhe desperte o interesse quanto aos cuidados, bem como proporcionando - lhe toda a assistência especializada necessária, a fim de minimizar o seu sofrimento, prevenindo complicações e, com isso, reduzindo custos com as freqüentes internações que podem ocorrer ao longo da vida.

Preocupado com essa questão, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti formou uma equipe multidisciplinar para os cuidados de pacientes com diabetes, formado por médicos, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros e os capacitou para o serviço.

Implantado o projeto piloto para atendimento de pacientes de determinado Plano de Saúde, podendo ampliar futuramente a pacientes dos demais convênios, inclusive ao SUS.

3.3.7 - Atendimento Lúdico

Este projeto tem como objetivo propiciar aos pacientes e acompanhantes, uma forma de amenizar o sofrimento, diminuir a tensão durante a permanência no Hospital Ministro Costa Cavalcanti proporcionando uma qualidade de vida aos pacientes.

Os resultados apresentados com esse projeto são de melhoria do desenvolvimento neuro-psico-motor (no caso de crianças) e o estímulo ao processo educativo e redução do tempo de internamento em alguns casos.

3.3.8 - Projeto Biblioteca Viva

Este projeto foi implantado em parceria com a Faculdade Anglo-Americano de Foz do Iguaçu, com alunos voluntários do Curso Normal Superior, e tem como objetivo, trabalhar o mundo imaginário da criança através do processo pedagógico, os voluntários são os contadores de histórias, as crianças são autores e participantes. Este projeto segue as diretrizes do Ministério da Saúde.

3.3.9 - Implantação da Sala de Leitura

A Sala de Leitura do Hospital Ministro Costa Cavalcanti foi inaugurada em setembro/2003, conta com um acervo de 1000 livros doados pela Editora Record. Disponibiliza esse acervo aos pacientes e acompanhantes, para leitura na própria sala e / ou no quarto onde encontra-se acamado o paciente.

A sala de leitura atende também os colaboradores da instituição nos seus momentos de descanso podem retirar livros para leitura em casa.

3.3.10 - Implantação da Brinquedoteca

É uma sala específica para crianças internadas neste hospital com brinquedos, busca amenizar o sofrimento e a dor do paciente tornando seu dia um pouco mais alegre.

Na brinquedoteca, as crianças hospitalizadas, mesmo passando por momentos difíceis e envolvidas num intenso sofrimento desenham, pintam e brincam desenvolvendo momentos de socialização relacionando-se com outras crianças e descobrindo trabalhos lúdicos realizados por elas. Para a implantação da brinquedoteca, foi reformada e ampliada uma sala no final de outubro/2003, contou com doações de brinquedos. A operacionalização da brinquedoteca é realizada por voluntários.

3.3.11 - Companhia do Riso

A Companhia do Riso foi criada tendo sua atuação iniciada no dia das crianças (12/10/2003). Esse grupo de empregados e voluntários faz visitas periódicas nos aposentos levando alegria aos pacientes de todas as idades.

3.3.12 - Atendimento a Mulher, Criança e Adolescente Vitima de Violência Doméstica e Sexual:

Tendo em vista que a responsabilidade social pode ser uma das formas de conduzir os negócios de uma empresa, de tal forma que a torne parceira e co-responsável pelo desenvolvimento social, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, vem atendendo a um segmento da sociedade altamente fragilizado: a violência contra as mulheres e contra as crianças.

Este projeto tem como um de seus objetivos despertar na sociedade discussões sobre o grave problema, visando sensibilizar os grupos que podem, de forma integrada, trabalhar com ações em conjunto a fim de minimizar o problema disponibilizando a estrutura médico-hospitalar, agindo como agente facilitador para as denúncias contra os agressores junto às instituições de segurança pública.

No Estado do Paraná, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti é o segundo hospital a implantar este programa.

O retorno instituição é o de colaborar com a redução da violência contra as mulheres e crianças na tríplice fronteira, com melhoria no atendimento.

3.3.13 - Tratamento da Dor

O programa de atendimento à dor está implantado no município de Foz do Iguaçu, através da Secretaria Municipal de Saúde, porém o Hospital Ministro Costa Cavalcanti buscou uma parceria no programa, compondo uma equipe de trabalho e estendendo o serviço principalmente a todos os pacientes oncológicos que necessitem dessa assistência. O serviço é realizado ambulatorialmente, durante a internação ou no domicílio do paciente, conforme a necessidade do paciente e a prescrição médica. A equipe é composta por enfermeiras e médicos capacitados para avaliação da dor.

O custo operacional deste projeto é de capacitação, salário e encargos e profissionais, pois a medicação é fornecida gratuitamente pelo governo estadual.

3.3.14 - Implantação do ARH – Administração de Recursos Humanos

Em setembro de 2002 iniciou-se o trabalho com Gestão Estratégica de Pessoas.

Em julho de 2003 o HMCC realizou-se o planejamento estratégico, contendo Planos de Ação, com o objetivo de elevar o desenvolvimento e desempenho do Hospital, de forma sistematizada, desdobrando-se em projetos com ações setoriais e metas definidas.

Tomou-se por base as orientações da dimensão estratégica, a qual foi passada aos colaboradores através de reuniões e palestras, reforçando os pontos fortes do hospital, missão e valores, oportunidades de melhorias, planos de ação, objetivos e metas a serem atingidos. Procura-se atender as necessidades do Poder Concedente, dos colaboradores, clientes e comunidade em geral, pois sua missão visa o atendimento ao cliente alinhado às políticas públicas.

Foi feita a revisão do Plano de Cargos e Salários, sistematizado e normatizado o processo de Recrutamento e Seleção, bem como definido o Desenho do Perfil Técnico e Comportamental por posto de trabalho, Implantação e Organização de Postos de Trabalho e Integração do Colaborador na Empresa.

Desenvolveu-se projetos de capacitação incentivando a formação de comissões, de grupos de trabalho por postos de serviços, realizando o mapeamento lideranças, formação de equipes por afinidades de temas desenvolvidos e propostas de projetos e formação de equipes multiprofissionais.

Houve investimento na capacitação dos colaboradores de todas as áreas, criando o programa de Incentivo a Educação, firmando convênios com instituições de ensino superior propiciando descontos nas mensalidades em até 25% com desconto em folha de pagamento.

Incentivo a pós-graduação, colaborando com 50% do pagamento, implantação de treinamentos técnicos em áreas afins, principalmente enfermagem e Comissão de Infecção Hospitalar.

Incentivo a participação em congressos com apresentações de trabalhos na área de saúde.

Implantação do Programa de Responsabilidade Social.

Em outubro 2004, foi avaliado o planejamento proposto para o período de 2003/2004 junto com o corpo gerencial e diretorias propondo novas ações para 2005/2006, como mapeamento e sistematização de processos, mudanças administrativas com novo modelo de organograma, impactando na Organização do Trabalho e das funções, sistematização, padronização, protocolo e criação de novos postos de trabalho.

A gestão de pessoas com foco na capacitação, vêm sendo um desafio constante no HMCC, pois é um dos fatores de sucesso do hospital e para transformar este pensamento em realidade, foi disponibilizado 0,02% da receita anual no planejamento estratégico realizado em 2003.

3.3.15 - Pesquisa de Satisfação do Usuário

Foi implantada em setembro de 2003, visando estabelecer critérios para mensurar o nível de satisfação dos usuários e manter qualidade no atendimento.

A Pesquisa de Qualidade no atendimento tem como finalidade principal levantar indicadores para subsidiar a melhoria continuada do atendimento aos pacientes e seus familiares, onde são sugeridas melhorias e ou feitas as reclamações do tratamento recebido na internação e alta do paciente. As caixas de

sugestões estão distribuídas dentro do hospital, também nas clínicas e no Hemonúcleo.

Os funcionários do Hospital Ministro Costa Cavalcanti podem fazer suas sugestões e reclamações diretamente no Recursos Humanos com a equipe de qualidade e coordenação de área.

3.3.16 - PCQ – Pesquisa Controle de Qualidade

Ocorre através de visitas diárias aos pacientes internados, utiliza formulários para relatar a queixa do paciente, que é repassada pessoalmente aos profissionais responsáveis pela atividade e também ao responsável do setor como relatório de ação corretiva para conhecimento e providências. Emite-se relatório mensal para as diretorias e gerências, que são apresentados em reunião para avaliação dos processos de melhoria, a meta estabelecida pela diretoria superintendência é de atingir o mínimo de 75% o nível de satisfação dos usuários.

A gestão da qualidade que está sendo implantada no HMCC, passa pelo processo de mudança cultural.

As reuniões mensais têm como objetivo analisar e acompanhar os planos de ações implantados através de equipes de trabalhos e comissões de funcionários, com o intuito de atingir as metas e objetivos propostos, agindo de forma corretiva e preventiva nas causas dos problemas, buscando de forma permanente a melhoria contínua como resultados. A diretoria superintendência e gerências analisam e avaliam mensalmente as metas e os desempenho dos indicadores dos processos críticos e de apoio através de planilhas e gráficos, considerando os aspectos da qualidade no atendimento ao cliente.

3.3.17 - SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário

Foi implantado em novembro de 2003, tem como finalidade receber sugestões e reclamações dos usuários do HMCC, através de e-mail, telefone e atendimento personalizado, buscando junto as áreas competentes as devidas soluções.

3.3.18 - Comissão de Humanização

Implantada em novembro de 2004 é composta por representantes de diversos setores do HMCC, com reuniões mensais. Tem como objetivo atender as Políticas Nacionais de Humanização do Ministério de Saúde propondo e viabilizando projetos de humanização que atendam aos pacientes e sua família, colaboradores.

Envolver todos os públicos do HMCC de forma gradativa e contínua nos processos de humanização, integrar as diversas ações de humanização do HMCC, identificar situações passíveis de sofrer interferência no sentido de aumentar o nível de humanização e propor soluções são os desafios do programa de humanização.

3.3.19 - Curso de Acreditação Hospitalar - Comunidade Virtual pela ONA

O RH inscreveu vinte colaboradores, incluindo a alta administração, os diretores, os níveis de gerência, supervisão e administração. O primeiro grupo de formadores de opinião sobre a importância e necessidade do Sistema de acreditação hospitalar, iniciou em 2003 sendo concluído no final de 2004.

3.3.20 - Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação

O curso TALSA - Treinamento para Avaliação, Licenciamento Sanitário e Acreditação, fruto do convênio ONA-ANVISA (026/2001 - componente curso de multiplicadores), objetiva desenvolver um processo de treinamento introdutório para profissionais de vigilância sanitária e de serviços de saúde, na utilização e abordagem de conceitos e de metodologias de avaliação de serviços, na revisão do modelo de licenciamento sanitário e na metodologia do sistema brasileiro de acreditação.

O propósito é a assimilação de três escopos:

- Modernos Conceitos de Avaliação de Serviços de Saúde;
- Conceitos de Vigilância e Licenciamento Sanitário sob a ótica da ANVISA;
- Conceitos do Sistema Brasileiro de Acreditação da ONA;

Os cursos são dirigidos para profissionais de vigilância sanitária, dos serviços de saúde e gestores estaduais e municipais.

O TALSA Multiplicadores é um treinamento estruturado no conceito de Ensino a Distância via Web, construído sob ótica interativa, portanto necessitando do acesso via Internet aos conteúdos, arquivos da biblioteca, chats, fóruns, tarefas de avaliação e comunicação com os dinamizadores. Estes são Acadêmicos e Residentes de Medicina da Escola de Medicina da UCPel, treinados para o atendimento, acompanhamento e orientação dos participantes. Todas atividades são coordenadas pelos Professores Dr. Fábio Leite Gastal (ONA-UCPel) e Dra. Ione Fuhrmeister Roessler (UCPel).

3.3.21 - Projeto Saúde da Mulher no HMCC

Este projeto tem como proposta a melhoria de qualidade de vida dos trabalhadores do hospital, considerando que 70% são do sexo feminino, este projeto piloto iniciou com 140 colaboradoras de diferentes áreas do hospital.

Considerando que *“Movimento gera Movimento”* o carro-chefe do projeto será o incentivo e orientações à prática de atividades físicas nas suas diversas formas, associando este fator a outros “movimentos” de busca interior para uma vida saudável.

A partir deste eixo orientador, nas oficinas são trabalhados paulatinamente os fatores de risco que abalam a saúde da mulher e quais as possíveis estratégias para vencer barreiras que dificultam a manutenção de um estilo de vida saudável, onde realizará 06 oficinas temáticas, de duração de 03 horas cada uma, desenvolvidas no período de 06 meses, com o espaço de 1 mês entre uma e outra para praticar o que foi trabalhado na oficina anterior e avaliado na seguinte oficina.

3.3.22 - Análise da Situação Atual do HMCC

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti é considerado um hospital de alta complexidade e realiza atendimentos de saúde em trauma cardiologia, oncologia, atendimento às mulheres, Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual e

Doméstica é reconhecido junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região da tríplice fronteira, abrangendo os municípios da 9 Regional da Saúde.

Essa referência é uma conquista de pessoas que acreditam na organização e apresentam comprometimento em suas ações, colaborando significativamente para a ampliação da estrutura e se mobilizando para manter a qualidade dos serviços prestados a população com alto nível de seriedade e cumplicidade com a vida.

Concomitantemente com a expansão do HMCC foram desenvolvidos vários projetos que propiciaram um ambiente favorável para o enfrentamento de novos desafios.

A alta administração demonstra através de suas diretrizes a importância de se prestar serviços com alta qualidade. Verifica-se que este anseio não se restringe a alta administração pois encontram-se em setores do Hospital processos baseados na cultura de melhoria.

No entanto se fez necessário que todos os processos estejam em sintonia com a qualidade pretendida pela alta administração e que reflitam uma filosofia de qualidade.

Além das exigências internas, o Hospital também recebe a dos clientes por serviços de qualidade e humanizados.

Baseado nestas evidências, conclui-se sobre a necessidade de uniformidade e sistematização dos processos, culminando com a oficialização da qualidade por meio de órgãos competentes, por isso a implantação de um projeto de Acreditação no HMCC, é um passo definitivo para a certificação da qualidade.

Em função do tipo de serviço que o HMCC oferece, a ONA é o órgão reconhecido pelo Ministério da Saúde habilitado para a certificação da qualidade em serviço de saúde.

Baseado nesta contextualização apresenta-se a seguir uma proposta para a implantação da Acreditação no HMCC.

CAPÍTULO IV

PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE ACREDITAÇÃO NO HMCC

4.1 – Apresentação

Apresenta-se a seguir, um Plano de Ação para Implantação de Acreditação no HMCC, com ações sistematizadas para alavancar e desenvolver o processo de certificação de qualidade, passando pelo programa de Acreditação desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, que segue o Manual Brasileiro de Acreditação – MBA, tem como objetivo final a Acreditação desta Instituição de Saúde

O processo de Acreditação consiste de quatro etapas, englobando as atividades recomendáveis para a Acreditação, que será implantado dentro do método ciclo PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACTION) por corresponder em cada uma das etapas com o método científico tradicional. Pode ser aplicado em todos os níveis da organização é recomendado neste plano de ação.

Constata-se que o método ciclo PDCA, deve ser fomentado e estimulado, considerando que o Hospital é uma organização que necessita de controle e planejamento, destaca-se as principais etapas de implantação.

4.2 – Planejamento - PLAN

A primeira etapa do ciclo PDCA consiste no planejamento das atividades a serem desenvolvidas em um plano de ação.

4.2.1 – Avaliação Inicial

Nesta etapa será utilizado o método PDCA no tocante a detecção de problemas, apontando possibilidades de melhorias na busca das causas, seleção das principais causas através de ferramentas da qualidade como branstoning, diagrama de Ishikawa, as sete ferramentas de qualidade, teoria da amostragem, teoria da estatística, etc..

O diagnóstico institucional será realizado pela equipe de instrutores e avaliadores da instituição credenciada pela ONA, especializada no processo de Acreditação em conjunto com representantes do Hospital indicado pela alta direção.

- Objetivo: avaliação prévia do hospital, visando verificar a conformidade com padrões do Manual Brasileiro de Acreditação -MBA, nas diversas áreas do hospital, emitindo relatório.
- Duração de 03 dias
- Coordenação:03-04 avaliadores credenciados pela instituição acreditadora.

4.2.2 – Reunião de Avaliação

Nesta etapa será apresentado o relatório da Pré-avaliação pela Instituição Consultora aos representantes do Hospital.

Objetivo: Apresentação e discussão do Relatório de pré-avaliação.

Público-alvo: diretores e gerentes

Duração: 3 horas

Coordenação: avaliadores da etapa anterior

4.2.3 – Estruturação do Processo

Nesta etapa será estruturado o processo baseado no ciclo PDCA e Manual Brasileira de Acreditação com vistas a melhoria contínua,

4.2.4 – Workshop sobre Qualidade e Acreditação com Diretores

- Objetivo: Obter o engajamento da alta direção através da exposição do conteúdo da Qualidade e Acreditação.
- Público alvo: Diretores
- Duração: 8 horas
- Instrutores: Coordenadores da Instituição Credenciadora

4.2.5 – Palestra de Sensibilização

Objetivo: sensibilizar, informar, conscientizar, comprometer todos os colaboradores do HMCC com a Acreditação.

- Público-alvo: os colaboradores do HMCC (800) divididos em 20 palestras num período de 5 dias.

- Instrutores: coordenadores da instituição escolhida pelo Hospital para a Acreditação.
- Duração: 1:30 Hs

4.2.6 – Treinamentos

4.2.6.1 – Curso Básico em Qualidade e Acreditação

- Objetivo
- Público alvo: gerentes, líderes de equipes e funcionários das diversas áreas do hospital
- Duração: 40 horas
- Instrutores: Coordenadores da Instituição Credenciadora

4.2.6.2 – Curso de análise e solução de problemas – Ciclo PDCA

- Objetivo: Capacitar os participantes para o uso de ferramentas de análise e solução de problemas
- Público alvo: gerentes e líderes de equipes e comissões de sistematização de processos já constituídas do HMCC
- Duração: 40 horas
- Instrutores: Coordenadores da Instituição Credenciadora

4.2.7 – Definição dos Processos:

Nesta fase serão identificados e definidos os processos e serviços que influem diretamente na qualidade dos serviços e formado o Comitê da Qualidade

- Comitê da Qualidade

O comitê da Qualidade é presidido pelo Superintendente do HMCC e secretariado pelo coordenador Geral da Qualidade nomeado por ele.

O Comitê será formado por cinco integrantes

Responsabilidades do Comitê:

- Criação do escritório de Qualidade o qual será composto por facilitadores da Qualidade e equipes de Qualidade e dirigido pelo coordenador geral da qualidade e formação de grupos da qualidade.
- Aprovar o Plano Anual da Qualidade, mediante processo de planejamento participativo, a partir das unidades operacionais.
- Avaliar e tomar medidas corretivas ou de atualização do Plano Anual da Qualidade.
- Aprovar o calendário de eventos para o programa da qualidade e proceder sua alteração quando necessário.
- Aprovar as políticas de desenvolvimento de recursos humanos, assim como o programa anual dessas atividades.
- Aprovar a alocação de recursos para o programa da qualidade.
- Aprovar as alterações de procedimentos, normas, rotinas e propostas para a solução de problemas, apresentadas pelas equipes da qualidade .
- Apresentar ao presidente recomendações para a solução de problemas do hospital que estejam impactando na qualidade, produtividade e qualidade de vida dos colaboradores.

4.2.8 – Treinamento para redação de Procedimentos

Após a identificação dos processos é feito o treinamento para redação dos procedimentos em conformidade ao estabelecido pelas normas de Acreditação.

- Objetivo: Capacitar os participantes para a redação dos procedimentos em conformidade com as normas do Manual de Acreditação
- Público alvo: gerentes e líderes de equipes e comissões de sistematização de processos já constituídas do HMCC.
- Duração: 20 horas
- Instrutores: Coordenadores da Instituição Credenciadora

4.2.9 – Pré-edição do Manual da Qualidade

O manual expressará de maneira clara os requisitos adotados pela empresa

- Responsabilidade da administração
- Sistema da qualidade
- Análise crítica do contrato
- Controle do projeto
- Controle de documentos e dados
- Aquisição
- Controle de serviços fornecidos ao cliente
- Identificação e rastreabilidade de produto
- Controle do processo
- Controle do serviço não conforme
- Ação corretiva
- Controle de registros da qualidade
- Auditorias internas da qualidade.
- Treinamentos
- Técnicas estatísticas.

4.2.10 – Elaboração dos Procedimentos

Nesta etapa serão redigidos os procedimentos inerentes a cada área do Hospital envolvida no processo de Acreditação, observando-se o mapeamento dos processos e as boas práticas técnicas dos serviços bem como os registros da qualidade para posterior avaliação dos procedimentos.

Os procedimentos serão elaborados pelas equipes de qualidade cujos integrantes participaram do curso de redação de procedimentos.

4.2.11 – Palestra de Informação

Objetivo: Informar aos colaboradores sobre o desenvolvimento dos processos.

Público-alvo: colaboradores

Duração: 45 minutos

Coordenação: Comitê da Qualidade

4.2.12 – Treinamento de Ações Corretivas e Preventivas

Objetivo: Capacitar os participantes para proceder ações corretivas e preventivas.

Público-alvo: Equipes de qualidade

Duração: 8 horas

Coordenação: Comitê da Qualidade

4.2.13 – Desenvolvimento de Equipes

Objetivo: Capacitar os participantes para desenvolvimento de trabalhos em equipe.

Público-alvo: Equipes de qualidade

Duração: 8 horas

Coordenação: Comitê da Qualidade

4.2.14 – Implementação dos Procedimentos

Após a redação dos procedimentos serão implantados os procedimentos anteriormente definidos bem como os procedimentos de registro do processo.

4.2.15 – Seminário da Qualidade

- Objetivo: Integrar e informar os colaboradores do HMCC propiciando espaço de discussão sobre a qualidade.
- Participantes: Comitê de Qualidade, Equipes de Qualidade, Gerentes e representantes de unidades de trabalho.
- Duração: 8 hs
- Coordenadores: Instituição Credenciadora

4.2.16 – Treinamento dos Auditores Internos

- Objetivos: Capacitar colaboradores para realização de auditorias internas.

- Participantes: 12 colaboradores voluntários entre os que participaram dos cursos de qualificação em qualidade.
- Duração: 16 hs
- Instrutores: coordenadores da instituição credenciadora

4.2.17 - Preparação das Auditorias

- Serão estabelecidos procedimentos documentados para planejamento e implementação de auditorias internas da qualidade para verificar se as atividades da qualidade e respectivos resultados estão em conformidade com as disposições planejadas e para determinar a eficácia do sistema de qualidade.
- As auditorias serão programadas com base na situação atual e importância da atividade a ser auditada e será executada por pessoal independente daquele que tem responsabilidade direta pela atividade que está sendo auditada.
- Os resultados das auditorias serão registrados e levados ao conhecimento do pessoal que tenha responsabilidade sobre a área auditada, para que sejam efetuadas ações corretivas referentes a não conformidade encontradas durante a auditoria.
- As atividades de acompanhamento das auditorias devem verificar e registrar a implementação e a eficácia das ações corretivas tomadas.

4.2.18 - Programas de Auditoria

- Serão efetuadas três auditorias internas a fim de avaliar a conformidade com os padrões.
- Será executada por 2 auditores internos treinados anteriormente que não pertençam a área auditadas
- Serão baseadas nas disposições referentes a auditorias internas que constam no manual de qualidade do HMCC.
- Após as auditorias será enviado ao setor o relatório da auditoria para que se proceda a implantação de ações corretivas.

4.2.19 - Análise Crítica do Sistema

Após cada auditoria será realizada a análise crítica do sistema de qualidade pelo Comitê da Qualidade.

4.2.20 - Pré-Auditoria de Certificação

- Para a realização desta etapa será necessário a contratação do órgão certificador credenciado pela ONA o qual elaborará a programação da auditoria
- Execução da auditoria externa
- Ações corretivas
- Análise crítica pela administração

4.2.21 - Auditoria de Certificação

- Preparação para auditoria de certificação
- Execução da auditoria
- Certificação em Acreditação.

4.2.22 - Avaliação Final

Nesta etapa será realizada a avaliação de todos os processos realizados, pelas equipes, comitê, alta direção, fazendo assim a análise dos resultados verificando se os resultados esperados foram alcançados e identificando os pontos de melhoria.

4.3 - Resultados Esperados com a Acreditação

A garantia da eficácia na prestação de serviços através da definição de metodologia de trabalho é um dos resultados que se obtêm pela acreditação.

Além da certificação de qualidade dos serviços de saúde obtêm-se outros resultados, tais como:

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;

- Construção de equipe e com mais qualificada para prestação dos serviços de saúde.
- Maior credibilidade no Mercado de Saúde
- Útil instrumento de gerenciamento com eficácia;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- Satisfação do cliente

4.4 - Execução – DO

Esta fase consiste em seguir fielmente o plano de ação elaborado na primeira etapa do ciclo PDCA, na qual todas as metas e objetivos foram traçados e devidamente formalizados.

A execução está voltada para a eficiência do processo, subdividindo-se em duas etapas principais o treinamento e execução da ação.

No treinamento, será efetuada a divulgação do plano para todos os funcionários envolvidos. Para tanto é importante verificar quais as ações que necessitam da cooperação ativa de todos os membros, para ser executada da melhor maneira possível.

A divulgação do plano será realizada por meio de reuniões participativas (utilizando-se técnicas adequadas de treinamento), apresentando claramente as tarefas e suas razões, assim como as pessoas responsáveis pelas mesmas. Ao final dessas reuniões deve-se certificar que todos os envolvidos compreenderam as ações a serem executadas e se a maioria concorda com as medidas propostas, para que todos os setores envolvidos estejam preparados para a execução do plano. Durante a execução do plano de ação serão realizadas verificações periódicas nos locais em que as ações estão sendo efetuadas, a fim de manter o controle e dirimir possíveis dúvidas que possam ocorrer durante a execução.

Todas as ações e os resultados bons ou ruins serão registrados com a data em que foram realizadas para alimentar a próxima etapa do ciclo PDCA, (etapa CHECK).

É importante ressaltar que as ações referentes a treinamento de equipe serão executadas em primeiro plano, para que os funcionários possam estar devidamente preparados para a execução das ações.

Para manter um controle eficiente das ações descritas no plano de ação é necessário prestar atenção nos itens de Verificação e Controle do Processo.

Na etapa de execução serão realizadas as auditorias a fim de verificar se os procedimentos foram eficazmente implementados.

4.5- CHECAGEM – CHECK

A checagem é essencial para que se possa avaliar o sucesso das etapas anteriores.

Nesta fase serão utilizadas as Sete Ferramentas para o Controle estatístico da Qualidade, bem como outras ferramentas estatísticas, como Análise de variância, Técnicas multivariadas.

Será avaliada a necessidade de ações corretivas (se a checagem detectou algum problema), preventivas (se não ocorreu nenhum problema, porém, poderia ter ocorrido), ou de padronização (se tudo ocorreu conforme o planejado e uma nova maneira de executar determinado processo que foi descoberto)

Nesta etapa do ciclo PDCA será feita a verificação das ações executadas, buscando nos resultados das ações do planejamento, portanto todas as ações serão ser monitoradas e formalizadas adequadamente na fase executar, para que a verificação dos resultados nesta fase seja eficaz.

4.6- ATUAR – ACTION

Nesta fase do ciclo PDCA será realizada a padronização das ações executadas, cuja eficácia foi verificada pela equipe na etapa anterior, visando a melhoria continua .As ações realizadas nessa fase deverão ser baseadas nos resultados positivos obtidos na fase anterior, na expectativa de padronizar essas ações para serem utilizadas em outras ocasiões semelhantes.

Os resultados da implantação dos PDCA's serão comunicados para a alta administração.

Nesta fase se realiza os projetos de melhoria e planejamento da evolução da qualidade.

4.7 - Custos: Investimento

Quadro 4 - Recursos Materiais:

Material	Custos R\$	Total
Computador/impressora	0,00	0,00
Material didático/apostilas	3.000,00	3.000,00
Arquivo/armário	0,00	0,00
Recursos Físicos: infra-estrutura/ sala de treinamento	0,00	0,00
Total	3.000,00	3.000,00

Os recursos materiais citados encontram-se disponíveis na organização.

4.8 - Custo Financeiro

Quadro 5 - Investimento

Transporte	R\$ 6.000,00
Hospedagem/Alimentação	R\$ 6.000,00
Curso para facilitadores	R\$ 5.000,00
Diagnóstico	R\$ 15.000,00
Avaliação para certificação	R\$ 20.000,00
Manutenção da certificação	R\$ 8.000,00
Palestra de sensibilização	R\$ 3.000,00
Total	R\$ 63.000,00

O valor total do investimento englobando a realização de todas as etapas é de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais).

4.10 – Viabilidade

A pesquisa sobre implantação de qualidade, neste estudo especificamente em serviço hospitalar, revela que investir em um processo de certificação de qualidade, traz benefícios para a organização, cliente(paciente) e colaboradores.

O HMCC é um hospital de alta complexidade que tem investimento em equipamentos de ultima geração e tecnologia de ponta, possui profissionais da área de saúde qualificados e especializados com elevado nível de comprometimento com seus clientes.

Este contexto atende às exigências da ITAIPU BINACIONAL, sua fundadora e mantenedora, pois para manter o convênio com Itaipu e demais conveniados, incluindo o Ministério de Saúde tem que cumprir com os requisitos de atendimento à saúde.

A implantação do processo de acreditação para certificação da qualidade, além apresentar ganhos como segurança, ética profissional e oferecer qualidade de atendimento à população com status de acreditado, justifica o investimento proposto, preservando a confiabilidade do capital humano e financeiro investido nesta instituição.

CONCLUSÃO

Buscou-se neste trabalho elementos que possibilitassem uma visão global acerca dos elementos da qualidade, para propor um projeto de implantação de acreditação hospitalar compatível com a organização.

Estruturou-se a revisão teórica-empírica sobre o conceito de qualidade através da visão de vários autores, evolução da qualidade e métodos da qualidade. Na análise dos métodos de implantação da qualidade verificou-se que o Ciclo PDCA era o mais indicado por assemelhar-se com o método científico tradicional e por possibilitar através de suas etapas a melhoria dos processos.

O conceito, a importância e o mapeamento dos processos foram revisados para embasarem o plano de ação que foi elaborado ao final do trabalho, bem como as pesquisas realizadas sobre a temática Acreditação em Serviços de Saúde, passando pelo histórico de acreditação, fazendo um paralelo ao Sistema Brasileiro de Acreditação e Anvisa, bem como revisando os níveis de exigências em acreditação hospitalar, definido no Manual Brasileiro de Acreditação, editado pela ONA.

Buscou-se referências de Instituições Acreditadoras no Paraná que realizam a Acreditação em Hospitais, credenciadas pela Ona.

Na caracterização da empresa verificou-se que o hospital tem uma equipe multidisciplinar preocupada com o bem estar de seus clientes, que busca constantemente participar dos projetos de melhorias nos níveis estrutural e funcional, e apontam um caminho de esperança para a implantação de um Sistema de Acreditação Hospitalar.

As pessoas são a chave do sucesso de uma organização, o processo de melhoria contínua em serviços estão diretamente relacionados a vontade das pessoas em assumirem mudanças de comportamentos e atitudes, portanto os prestadores de serviços de saúde precisam desenvolver valores que agregados a qualidade dos serviços, possibilitem um olhar mais apurado e uma percepção mais afinada das necessidades do cliente, o paciente.

Conclui-se que preparar um hospital para certificação de qualidade, requer um muito cuidado de todo o quadro funcional, propondo mudança da cultura organizacional e manutenção dos projetos implantados. O momento atual do HMCC

em que conquista o prêmio de “Hospital Amigo da Criança”, pelo Ministério da Saúde, propicia a busca da acreditação com certificação de qualidade em seus serviços.

O presente trabalho ao analisar as ações de melhoria desenvolvidos pelo Hospital Ministro Costa Cavalcanti em seu atual contexto, apresenta suporte na fundamentação teórica corroborado pela vasta revisão teórica empírica, oferece como benefício aos colaboradores do HMCC, os conhecimentos presentes, apontando para uma metodologia que visa a certificação de qualidade dos serviços de saúde.

A implantação de programas de qualidade hospitalar passa pela inclusão dos processos tecnológicos e mudanças culturais, trata-se da construção de um novo paradigma nos hospitais, em benefício dos cidadãos. Atendimento aos serviços de saúde requer qualidade na relação profissional – paciente, além da tecnologia. Diante de um cotidiano desafiador em que se defronta com situações doenças e dor, a qualidade na prestação dos serviços de saúde dá ao cidadão dignidade e confiança para receber seus direitos como pessoa.

Preparar o hospital para implantação do Sistema de Acreditação, passa também por um planejamento Estratégico de Gestão de Pessoas, desenvolvendo a arquitetura humana do hospital, voltando seu olhar e preocupação ao nível de satisfação do cliente interno, o colaborador.

O plano de ação elaborado visou reunir os fundamentos teóricos com elementos inerentes a organização para que o mesmo fosse viável. É sensato acrescentar que em função da dinâmica da realidade do hospital, o presente projeto pode ser realinhado em face a novos contextos.

Este estudo contribuiu profundamente com o crescimento pessoal e profissional da pesquisadora, no momento em que oportunizou a busca do conhecimento científico sobre a qualidade em serviços de saúde, com a possibilidade de implantar propostas de mudanças no sistema de atendimento e serviços ofertados aos clientes do HMCC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, Marli Eliza, **Etinografia da Prática Escolar**. SÃO Paulo: Papyrus, 2000.
- Associação Paulista de Medicina (2000). RAS Entrevista Genésio Antônio Körbes. – São Paulo: Revista de Administração em Saúde – Vol. 2 – Número 8 (Julho - Setembro 2000).
- BÉRGAMO FILHO, Valentino. **ISO 9000 em serviços: um passo para a qualidade total**. São Paulo: Makron Books, 1999.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Repensando A Pesquisa Participante**. editora Brasileira, 2000.
- CARDOSO, Olga Regina. **Foco da qualidade total de serviços no conceito de produto ampliado**. Florianópolis, 1995. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARVALHO, Antonio V.; NASCIMENTO, Luiz P. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira, 1997.
- CASTELLI, Geraldo. **Excelencia em Hotelaria: uma abordagem prática**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Ed. Campus & Fnac., 1999.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**, 7. ed., , São Paulo: Atlas, 2002.
- CONTE, André; SPONVILLE; FERRY, Luc, **A Sabedoria dos Modernos**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- CONWAY, William E. **O segredo da qualidade**. São Paulo: Marcos Cobra: Parente & Conway Quality, 1996.
- COSTA, Paulo Maia da, M.D. – **ONA** - Apostila de Treinamento à Acreditação, 2003.
- CROSBY, Philip B. . **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1994.
- CRUZ, Péricles Goes da, M.D. – **ONA** - Apostila de Treinamento à Acreditação, 2003.
- CRUZ, T. **Sistemas, Organização e Métodos – estudo integrado das novas tecnologias de informações**. São Paulo: Atlas, 1997.

CURY, A. **Organização e Métodos: uma visão holística**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CURY, Luiz César G. de. **Organização e métodos: integrando comportamento, estrutura, tecnologia e estratégia**. 4.ed., São Paulo: Atlas, 2000.

DAMAZIO, A. **Administrado pela gestão da qualidade total**. Rio de Janeiro: Interciência, 1998/1993.

DAVENPORT, T. H. **Reengenharia de processos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DEMING, William Edwards. **Qualidade: A Revolução da Administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DRUCKER, Peter F. **Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século**. São Paulo: Pioneira, 1996.

FEINGENBAUEN, A. V., **Controle da Qualidade Total**. São Paulo, Makron Books, 1994.

FREITAS, Maria Ester de. **Cultura Organizacional: formação, tipologias e impactos**. São Paulo: Makron Books, 1991

GARVIN, David A. **Gerenciando a Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GARVIN, David A. **Mapeamento dos Processos e Padronização, indicadores de Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.

GASTAL, Dr. Fábio Leite - **ONA / UCPel** – Apostila de Treinamento à Acreditação, 2003.

GREEN, Cynthia. **Os caminhos da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1995.

HARRINGTON, H. James **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

HARRINGTON, H. James; HARRINGTON, James S. **Gerenciamento total da melhoria contínua: a nova geração da melhoria de desempenho**. São Paulo: Makron Books, 1997.

In ENCICLOPÉDIA Britânica do Brasil – Publicações Ltda. Rio de Janeiro – São Paulo, v. 08 e 09.

JURAN, Joseph M. . **Planejamento para a qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1988.

MARTINS, P.G.; LAUGENI, F.P. **Administração da Produção**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MURAHOVSKI, Denis, M.Sc. – **ANVISA** – Apostila de Treinamento à Acreditação, 2003.

OLIVEIRA, Djalma P. R. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

OLIVEIRA, Gustavo Pereira Eggres. **Análise Comparativa de Critérios Utilizados para a Avaliação de Sistemas de Gestão da Qualidade**. Porto Alegre: Tese (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

OLIVEIRA, Marco. **Mitos e realidades da qualidade no Brasil**. São Paulo: Nobel, 1994.

Organização Nacional de Acreditação. **Manual da Organização Nacional de Acreditação – Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2003.

Organização Nacional de Acreditação. **Manual da Organização Nacional de Acreditação – Normas Orientadoras**. Brasília: ONA, 2003.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas, 1995.

PROGRAMA DE CONTROLE DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR – Manual de Orientação aos Hospitais Participantes, 3ª edição, São Paulo, Ed. Atheneu, 2002.

QUINTO NETO, Antônio; GASTAL, Fábio. **Acreditação Hospitalar: Proteção aos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde**, 1997.

ROESSLER, Ione Fuhrmeister, M.D. – **UCPel** – Apostila de Treinamento à Acreditação, 2003.

SENGE, P. - **A Quinta Disciplina**. 7.ed.. São Paulo: Best Seller, 2000.

TEIXEIRA, Elder Lins. **Gestão da qualidade em destinos turísticos**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

TEIXEIRA, J. M. C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua organização. In GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

TRIGO, Luiz Gonzaga Godoi. **Turismo e Qualidade: tendências contemporâneas**. Campinas: Papiros, 1993/1998 – Coleção Turismo.

WALLACE, Thomas F.. **A estratégia voltada para o cliente: vencendo através de excelência operacional**. Rio de Janeiro: Campus 1994.