

**MARGARETH NAOMI HASHIMOTO**

**MODELO DE QUALIDADE EM SERVIÇO DE SAÚDE –  
EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO EM UM BANCO DE  
SANGUE PÚBLICO**

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

Orientador: Prof. Dr. João Carlos da Cunha

**CURITIBA  
2009**

## DEDICATÓRIA

A Deus, Pai todo poderoso, por me dar forças e coragem para prosseguir diante das adversidades, ensinando-me o caminho dos justos

Ao meu saudoso pai Massar, e minha dedicada mãe Hamako

Aos meus avôs e avós, Tomegoro e Satsu, Nobuharu e Kozue

Aos meus irmãos Márcio, Elaine, Márcia e Satoru, Maura e Alexsandro

Aos meus lindos sobrinhos Thiago, Marie, Luana, Lívia, Kazuya e Paula

Ao meu companheiro de todo o sempre, Sergio

Ao meu filho Henry, que desde já me ensina sobre o bem maior da vida

Aos colegas do CEPPAD, em particular Ednalva, Andréia, Daniela e Fernando, companheiros de viagem e de aulas.

Meus agradecimentos a toda equipe de professores do curso, pela oportunidade única de receber seus conhecimentos, suas experiências e, sobretudo, pela eloquência de que a qualidade advém do ser humano, na sua essência.

*O pensamento se manifesta como uma palavra;*

*A palavra se transforma em uma ação;*

*A ação se desenvolve como um hábito;*

*E o hábito se cristaliza em um temperamento;*

*Portanto, observe com cuidado os pensamentos e seus resultados;*

*E faça com que eles brotem do amor*

*E do respeito para com todos os seres...*

*Da mesma forma que a sombra segue o corpo*

*Nós nos tornamos aquilo que pensamos.*

*DHAMMAPADA (As palavras do Buda)*

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho trata de um estudo da implantação de um modelo de sistema de qualidade, o Programa de Qualidade do Sangue – PQS, realizada no Hemocentro Regional de Maringá-PR.

O PQS é um programa do Ministério da Saúde, adaptado do Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública - Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, e está alinhado com os conceitos e princípios do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ).

O programa tinha como propósito introduzir as mudanças de valores e comportamentos preconizados na gestão pela qualidade, e ainda, viabilizar a revisão dos processos internos dos Órgãos Executores das Atividades Hemoterápicas (OEAH), com vistas à sua maior eficiência e eficácia.

O Hemocentro é oriundo de um convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Universidade Estadual de Maringá (UEM), e integra a rede de bancos de sangue público do estado do Paraná – HEMEPAR. Em decorrência de sua natureza e atividade, há a necessidade de se melhorar a performance da assistência ao cidadão.

Através deste estudo objetivou-se obter informações para compatibilizar as ações de metas com as diretrizes de uma gestão para a qualidade, fortalecendo iniciativas já existentes, afim de melhorar os serviços em termos de eficácia e eficiência na utilização dos recursos públicos, bem como garantir aos seus usuários, em especial dos serviços diagnósticos e de tratamento hemoterápico, a segurança e a qualidade dos serviços.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	i
APRESENTAÇÃO.....	iii
INTRODUÇÃO	
OBJETIVO DO TRABALHO.....	1
JUSTIFICATIVA.....	1
METODOLOGIA.....	2
REVISÃO DA LITERATURA	
1. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	3
2. HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA QUALIDADE.....	8
3. QUALIDADE EM SAÚDE.....	13
3.1 A HEMOTERAPIA NO CONTEXTO DA SAÚDE E DA QUALIDADE.....	16
4. O MODELO REFERENCIAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	17
A EMPRESA.....	21
RESULTADO.....	24
DISCUSSÃO.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

## **INTRODUÇÃO**

### **Objetivo do trabalho**

O objetivo do presente trabalho é descrever e avaliar as ações de melhoria implementadas durante o período de implantação do Programa de Qualidade do Sangue (PQS) – ANVISA/MS e, através desta análise obter informações para compatibilizar as ações de metas com as diretrizes de uma gestão para a qualidade, fortalecendo iniciativas já existentes, afim de melhorar os serviços em termos de eficácia e eficiência na utilização dos recursos públicos, bem como garantir aos seus usuários, em especial dos serviços diagnósticos e de tratamento hemoterápico, a segurança e a qualidade dos serviços.

### **Justificativa**

O rápido avanço da ciência médica, bem como a rápida incorporação de novas tecnologias na assistência tem aumentado as chances de sobrevivência de muitos pacientes. Entretanto, o acesso a esta assistência não ocorre de forma universal. Observa-se um contraste no atendimento em diversos serviços de saúde do país, isto não somente em relação à aplicação das referidas inovações tecnológicas, mas também, em muitos casos, pela própria deficiência na assistência, como a falta de recursos e qualificação do corpo técnico.

Ao Estado cabe garantir ao cidadão o acesso a assistência afim de promover o que lhe é de direito pela Constituição – a saúde. Para tal é necessário otimizar os escassos recursos aplicados pelo governo ou gerados pela prestação de serviços. É preciso inovar também no gerenciamento de todo o recurso do serviço de saúde.

Assim, os conceitos e técnicas de gerenciamento da qualidade são perfeitamente aplicáveis na gestão de serviços de saúde. Principalmente em se tratando de uma instituição pública como é o caso do Hemocentro Regional de Maringá, onde o bom investimento do recurso público pode reverter em uma assistência de qualidade em benefício da promoção da saúde da população.

## **Metodologia**

Para o estudo de caso foi realizado uma busca ativa dos registros dos planos e das ações em documentos como atas de reuniões, relatórios, planilhas de planejamento (5W2H), questionários de satisfação aplicados, e quando necessário foi realizado entrevista com membros do comitê gestor.

As ações levantadas foram analisadas com base nas referências bibliográficas utilizadas.

## REVISÃO DA LITERATURA

### 1. A Saúde Pública no Brasil

No ano de 1500, quando a frota de Cabral aportou na chamada “Terra de Vera Cruz”, encontraram os índios que ali habitavam. Nas tribos indígenas quando alguém padecia de alguma doença silvícola era atendido pelo pajé, que empregava a flora nativa, fazendo infusões, decoctos e outras formas terapêuticas, além de cantos e danças, que acreditavam ajudar o tratamento.

A partir de 1530, com a vinda de escravos negros da África no período da colonização do país, agravaram-se os problemas com o aparecimento de novas doenças ainda desconhecidas no Brasil, tais como filariose, malária e a febre amarela, o que contribuiu ainda mais para aumentar a taxa de mortalidade. Nesta época, foram criados pelos padres jesuítas, vindos com os colonizadores, as Casas de Caridade, que funcionavam como maternidades e albergarias.

Na segunda metade do Século XVIII, a Revolução Industrial determinou profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública.

Em função da transformação do modelo de produção manufaturada, surge o capitalismo industrial. Além disso, a revolução trouxe conseqüências graves, pois as populações foram deslocadas massivamente das pequenas comunidades rurais e induzidas a fixarem-se nos centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas. Porém, em 1785 o governo português proíbe qualquer tipo de indústria no Brasil, com o objetivo de impedir o desenvolvimento econômico e a autonomia da colônia.

Nas manufaturas, a população era submetida a condições subumanas de trabalho e moradias, que eram extremamente precárias e insalubres. Se uma pessoa adoecia era desempregada, inviabilizando-se seu sustento. Fatos que criaram condições propícias para a doença, a delinqüência, o banditismo, a violência e a prostituição.

Frente a esta situação caótica, as classes dirigentes são obrigadas a considerar o trabalho como fonte de riqueza dos países, determinando a necessidade de estabelecer-se políticas sanitárias e de saúde pública. Era

fundamental manter a população saudável para evitar-se a diminuição da produtividade. Desta forma, na Inglaterra, começa o estudo e definição das condições de vida, de moradia, de trabalho, de abastecimento de água tratada e de rede de esgotos, de urbanização (higienização).

Em 1889, com a república, os Estados passaram a ter seu próprio Código Sanitário. Os serviços relacionados com a Saúde Pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública. Suas atribuições consistiam basicamente na direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, na fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, nos estudos sobre as doenças infecto-contagiosas, na organização de estatísticas demográfico-sanitárias e no auxílio aos estados, mediante solicitação dos respectivos governos e em casos previstos constitucionalmente.

No governo de Rodrigues Alves (1902 - 1914), é traçado um plano de saneamento urbano dirigido pelo médico Oswaldo Cruz na cidade do Rio de Janeiro, com melhorias na rede de esgoto, na iluminação pública e alargamento das ruas, melhoria nos hospitais públicos e outras obras de cunho social.

Neste mesmo período é fundada a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) na II Conferência Internacional Americana no México.

No período final da Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918) o mundo é acometido pela "gripe espanhola", epidemia que deixou um rastro de mais de 20 milhões de mortos. No Brasil o vírus espalhou-se rapidamente, atingindo em massa os habitantes das cidades com maior concentração demográfica, especialmente as portuárias.

No final de 1919 e início de 1920 a gripe espanhola já estava em fase de declínio e já não se registravam casos novos. A atenção das autoridades sanitárias voltavam-se para as doenças infecciosas de então, como a febre amarela, a varíola, a tuberculose entre outras, sendo poucos hospitais públicos e os postos de saúde, os únicos prestadores de serviços de atendimento à população. Neste mesmo período o mundo entra numa fase de recessão econômica com a queda brusca da bolsa de valores de Nova Iorque, dificultando investimentos na área.

Em 1923, com o objetivo de proteger uma coletividade, é sancionada a Lei Eloy Chaves (Lei 4682), que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) que garantia para os trabalhadores contribuintes das empresas ferroviárias existentes na época assistência médica para o trabalhador e seus familiares. Esta lei foi o marco inicial para organização da Previdência no país.

No período da ditadura no Brasil (Período Vargas – 1930 / 1937), foram promulgadas duas Constituições Federais, de 1934 e de 1937, e vários decretos que regulamentam medicamentos, alimentos, drogas entorpecentes e o exercício profissional. Considerado o período de maiores investimentos no setor saúde no país, com a criação de vários hospitais públicos e centros de saúde e fortalecimento do sistema previdenciário.

O governo Vargas unifica as diversas Caixas de Aposentadorias e Pensões e cria em seu lugar, os Institutos de Previdência, separados por categorias profissionais.

No ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, resultado do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

No período entre 1954 e 1964 a Previdência Social entra em fase de declínio, aparecendo as dificuldades financeiras, motivadas por gastos excessivos e não controlados no setor. Há um aumento progressivo da pobreza, ausência de recursos para saneamento básico das cidades, conseqüente elevação da incidência e prevalência das doenças na população. Os hospitais não tinham condições de ampliar o atendimento.

No período de Governo Militar, iniciado em 1964, e que durou até 1984, ocorre a unificação dos Institutos de Previdência existentes com a criação do Ministério de Previdência e Assistência Social, que posteriormente denomina-se Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Desta forma cria-se um sistema dicotômico de saúde: O INPS seria o gestor das atividades médicas individuais e o Ministério da Saúde, dos programas sanitários e de saúde pública do país. Foram criadas campanhas de vacinação para erradicação da

poliomielite, a Central de Medicamentos (CEME) que regulamenta a produção e distribuição de medicamentos, e estabelece a farmacovigilância, a Lei Nº 5.991/73 cria mecanismos de controle de qualidade.

Surgem as primeiras tentativas de se dividir o pesado encargo de administrar a saúde, mediante a celebração de convênios com empresas onde as empresas que contratavam assistência médica privada, podiam deduzir, da cota devida ao INPS, 2% da folha de pagamento.

Cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrando do Ministério do Trabalho e Previdência Social, e amplia-se a cobertura previdenciária de acidente do trabalho forçada pelos dados estatísticos aterradores que dão ao país a triste condição de campeão internacional.

O Decreto Nº 79.056/76 cria a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária que faz parte da estrutura do Ministério da Saúde e tem como atividade permanente fundamentada no controle de qualidade dos produtos utilizados na área da saúde e higiene.

Em 1980, o Ministério da Saúde lança o programa de ações integradas de saúde, envolvendo os Estados e Municípios. Como a rede governamental de hospitais e de ambulatorios não é suficiente para o atendimento à população, a rede hospitalar privada é credenciada a atender em caráter ambulatorial e nosocomial, sendo as internações autorizadas através de GIH – Guias de Internação Hospitalar, onde o pagamento à rede privada era efetuado por intermédio das unidades de serviço, de escorpe variado de acordo com as características individuais do atendimento. Mais tarde, a Portaria nº 3046 introduz para todo o país o sistema AIH (Autorização de Internação Hospitalar do Plano Paraná em 1981 – 1982) que passa a remunerar os serviços prestados pela rede privada através de uma tabela de procedimentos, organizada por diagnósticos. A idéia que embasava esta forma de remuneração era a de promover o custeio dos serviços. A partir de então, com as irrisórias atualizações de valores, o sistema privado de atenção à saúde vem sendo sucateado, progressivamente piorando o acesso aos serviços e a qualidade de atendimento.

Em 1985, o Ministério da Saúde define a Vigilância Sanitária como “conjunto de medidas que visam a elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos à portos,

aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado à saúde”. A Lei Nº 7.347/85, disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos ao meio ambiente e ao consumidor.

No governo de José Sarney o Ministério da Saúde cria o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que logo é substituído pelo SUS – Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90. Este, com a finalidade expressa de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão, credenciando uma grande rede hospitalar, laboratorial e ambulatorial para atendimento à população através do sistema.

Realiza-se em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que evidenciou que a compreensão das modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, ampliando-se o conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação concernente à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo a Reforma Sanitária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a realizar conferências internacionais para tentar discutir e estabelecer paradigmas para a conformação da saúde pública.

Durante a década de 80, devido à queda da qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público, como consequência da crise econômica que diminuiu os recursos destinados ao setor e, por motivos estruturais, devido ao aumento da utilização do sistema pela população, tem início um processo de valorização do sistema privado, com a procura de modalidades alternativas. As Seguradoras, as empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas percebem a formação desse mercado e iniciam investimentos crescentes na área, contribuindo para a proliferação das diversas formas de Planos e de Seguros de Saúde.

O Ministério da Saúde é responsável pela normatização e coordenação das ações, bem como pela liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar privada que mantém convênio com o SUS. As Secretarias Estaduais de Saúde ficam responsáveis pela coordenação das ações dos respectivos

Estados e os Municípios pela execução das atividades de assistência médica preventiva e curativa, em sua área de abrangência territorial. Com isto todos os postos de atenção primária à saúde e a quase totalidade dos hospitais que estavam vinculados ao MS, passam ao controle das Secretarias Municipais de Saúde.

Em 1995, o Ministro da Saúde (MS), Dr. Adib Jatene, leva para aprovação no Congresso Nacional a “Contribuição Provisória da Movimentação Financeira” (CPMF), que retiraria de todas as transações financeiras um pequeno percentual que seria empregado única e exclusivamente na saúde. A CPMF foi aprovada e usada para muitos outros fins, e muito pouco foi destinado para a saúde.

Em 1999, a Lei Nº 9.782, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao MS, com finalidade institucional de “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 eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras”.

As justificativas do Governo Federal para criar as agências reguladoras são decorrentes de exigências sociais e políticas. Em função desta situação, houve uma diluição do papel da administração pública como fornecedor exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, um processo, ainda em curso, de regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e à inovação, atuando preferencialmente no gerenciamento de recursos e na função de controle.

## 2. História e Evolução da Qualidade

Nos séculos XVIII e XIX, não existia ainda o controle de qualidade tal como o conhecemos hoje, embora o conceito de qualidade já fosse conhecido há milênios. Quase tudo era fabricado por artesãos e artífices habilidosos ou trabalhadores experientes e aprendizes sob a supervisão dos mestres do ofício. Produziam-se pequenas quantidades de cada produto; as peças eram ajustadas umas às outras manualmente, e a inspeção, após os produtos

prontos, para assegurar uma alta qualidade, era informal, quando feita. Um produto que funcionava bem era visto como resultado natural da confiança nos artífices qualificados para todos os aspectos do projeto, da produção e do serviço.

A inspeção formal só passou a ser necessária com o surgimento da produção em massa e a necessidade de peças intercambiáveis. Este processo exigia um grande grupo de mão-de-obra qualificada, era caro e demorado. O controle de qualidade limitava-se à inspeção e às atividades restritas como a contagem, a classificação pela qualidade e os reparos.

Havia, nas organizações produtivas da época, mais uma preocupação com os objetivos que com o ser humano, surgindo já algum interesse neste no período da Revolução Industrial, principalmente na Inglaterra, onde a atenção à saúde do trabalhador tinha o objetivo de manter a produção.

No século XX é que acontece progressivamente a percepção de que a ênfase na eficiência da máquina não basta como método para intensificar a produtividade, vendo-se a necessidade de analisar os processos e educar-se o ser humano para aumentar a eficiência das organizações.

Neste período surge o “Fordismo” (Henry Ford, 1863 – 1947, EUA), caracterizado por um conjunto de métodos de racionalização de produção baseado no princípio da especialização, onde tanto a empresa como o trabalhador deveriam dedicar-se a produzir apenas um tipo de produto e a realizar uma determinada tarefa operacional, respectivamente. Deveria produzir em massa e ser dotada de tecnologia que possibilitasse o máximo de produtividade.

Taylor (Frederick Winslow Taylor, 1856 – 1915, EUA), estudioso do período e conhecido como “Pai da Administração Científica”, descreve um sistema e normas voltadas para o controle dos movimentos do ser humano e da máquina no processo produtivo, além do pagamento da produtividade.

### **Controle Estatístico da Qualidade**

Durante a Segunda Guerra Mundial, tornaram-se necessárias produções em massa, mas com técnicas de produção com menor desperdício, maior controle e garantia de qualidade, principalmente em componentes críticos de determinados equipamentos bélicos (aviônicos; radares; armamentos, etc).

Para esta empreitada são convocados os estatísticos e os cientistas das universidades e laboratórios, com o fim de contribuir para o processo produtivo. (Teboul, 1991; Mann, 1992; Deming, 1990)

O ano de 1931 representou um marco no movimento da qualidade. W.A. Shewhart, que fazia parte do Departamento de Engenharia da Bell Telephone Laboratories, conferiu pela primeira vez um caráter científico ao controle da qualidade, aplicando técnicas estatísticas e métodos gráficos de acompanhamento e avaliação da produção diária.

Deming aprofundou e desenvolveu os postulados de Shewhardt, e introduziu os conceitos de controle de qualidade no Japão com grande resultado na produtividade da economia japonesa.

### **Garantia da Qualidade**

No período da Garantia da Qualidade, a qualidade passou de uma disciplina restrita e baseada na produção fabril para uma disciplina com implicações mais amplas para o gerenciamento, onde havia o envolvimento de quatro elementos distintos: quantificação dos custos da qualidade; controle total da qualidade; engenharia da confiabilidade e zero defeito.

#### *Custos da Qualidade*

Em 1951 Joseph Juran abordou esta questão na primeira edição de seu livro *Quality Control Handbook*, publicação que logo se tornaria a bíblia da profissão. Juran observou que os custos para se atingir um determinado nível da qualidade podiam ser divididos em custos evitáveis e custos inevitáveis. Estes eram os custos associados à prevenção – inspeção, amostragem, classificação e outras iniciativas de controle de qualidade. Os custos evitáveis eram os dos defeitos e das falhas dos produtos – material sucateado, horas de trabalho necessárias para se refazer o produto e repará-lo, processamento de reclamações e prejuízos financeiros resultantes de fregueses insatisfeitos. Juran considerava os custos das falhas “a mina de ouro” porque eles podiam ser drasticamente reduzidos investindo-se na melhoria da qualidade. Este conceito também ilustrava outro princípio importante: o de que as decisões tomadas no início da cadeia de produção – por exemplo, quando os engenheiros fizeram o esboço do projeto de um novo produto – tinham

implicações para o nível de custos da qualidade em que se incorria mais adiante, tanto na fábrica quanto no campo.

### *Controle Total da Qualidade*

Em 1956, Armand Feigenbaum levou este princípio a um passo adiante. Ele observou que todos os produtos novos, à medida que iam passando do projeto para o mercado, envolviam aproximadamente as mesmas atividades. Do ponto de vista da qualidade, eles podiam ser agrupados em três categorias: controle de novos projetos, controle de material recebido e controle de produtos ou local de produção. Para terem êxito, essas atividades exigiam a cooperação de muitos departamentos. De fato, à medida que os produtos iam passando pelas três etapas, tinha que haver a participação de grupos distintos como os de marketing, engenharia, compras, fabricação, expedição e atendimento ao cliente. Caso contrário, poder-se-iam cometer erros logo no início do processo, que causariam problemas mais adiante – durante a montagem ou, o que é pior após o produto ter chegado às mãos de um cliente.

A alta gerência era a responsável final pela eficácia do Sistema da Qualidade, que passara a incluir agora, o desenvolvimento de novos produtos, a seleção de fornecedores e o atendimento aos clientes, além do controle de fabricação.

### *Engenharia da Confiabilidade*

Como o controle total da qualidade, a engenharia de confiabilidade visava, antes de mais nada, prevenir a ocorrência de defeitos. Ela enfatizava também as habilidades de engenharia e a atenção para a qualidade durante todo o processo do projeto, garantindo um desempenho aceitável do produto ao longo do tempo.

### *Zero Defeito*

A experiência bem-sucedida do gerente geral da Martin Company (1961-1962) em atender um pedido do comando de mísseis do exército americano em um prazo menor que o previsto, e sem defeitos, adveio da sensibilização e da colaboração de todos os empregados na construção de um míssil exatamente correto da primeira vez. Das três causas mais comuns de erros dos empregados – falta de conhecimento, falta de instalações adequadas e falta de atenção – a gerência chegou a conclusão de que a última era a que menos se dava importância. Propôs-se, então, desenvolver um programa que

promovesse uma vontade constante, consciente, de fazer o trabalho certo da primeira vez. O programa resultante chamou-se zero defeito, que ressaltava muito a filosofia, a motivação e a conscientização, dando menos ênfase a propostas específicas e técnicas de solução de problemas.

### **Gestão Estratégica da Qualidade**

Com a reputação, a participação no mercado, e a rentabilidade de suas companhias em risco devido à qualidade, aliado ao aumento do número de processos indenizatórios em função de produtos e pressões do governo em várias frentes e, particularmente para alguns segmentos, as incursões dos fabricantes japoneses devido à sua qualidade e confiabilidade superiores, despertaram a alta gerência para o potencial da qualidade na concorrência.

A nova abordagem da qualidade foi redefinida em relação com os concorrentes e com o ponto de vista do cliente, não em relação com padrões fixos, internos. São os clientes e não os departamentos internos, que dão a última palavra ao se determinar se um produto é aceitável ou não.

Além disso, a atenção se desvia dos preços iniciais, por ocasião da compra, para os custos do ciclo de vida, que incluem os gastos com atendimento e manutenção no tempo, refletindo assim, com maior exatidão, os custos totais dos usuários. Até as reclamações dos consumidores, tratadas como más notícias potencialmente prejudiciais, podem ser vistas como valiosas fontes de informação de mercado.

Pesquisas publicadas na época mostraram que as empresas cujos produtos eram de qualidade superior tinham um retorno maior sobre o investimento (ROI), qualquer que fosse a participação no mercado, como também que os ganhos de qualidade estavam associados aos ganhos de participação no mercado.

Diante de tais evidências, muitos gerentes se convenceram de que a melhoria da qualidade poderia ser uma meta rentável e uma poderosa arma na competitividade.

Isso exigia uma reformulação das abordagens tradicionais da qualidade, já que se desejava uma melhoria marcante – e continuada. O objetivo, portanto, passaria a ser a melhoria contínua, e não o alcance de limites de qualidade aceitáveis (AQL) estáveis. Era necessária uma dedicação ao

processo de melhoria, bem como o compromisso de toda a companhia. Um importante pré-requisito ficou logo claro: a alta gerência teria que ter uma participação ativa no processo. Este compromisso de alto nível era considerado essencial para estabelecer seriedade de propósito e dedicação a longo prazo à qualidade. De fato, muitas empresas constataram que só depois de seus mais altos executivos terem se envolvido com a questão da qualidade é que os empregados perceberam a sua importância.

A gestão estratégica da qualidade apresenta uma abordagem mais ampla que suas antecessoras, mais intimamente ligada à lucratividade e aos objetivos empresariais básicos; mais sensível às tendências do mercado e às necessidades do consumidor; e mais firmemente associada à melhoria contínua.

### 3. Qualidade em Saúde

No século XVIII – XVII a.C., Hamurabi já estabelecia em seu código, alguma noção de responsabilidade médica e qualidade em saúde, assinalada pela abordagem da má-prática. Por muito tempo permaneceu este conceito, por resumir-se a atenção à saúde à atividade do médico. Hipócrates, no século IV a.C., deixou como legado seu juramento e conceito de “primum non nocere” (primeiro não lesar), fundamentais até hoje. Porém, com a crescente complexidade técnico-científica e profissional, estão envolvidos inúmeros fatores e não apenas o ato do médico, no resultado final da assistência médica.

Desta forma, desloca-se do conceito milenar de responsabilidade apenas do médico, para o de todo o sistema multifatorial “saúde”, além da necessidade de estabelecer-se paradigmas adequados de qualidade, eficiência e eficácia. Passa-se a avaliar preponderantemente resultados e não apenas o atendimento em si.

Pode-se afirmar que os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica tiveram o seu início durante a Guerra da Criméia em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale desenvolveu métodos de coleta de dados que objetivavam a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra.

Em 1910, o cirurgião americano Ernest Armony Codman, formulou padrões para avaliação dos serviços de saúde – o sistema de resultados finais.

Nele distinguia-se quatro fatores que influenciavam no resultado final: o médico; a organização assistencial; a severidade da doença; e o paciente. Os resultados finais são um produto desta relação quadripartite durante a assistência. Codman considera o hospital como instituição da comunidade e enfatiza que a política de pessoal é decisiva para o desempenho hospitalar, nela incluía-se a premiação e a remuneração de acordo com o sistema de avaliação dos resultados finais e da qualidade do serviço. Esta foi a primeira proposta substancial para um sistema de gerenciamento de resultados, pela qual o hospital deveria seguir cada paciente o tempo suficiente para determinar se o tratamento alcançara seus objetivos.

Em 1913 foi formado o *American College of Surgeons* que estabeleceu um programa de padronização hospitalar inspirado no programa desenvolvido por Codman.

Anos depois o *American College of Surgeons* realizou parcerias com outras entidades da área criando a *Joint Commission of Accreditation of Hospitals*, posteriormente denominada *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, sendo hoje, o sistema de acreditação, um dos principais instrumentos utilizados nos Estados Unidos para avaliar a qualidade da assistência médica.

Na América Latina o processo de qualificação hospitalar iniciou em 1989, com a Organização Mundial da Saúde juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Federação Latino-Americana de Hospitais.

No Brasil, iniciativas relacionadas com a acreditação hospitalar surgiram na década de 90 em diversos estados. No Ministério da Saúde durante a gestão de Adib Jatene (1995), foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde – PGAQS que era vinculado inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde e passou a fazer parte da Secretaria de Políticas de Saúde, do qual formou-se um grupo executivo que ficou encarregado de implantar um Programa Brasileiro de Acreditação. A partir do manual editado pela OPAS e das experiências estaduais, buscou-se, então, estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos, dentro da realidade brasileira. Em 1998, surgiu então a primeira versão do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”. E em agosto

de 1999, foi constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação – ONA, organização não-governamental, sem fins lucrativos, que iniciou a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores.

Em 26 de janeiro de 1999 a Lei Nº 9782 criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, autarquia especial com independência administrativa e financeira, conferindo-lhe competência para atuar nas atividades de regulação, normalização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária, tarefas tais a serem executadas por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

A Resolução Nº 921, de 9 de maio de 2002 reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de Organizações e Serviços de Saúde no Brasil.

Na área de serviços de saúde, a ONA iniciou seu trabalho pelos hospitais, serviços de hemoterapia e, atualmente, desenvolve parceria com a ANVISA e instituições profissionais, manuais de acreditação de serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva, de laboratórios clínicos e de serviços de radiações ionizantes.

Paralelamente à ONA, as certificadoras ISO concentraram-se nos laboratórios clínicos, serviços de hemoterapia e em partes da estrutura hospitalar, como o serviço de nutrição e dietética e os centros de terapia intensiva. Ainda em relação aos sistemas de avaliação externa da qualidade não-governamentais, cabe destacar os prêmios nacionais e setoriais da qualidade. Calcados no modelo do Prêmio Malcolm Baldrige americano e em similares europeus, estes prêmios oferecem critérios e diretrizes para avaliar diferentes tipos de organizações. Só recentemente é que as Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde obtiveram algum destaque nestas premiações, uma vez que concorrem com expoentes do setor industrial e do setor de serviços em geral. O principal exemplo de prêmio de âmbito nacional é o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e de prêmio regional é o do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP).

### 3.1 A Hemoterapia no contexto da Saúde e da Qualidade

Desde os primórdios da história da humanidade há registros do uso do sangue com uma conotação mística e terapêutica. As primeiras experiências de transfusão foram realizadas com sangue de animal em humanos, que passaram posteriormente, para a transfusão braço a braço. Várias foram as tentativas com insucesso até a descoberta dos grupos sangüíneos e dos anticoagulantes.

Após a II Grande Guerra Mundial, devido aos progressos conseguidos e o crescimento da demanda, surgiram no Brasil vários bancos de sangue, principalmente privados. Isso começou a gerar uma situação de comércio e lucratividade, sustentada na falta de esclarecimento da população, o que favoreceu a proliferação de doenças transmissíveis pelo sangue e o baixo rendimento transfusional. A exemplo do que ocorreu no mundo, as mudanças no sistema hemoterápico brasileiro não ocorreram nem por intervenção dos especialistas, nem por influência direta do governo, e sim por causas aleatórias como o advento da AIDS e por razões econômicas.

No período de 1964 a 1979, a Hemoterapia no Brasil tinha legislação e normatização adequados, porém carecia de uma rígida fiscalização das atividades hemoterápicas e de uma política de sangue consistente.

Em 1961, iniciou-se a cooperação Brasil-França visando a capacitação científica, que culminou com a inauguração do Hemocentro de Pernambuco (Hemope). Este serviu de modelo para a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pró-Sangue. Este programa estabelecia uma ordenação do Sistema Hemoterápico no Brasil, criando hemocentros nas principais cidades do país, tendo como diretrizes a doação voluntária não remunerada de sangue e medidas para a segurança de doadores e receptores.

O Programa Nacional de Sangue transformou-se em Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH, passou do Ministério da Saúde para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, voltou a ser um programa ministerial.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade do Sangue – PQS, adaptado do Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública, que é parte integrante do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. O PQS, está alinhado com os conceitos e princípios

do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), e tinha como propósito introduzir as mudanças de valores e comportamentos preconizados na gestão pela qualidade, e ainda, viabilizar a revisão dos processos internos dos Órgãos Executores das Atividades Hemoterápicas (OEAH), com vistas à sua maior eficiência e eficácia.

Atualmente a ANVISA, através do Projeto Hospital Sentinela, experimenta formar uma rede integrada de serviços atuando nas áreas de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância, com o intuito de acompanhar o desempenho de produtos utilizados na saúde, e assim, promover a qualidade na assistência ao paciente.

#### 4. O Modelo Referencial de Administração Pública

Como mencionado anteriormente, o PQS/MS foi adaptado do Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública, que é parte integrante do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, e está alinhado com os conceitos e princípios do PNQ.

O pressuposto básico do modelo referencial de gestão adotado pelo PQS/MS é que a gestão pode ser compreendida pela relação interdependente e complementar de sete elementos que reproduzem as relações existentes dentro de uma organização: liderança; planejamento estratégico; foco no cliente; informação e análise; gestão de pessoas; gestão de processos; resultados da organização.

Este modelo é baseado nos princípios da Qualidade Total onde há a participação de todos os setores da empresa e de todos os empregados no estudo e condução do controle de qualidade, no intuito de produzir produtos e serviços para atenderem às necessidades dos clientes.

As organizações como escolas, hospitais, clubes, prefeituras, etc, são formadas para tornar a vida mais amena e confortável e/ou para garantir a sobrevivência. Portanto, a razão da existência da empresa, ou melhor, a sua grande missão final, é a de satisfazer as necessidades do ser humano.

Dessa forma, surge uma pergunta básica: o que o consumidor considera na hora de adquirir um bem ou um serviço?

São muitas as variáveis que ele considera antes de adquirir um produto. A seleção pelo consumidor decorre das características ou qualidades presentes nele.

Há diversos conceitos de qualidade na literatura. De modo geral, um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável; acessível; segura; e no tempo certo às necessidades do cliente.

Para Juran qualidade é adequação ao uso. Este conceito não determina nem identifica quais elementos estabelecem como esse ajuste se processa mas envolve uma multiplicidade de itens ou requisitos que atendem “totalmente” ao consumidor, em termos de necessidades, preferências ou conveniências, expectativas, etc.

Se se deseja adequar um produto ou serviço inteiramente ao uso, todos os setores, áreas, pessoas ou, enfim, elementos que tiverem alguma participação, direta ou indireta, em sua produção serão igualmente responsáveis, pela qualidade. Isso envolve a coordenação de todos os elementos da empresa, no esforço de adequar o produto ao uso, com base em suas atividades no processo produtivo.

Da mesma forma que a adequação efetiva de um produto ao uso é um processo gradativo, o envolvimento de todos no esforço pela qualidade é um processo evolutivo por excelência. Todos os esforços, assim, feitos nessa direção configuram-se em mecanismos cujo objetivo é melhoria. Como esse ajuste é permanente – pelo aspecto dinâmico do próprio mercado –, a preocupação com a melhoria é também constante, daí advém o enfoque da melhoria contínua na Qualidade Total.

Dois exemplos típicos de desenvolvimento do processo de melhoria que caracterizam a ação da Gestão da Qualidade envolvem a chamada otimização do processo e a generalização da noção de perda.

A otimização do processo engloba os esforços destinados a minimizar custos, reduzir defeitos, eliminar perdas ou falhas e, enfim, racionalizar as atividades produtivas. É evidente que o reflexo dessas melhorias pode migrar diretamente para os produtos, que, afinal, são resultados dos processos que foram otimizados. De fato, produtos que mantêm suas características básicas e são comercializados por menores preços ou sem defeitos possuem, aos olhos do mercado, maior qualidade.

A generalização da noção de perda é toda ação, procedimento, operação ou atividade que não acrescente valor ao produto acabado ou que não contribui, de forma efetiva – direta ou indireta – para o aumento do grau de ajuste do produto à demanda.

De uma perspectiva dinâmica, deve-se considerar como perda a falta de ações positivas em relação a quem poderia ser nosso consumidor ou a quem o influencia. Nesse sentido, produtos que poluem o meio ambiente ou que causam preocupações ou danos a terceiros, configuram perda à medida que afetam negativamente pessoas que poderiam ser nossos consumidores no futuro.

A adequação ao uso é a melhoria mais relevante a considerar, já que, nesse caso, direciona-se o processo para o consumidor, isto é, determina-se uma íntima associação entre as operações de processo e os objetivos básicos da organização. Considerar os elementos que produtos e serviços devem ter para realizar o que deseja o cliente tem impacto estratégico na organização.

Assim, o elemento básico da gestão da Qualidade Total, segundo Juran, é o planejamento.

O planejamento estratégico busca ajustar a empresa ao ambiente externo, incorporando variáveis qualitativas como mudanças culturais e políticas, e por outro, considerando os sistemas complexos, as empresas, as sociedades e os mercados, de modo a aumentar sua competitividade.

Segundo Philip Kotler, o planejamento estratégico refere-se à seleção de objetos da empresa e à determinação de políticas de crescimento e concorrência que tenham maiores possibilidades de alcançar esses objetivos (Kotler, 1974).

A condução da administração estratégica é de responsabilidade da alta direção da empresa, mas a organização só estará profundamente preparada para adaptar-se ao mercado se suas lideranças, em todos os níveis da organização, estiverem cientes, conscientes e comprometidas com a necessidade de adaptação da empresa às alterações do mercado. Para tal, a participação do indivíduo e o trabalho em equipe devem ser valorizados e estimulados. A contribuição nos processos decisivos e a delegação de responsabilidades transforma as pessoas em parceiros de negócio,

favorecendo o alinhamento entre os planos estratégicos, táticos e operacionais da organização.

## A EMPRESA

A empresa Hospital Universitário Regional de Maringá - HUM é um hospital de ensino, reconhecido pelo MEC, ligado diretamente à reitoria da Universidade Estadual de Maringá. Apresenta um organograma funcional do tipo piramidal e burocracia do tipo especializada que oferece atendimento ambulatorial e de internação.

O Hemocentro Regional de Maringá é uma Diretoria do Hospital Universitário Regional de Maringá - HUM/Universidade Estadual de Maringá, vinculada à Rede HEMEPAR – Centro de Hematologia e hemoterapia do Paraná e conveniado ao SESA. Localizado no campus da Universidade Estadual de Maringá, ao lado do HUM, e possui 1.364,53m<sup>2</sup> de área construída, sendo 862,33m<sup>2</sup> de construção térrea e 502,20m<sup>2</sup> de construção em pavimento superior.

É um órgão público sem fins lucrativos e de referência regional com atuação em Maringá e na Macrorregião IV que compreende 29 (vinte e nove) municípios da 15ª Regional de Saúde. Coordena e desenvolve ações estabelecidas na política de sangue da Macrorregião, descentralizando atividades do HEMEPAR - Curitiba.

O Hemocentro realiza coletas externas de sangue em parceria com Clube de Serviços; Associação de Bairros; Associação dos Doadores Voluntários de Sangue; Secretarias Municipais de Saúde; Empresas locais de comércio; Estabelecimentos de Ensino; Serviço Militar; e outros que nos solicitam, proferindo palestras instrutivas sobre os serviços prestados pela Unidade, incentivando a doação voluntária e esclarecimentos quanto ao uso de hemocomponentes.

Presta assistência à rede de serviços de saúde na área de hematologia e hemoterapia suprindo as necessidades de sangue e hemocomponentes a pacientes atendidos pela rede SUS e dos convênios firmados com hospitais e empresas situados na sua área de abrangência. Sendo a sua receita baseada, exclusivamente, nos serviços médicos e hospitalares prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Atualmente conta com uma equipe multidisciplinar composta por 62 (sessenta

e dois) profissionais cujo perfil é mostrado na tabela abaixo:

*Perfil do Quadro de Pessoal*

Tabela 1 – Perfil do Quadro de Pessoal

Cargo	Nº	Vínculo	Escolaridade			
			Pós-Grad.	3º Grau	2º Grau	1º Grau
Administrador	1	UEM	1			
Almoxarife	1	UEM			1	
Assistente Social	2	UEM	2			
Auxiliar Cozinha	3	UEM			3	
Auxiliar Saúde Pública	2	15ª RS/SESA		1		
Auxiliar Laboratório	2	UEM	1		1	
Auxiliar Enfermagem	7	UEM	2		5	
Bioquímico	8	UEM	8			
Bioquímico	2	15ª RS/SESA	2			
Enfermeiro	3	UEM	2	1		
Médico	6	UEM	6			
Motorista	2	UEM			1	1
Químico	1	UEM		1		
Zelador	6	UEM		1		5
Técnico Administrativo	7	UEM	1	4	2	
Técnico Informática	1	UEM	1			
Téc. Assuntos Educacionais	2	UEM		2		
Técnico Laboratório	6	UEM	1	1	4	
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>UEM</b>				
<b>Cargos Efetivos</b>	62					
<b>Diretor</b>	1 - cargo comissionado					
<b>Chefe Técnico</b>	1 - função gratificada					
<b>Encarregado</b>	5 - função gratificada					

Fonte: Relatório de Atividades da empresa

Alguns funcionários iniciaram sua carreira profissional na empresa, pois a mesma oferece oportunidades para os jovens que estão ingressando no mercado de trabalho, assim como muitos se qualificaram através do plano de capacitação institucional.

O serviço tem como processos:

*Processos Finalísticos:*

- Captação de doadores de sangue
- Triagem de doadores de sangue
- Coleta de sangue interna e externa dentro da sua área de abrangência
- Fracionamento e armazenamento do sangue coletado
- Exames Imunohematológicos de doadores
- Exames sorológicos de doadores e pacientes
- Liberação e rotulagem dos hemocomponentes

- Realização de testes compatibilidade
- Distribuição de hemocomponentes aos hospitais conveniados
- Atendimento ambulatorial hemoterápico e hematológico a pacientes portadores de hemopatias cadastrados na Unidade
- Transfusão de sangue
- Controle de Qualidade dos hemocomponentes
- Cadastramento de candidatos à doação de Medula Óssea.

*Principais Processos de Apoio:*

- Copa de doadores
- Serviços gerais de limpeza
- Serviços gerais de manutenção
- Garagem
- Patrimônio
- Secretaria
- Setor administrativo
- Setor de recursos humanos
- Educação contínua

*Produção média mensal:*

Candidatos à doação - 1.086

Bolsas coletadas - 756

Número de atendimentos no ambulatório - 294

Total de hemocomponentes transfundidos - 533

Cadastro de doadores de medula óssea - 468

## RESULTADO

O Hemocentro Regional de Maringá teve seu primeiro contato com o Programa de Qualidade do Sangue / Programa de Qualidade do Serviço Público em março de 2000 quando dois servidores, o chefe técnico e um técnico administrativo, participaram do “Curso de Gestão da Qualidade em Unidades Hemoterápicas – Região Sul do Brasil”, promovido pela Gerência do Projeto de Implantação de Programas de Qualidade Total da Hemorrede do Ministério da Saúde.

Os dois servidores que participaram do curso de gestão da qualidade do Ministério da Saúde, juntamente com o diretor do Hemocentro, realizaram um planejamento do processo de implantação do programa.

Realizou-se então, conforme programação, uma reunião geral com todos os funcionários para a informação e sensibilização sobre o PQS e a composição do comitê gestor. Este comitê foi composto de acordo com o interesse e manifestação dos funcionários, portanto, houve a inclusão de um maior número de representantes de determinados setores em detrimento de outros, não ocorrendo com base no perfil dos componentes, como era almejado pelos coordenadores da implantação.

Logo nas primeiras reuniões de planejamento do comitê gestor foi proposto a realização de um curso para todos os servidores e a veiculação de um boletim informativo para divulgar as atividades do comitê e sensibilizar os servidores para a qualidade. Para ministrar o curso de introdução sobre qualidade foi convidado um instrutor do Sebrae que focou o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipe, e os objetivos da implantação do PQS. A primeira edição do boletim foi produzido com o título: “Boletim Sem Nome”, e neste foi solicitado a participação dos funcionários para sugestões de nomes para o boletim, as quais foram depositadas em urnas e a sua escolha foi feita por votação entre os membros do comitê. Sendo definido como título do boletim: “Boletim do Hemocentro Regional de Maringá”.

Os membros do comitê realizaram vários encontros para estudar o material de instrução utilizado no curso de gestão da qualidade realizado em Curitiba. Após esta fase foi realizado um exercício em grupo de mapeamento sistêmico da organização para se ter uma noção geral da instituição, definindo

clientes; principais produtos e serviços; indicadores institucionais; processo finalístico, de apoio e críticos; fornecedores e insumos.

A seguir, o grupo iniciou as atividades de auto-avaliação da gestão realizando, primeiramente, um estudo e discussão sobre os critérios de avaliação utilizando a apostila de orientação sobre o instrumento de avaliação dos Órgãos Executores de Atividades Hemoterápicas, exercício este sugerido pelo hemocentro coordenador em vista da experiência do mesmo em realizar a auto-avaliação sem um bom entendimento prévio do seu conteúdo.

No decorrer da avaliação houveram dúvidas na aplicação dos conceitos de missão, visão e valores da instituição, as quais foram sanadas por contatos realizados com a coordenação do PQS/MS e com o hemocentro coordenador Hemepar-Curitiba. Houve dificuldade para chegar a um consenso sobre as notas das avaliações. Nas atas das reuniões há manifestos da necessidade de uma assessoria para a implantação do programa de qualidade, porém, foi informado pela coordenação local do programa que isto somente seria possível após a adesão oficial ao PQS.

Algumas atividades foram desenvolvidas paralelamente às avaliações da gestão, mas também realizadas com muitas dúvidas quanto ao foco das ações, composição de equipes de melhoria e dificuldades apontadas pelos integrantes do comitê como conduzir as atividades do PQS junto às suas atividades rotineiras.

Observa-se que, talvez por falta de um maior entendimento do teor da pergunta, as evidências relatadas, por vezes não eram pertinentes ao tema em questão.

O resultado da auto-avaliação da gestão é mostrado na tabela abaixo:

Tabela 02 – Resultado da 1ª auto-avaliação da gestão

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	
	Pontuação máxima	Pontuação da organização
1. Liderança	45	14,1
2. Planejamento Estratégico	45	7,5
3. Foco no Cliente	45	13,3

4. Informação e Análise	45	2,0
5. Gestão de Pessoas	45	7,2
6. Gestão de Processos	45	9,7
7. Resultados da Organização	230	38,9
TOTAL	500	92,7

Na elaboração do plano de melhoria da gestão, bem como na decisão da adesão oficial ao PQS, houve muita polêmica devido a divergência de opiniões e há relatos de que questões de ordem pessoal estariam interferindo nas discussões.

Embora o diretor não fosse favorável à adesão ao programa, justificado pela falta de coesão do grupo, e também porque a adesão oficial envolveria o comprometimento do cumprimento de metas e prazos, o grupo acabou por aderir oficialmente ao programa.

Neste ínterim ocorreu o desligamento de alguns membros do comitê gestor, mas o plano de melhoria foi levado adiante com eleição de metas para cada critério, sendo cada meta gerenciado por membros do comitê gestor.

Para cada meta foi composta uma equipe, denominada de equipe de melhoria, constituída por servidores que manifestaram seu interesse em participar do grupo. A dinâmica de trabalho das equipes, assim como o sistema de registro e documentação foi definido previamente pelo comitê gestor, mas o gerenciamento geral da meta foi de responsabilidade do gerente da meta.

Assim, o plano de melhoria tinha como metas:

#### Item 01 – LIDERANÇA

- Avaliar regularmente o desempenho global da organização
- Realizar campanhas de sensibilização e organização do lixo reciclável e outras campanhas
- Implantar um comitê de vigilância transfusional
- Sistematizar, organizar e atualizar documentos para a preservação do patrimônio histórico da organização
- Criar a associação “Amigos do Hemocentro”

#### Item 02 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

- Elaborar plano anual de gestão

#### Item 03 – FOCO NO CLIENTE

- Implantar pesquisa de satisfação do doador
- Reconhecer os clientes potenciais e suas necessidades e expectativas.
- Promover a valorização do funcionário

#### Item 04 – INFORMAÇÃO E ANÁLISE

- Sistematizar as informações setoriais

#### Item 05 – GESTÃO DE PESSOAS

- Implantar o 5”S”

#### Item 06 – GESTÃO DE PROCESSOS

- Implantar práticas para o intercâmbio de processos para introduzir ações corretivas de melhoria e/ou inovações

#### Item 07 – RESULTADOS DA ORGANIZAÇÃO

- Divulgar indicadores setoriais
- Implantar um Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)

O Plano de Melhoria foi concluído e aprovado em dezembro de 2000 e a implantação foi iniciada logo a seguir.

Em meados de setembro de 2001 instalou-se uma greve dos servidores estaduais, mas as atividades de implantação do plano prosseguiram. Findada a greve que durou cerca de seis meses, o plano sofreu algumas readequações com redefinição de prazos.

Devido ao cronograma de atividades do PQS, foi realizada a 2ª auto-avaliação da gestão em 2002.

O resultado da 2ª avaliação da gestão é mostrado na tabela abaixo:

Tabela 03 – Resultado da 2ª auto-avaliação da gestão

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	
	Pontuação máxima	Pontuação da organização
1. Liderança	45	18,9
2. Planejamento Estratégico	45	15,8
3. Foco no Cliente	45	16,8
4. Informação e Análise	45	15,6
5. Gestão de Pessoas	45	9,3

6. Gestão de Processos	45	14,5
7. Resultados da Organização	230	46,60
TOTAL	500	137,50

Em relação às metas estabelecidas, pode-se relatar as seguintes evidências de ações:

#### Item 01 – LIDERANÇA

- Avaliar regularmente o desempenho global da organização

Foram escolhidas as metas mobilizadoras nacionais como indicadores de desempenho, por estarem em consonância com as metas estabelecidas na reunião da hemorrede. São elas:

- Alcançar o índice de coleta de bolsas correspondente a 3% da população brasileira;
- Atingir o índice de 80% de doações espontâneas;
- Atingir o índice de 60% de doadores de repetição;
- Alcançar o índice de 30% de participação feminina nas doações;
- Alcançar o índice de 30% de doações jovens (18 a 29 anos) em relação ao total de doações;
- Reduzir em 50% o índice de inaptidão sorológica por marcador

A tabela 3 mostra a evolução dos indicadores de desempenho institucionais no decorrer do programa.

Tabela 04 – Evolução dos indicadores de desempenho institucionais

	1999	2000	2001	2002**
Doação espontânea	2469 (31,86%)	2671 (37,14%)	4262 (51,74%)	4561 (60,82%)
Doação de repetição	*	*	328 (39,91%)	3402 (45,37%)
Doação feminina	*	*	3185 (37,6%)	2653 (35,38%)
Doação jovens	*	*	*	3591 (47,89%)
Índice de inaptidão	26,31%	26,07%	28,99%	27,22%

clínica				
Índice de inaptidão sorológica	11,40%	8,54%	8,92%	7,62%

\* Não foi possível levantar os dados

\*\* Período de janeiro a outubro de 2002

Fonte: Relatório de Gestão 2003

- Realizar campanhas de sensibilização e organização do lixo reciclável e outras campanhas

Foi criado um fluxo de coleta, armazenamento e destino do papel reciclável. Mas o gerente da meta relatou certa resistência dos servidores em relação às mudanças e apontou a greve ocorrida no período como fator agravante para o bom andamento da meta.

- Implantar um comitê de vigilância transfusional  
Não há relatos ou registros de ações para esta meta.
- Sistematizar, organizar e atualizar documentos para a preservação do patrimônio histórico da organização  
Foi realizado o levantamento histórico da organização, necessitando determinar o patrimônio do Hemocentro.
- Criar a associação "Amigos do Hemocentro"  
Não há relatos ou registros de ações para esta meta.

## Item 02 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

- Elaborar o plano anual de gestão

Há relatos de que o planejamento das atividades, principalmente as que envolvem recursos orçamentários e políticos, ocorreram nas reuniões anuais da hemorrede e nas reuniões de diretoria do HURM. O plano para a meta mobilizadora foi idealizado junto ao comitê gestor.

No entanto, em relação às diretrizes internas há relato de que houveram poucos encontros e que alguns planos foram traçados como o plano de aperfeiçoamento/treinamento dos servidores, previsão de recursos humanos, insumos e equipamentos.

## Item 03 – FOCO NO CLIENTE

- Implantar pesquisa de satisfação do doador

Foi implantado um questionário de satisfação do atendimento ao doador e algumas melhorias puderam ser realizadas como maior organização do serviço, melhoria do ambiente físico, do lanche servido ao doador, mas é apontado pelo gerente da meta a necessidade de implantar uma sistemática de retorno aos doadores que responderam o questionário.

- Reconhecer os clientes potenciais e suas necessidades e expectativas.

Há relatos da elaboração de um plano para avaliação da satisfação dos serviços de saúde e pacientes usuários de sangue mas não há registro de sua ação.

- Promover a valorização do funcionário

Há um planejamento para a implantação de ginástica laboral, incrementação do café da manhã dos funcionários e melhorias no ambiente da copa, exposição semanal de frases de motivação e valorização do funcionário e também em dias especiais como aniversário, dia do profissional, dia do funcionário público. No entanto, somente parte deste plano foi executado. Este trabalho perdeu forças devido ao longo período de greve instalado na universidade, o que gerou uma preocupação manifestada pelo gerente da meta da desmotivação do grupo.

#### Item 04 – INFORMAÇÃO E ANÁLISE

- Sistematizar as informações setoriais

Há relato da dificuldade de avançar na elaboração do plano de melhoria devido a falta de normalização da rotina dos setores. Foi percebido neste exercício que a sistematização das informações seria uma atividade que forneceria subsídios para as demais metas. Então, o grupo chegou a conclusão de que a informatização seria ponto crucial para o trabalho da equipe. Assim, iniciou-se ações como a contratação de um técnico de informática e um estudo orçamentário e técnico da implantação de um servidor, terminais, e de um *software* específico para banco de sangue em toda a extensão do serviço.

Assim, desde dezembro de 2002 todas as informações referentes a cadeia do sangue são registradas no sistema Hemovida – DATASUS.

#### Item 05 – GESTÃO DE PESSOAS

- Implantar o 5”S”

Há indícios do desenvolvimento dos três primeiros "S"s (1S-Seiri, organização; 2S-Seiton, ordem; 3S-Seiso, limpeza), quando criou-se um clima de competição interna, intersetorial, ocasionado pelo uso de um sistema de avaliação do resultado da implantação de cada etapa. Devido à greve que durou cerca de seis meses foi relatado a necessidade de reiniciar a implantação desde o primeiro "S".

#### Item 06 – GESTÃO DE PROCESSOS

- Implantar práticas para o intercâmbio de processos para introduzir ações corretivas de melhoria e/ou inovações

Há registro de encontros com servidores de alguns setores inicialmente, e posteriormente representantes dos demais setores foram convidados para integrar o grupo por entender que havia a necessidade da participação de servidores de todos os segmentos da organização. Assim, foi definido que cada setor, através do seu representante, apresentaria os problemas encontrados na rotina e juntamente com a equipe elegeriam as melhores soluções. Esta dinâmica foi iniciada pelo serviço de captação, seguido da recepção, mas não há registros de que as sugestões foram implantadas e se as ações propostas foram efetivas. Esta atividade foi interrompida pela instalação da greve na instituição.

#### Item 07 – RESULTADOS DA ORGANIZAÇÃO

- Divulgar indicadores setoriais

Há proposta de alinhar esta meta com Informação e Análise, porém não foi detectado registro de ações resultantes do desdobramento da respectiva meta.

- Implantar um Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)

Não há relatos ou registros de ações para esta meta.

Observa-se, de uma forma geral, um incremento na estrutura da organização como aquisição de equipamentos de automação dos exames sorológicos e de informatização, aquisição da unidade móvel; melhoria no sistema de registro e documentação, e implantação das agências transfusionais.

Algumas ações levantadas no relatório de gestão fazem parte do plano anual da própria universidade como o Plano Anual de Capacitação Técnico-administrativo, que proporciona a qualificação dos profissionais inclusive com um incentivo previsto no plano de carreira da instituição, o Programa de Integração dos novos servidores e o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, que avalia periodicamente o estado de saúde dos servidores.

Foi definida a missão, a visão e os valores da organização após a compilação das sugestões de cada equipe de melhoria, porém estes não foram divulgados para todos os servidores da instituição.

Após a realização da 2ª auto-avaliação houveram contratempos como o desligamento de três gerentes de meta, um por retorno de um dos servidores ao antigo posto de trabalho, e outros por motivos pessoais. Na equipe que gerenciava a reciclagem de papéis ocorreu a utilização de recursos arrecadados com a venda dos mesmos sem a consulta ou consentimento do comitê gestor, o que gerou descontentamento geral culminando com a saída de membros da equipe.

Na avaliação feita pelo coordenador local do programa, a greve foi um fator agravante para o bom andamento do programa e a falta de tempo para dedicação ao PQS também foi um dos fatores críticos apontados.

Em 2003, com as eleições para a reitoria, superintendência e diretorias do hospital, houve a mudança dos gestores do hemocentro. Neste mesmo ano, o comitê gestor, que já vinha recebendo cartas-convite para participar do Prêmio Nacional da Gestão Pública, decidiu junto à nova diretoria pela inscrição para concorrer ao prêmio, porém isto não se concretizou devido ao fato da unidade fazer parte de órgãos maiores como o Hemocentro coordenador, Hemepar – Curitiba e a Universidade Estadual de Maringá, e estes não terem se inscrito.

Este episódio, e o desenvolvimento das atividades do programa de qualidade sem o envolvimento direto da alta administração acabou por gerar uma desmotivação ainda maior e a conseqüente dispersão do grupo.

## DISCUSSÃO

O paradigma gerencial contemporâneo na administração pública surgiu na segunda metade do século XX como resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial. Embora ainda conserve alguns dos seus princípios, a administração pública gerencial constitui um avanço, e a diferença fundamental está na compreensão da função do Estado em defender o interesse da coletividade como interesse público, e não do próprio Estado.

Ela vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços. Os resultados da ação do Estado são considerados bons, não porque os processos administrativos estão sob controle e são seguros, como ocorre na administração pública burocrática, mas porque as necessidades do cidadão-cliente estão sendo atendidas.

Sob esta ótica, a administração pública passa a ser orientada, predominantemente, pelos valores da eficiência - necessidade de reduzir custos - e qualidade na prestação de serviços, tendo o cidadão como beneficiário.

A indústria de cuidados com a saúde também tem sido tremendamente pressionada para reforma, tanto pelo aspecto econômico como, principalmente, pelo senso de responsabilidade social que a instituição deve ter em relação à comunidade a que serve.

As necessidades em saúde da população, o avanço permanente das técnicas e de novas exigências obriga o hospital a ser progressivo, dinâmico, atualizado, tenha apoio dos serviços de saúde e seja responsável pela higidez e longevidade (Cherubin, 1977).

Dicotomicamente, nos últimos anos, a rede pública de hospitais federais, estaduais e municipais vem sofrendo um processo de deterioração acelerada por motivos diversos como escassos recursos orçamentários para custeio do funcionamento e novos investimentos, e ao aumento da demanda.

E embora a saúde seja direito de todos e dever do estado, estabelecido por lei, observa-se ainda, grande desigualdade nas condições de vida da população e no acesso às ações e serviços de promoção à saúde.

Em nações subdesenvolvidas observa-se baixo nível de aplicação de recursos econômicos em áreas sociais. Em outros casos, recursos significativos em termos de investimentos são desperdiçados em programas mal definidos e mal executados. Estes aspectos e constatações implicam compromisso e desafio para os governantes, cientistas e trabalhadores da saúde em otimizar ao máximo e universalizar os benefícios, reduzindo custos, buscando controlar o desperdício dos sempre escassos recursos humanos, econômicos e dos investimentos sociais.

Beulke & Bertó (1997) referem que o esforço de controle de custos é sobretudo relevante para a sobrevivência dos hospitais, que dependem de forma acentuada das minguadas receitas (em geral) geradas na prestação de serviços via instituto de saúde pública, como o extinto INAMPS, ou através do SUS.

Tanto as instituições estatais, como o próprio mercado, apresentam-se como fortes limitadores de obtenção de resultados econômicos através da prática de preços. Resta para as instituições de saúde atuar fortemente no gerenciamento do resultado econômico mediante estudos de preço x custos x volumes adicionais, isto é, avaliar o custo-eficácia das intervenções na busca de soluções de menor despesa para obter resultado esperado e de melhor resultado com determinada despesa (Lima & Lima, 1998).

Apesar da finalidade principal das organizações públicas de saúde não ser o lucro, elas têm que demonstrar certa performance para manter a sua participação no mercado. A falta de eficiência, ou mesmo a ausência de lucratividade de determinados segmentos do setor público tem culminado na sua privatização.

Assim, a avaliação pelos gestores públicos da necessidade de implementação de melhorias depende da constatação da existência de diferentes padrões de competitividade, isto remete ao conceito de diversidade dos esquemas interpretativos e de sua importância no processo de escolha estratégica em organizações (MACHADO-DA-SILVA, C.L., 2006).

Na hemoterapia, em particular, observa-se uma grande pressão da concorrência no mercado. Alguns estados vêm invertendo a lógica esperada de cobertura da demanda com sangue proveniente do setor público contratando os serviços privados para atender as suas necessidades. Em decorrência disto,

e considerando o grande risco à saúde nas atividades de hemoterapia, há uma proposta do governo de ampliar para 100% a cobertura dos leitos públicos e contratados pelo SUS com sangue proveniente da hemorrede pública, transformando os serviços de hemoterapia, prioritariamente, em públicos.

Existe também o anseio do governo em alcançar a auto-suficiência em hemoderivados no país em vista do alto custo de sua importação para o tratamento de pacientes com distúrbios da coagulação (Ministério da Saúde, 2000).

Para tal empreitada, é preciso incrementar a quantidade e a qualidade dos componentes sangüíneos produzidos, principalmente do plasma, visando a produção de fatores de coagulação.

Levando-se em consideração as dificuldades para a obtenção de sangue e hemocomponentes seguros, além do alto custo em processá-los e disponibilizá-los, há necessidade de se definir, primeiramente, o que é excedente de hemocomponentes e estoque estratégico; criar mecanismos de controle de estoque; definir critérios de aceitação para o descarte por tipo de hemocomponente. Ou seja, requer o planejamento das ações, com definição de metas e estratégias em todos os níveis hierárquicos, e o acompanhamento das etapas de implantação do plano com avaliação dos resultados.

Portanto, uma decorrência evidente deste processo é o envolvimento do pessoal que compõe os altos escalões da empresa no esforço pela qualidade.

Para a implantação do PQS constituiu-se um comitê gestor que tinha apoio da alta direção mas não o envolvimento direto dos seus membros, um dos pontos críticos do processo de implantação apontados pela própria coordenação do PQS.

O comitê foi composto de acordo com a manifestação de interesse dos funcionários, e não com base no perfil, como requerido de início pelos coordenadores. Para cada meta do plano de melhoria um membro do comitê gestor foi nomeado como responsável pelo gerenciamento das atividades. Este, por sua vez, constituiu sua equipe também conforme a manifestação de interesse dos servidores.

Assim, o planejamento das estratégias e ações para se alcançar os objetivos, ocorreu a nível de equipe de melhoria. Portanto, nos casos em que não havia a participação de membros da direção na equipe de melhoria, as

estratégias não foram elaboradas ou foram elaboradas sem a participação da alta administração. Ou em outras situações, a alta administração participou do desdobramento do plano de melhoria em todos os níveis hierárquicos.

Os administradores da organização devem estabelecer a política, as metas e planos de longo e médio prazo, realizar a provisão dos recursos para a execução do plano, e avaliar o desempenho global de acordo com os resultados. Os responsáveis de área/setor devem realizar o desdobramento do plano em ações que serão executadas pelos colaboradores como procedimento operacional padronizado e, quando necessário, realizar o realinhamento das estratégias e ações juntamente com a alta direção e/ou seus colaboradores.

Na primeira auto-avaliação da gestão foi constatado que haviam oportunidades de melhoria em todos os critérios de avaliação, inclusive a de estabelecer as diretrizes gerais do serviço. No entanto, as propostas do plano de melhoria foram definidas sem elencar prioridades nas ações e, de forma geral, voltaram-se mais para a estruturação da organização do que para os processos e resultados.

O Plano de Gestão Institucional, realizado anualmente, foi idealizado de acordo com as metas mobilizadoras nacionais do Ministério, que visavam incrementar o número de doações de sangue no país. Assim, um planejamento foi feito para atender tais metas, inclusive com implantação de indicadores de desempenho para avaliar o incremento de doadores espontâneos; de doadores do sexo feminino; de doadores jovens; entre outros, porém, não há registro de elaboração de ações visando atender o paciente, o cliente principal de todo o processo do serviço.

A razão de existência de uma instituição de saúde é o paciente. Cabe aos gestores realizar o planejamento estratégico considerando os objetivos da organização que tem como norteadores o mercado consumidor, com suas necessidades e expectativas, e a capacidade da empresa ou do seu corpo em desenvolver serviços que atendam tais quesitos.

Deste modo, os administradores realizam previsões considerando as ameaças e oportunidades futuras, e avaliam também os pontos fortes e pontos fracos da empresa.

Os pontos fortes e fracos constituem seus recursos. Incluem os recursos humanos (experiência, capacidades, conhecimentos, habilidades e julgamento de todos os funcionários da empresa), os recursos organizacionais (os sistemas e processos da empresa, inclusive suas estratégias, estrutura, cultura, administração de compras/materiais, produção/operações, base financeira, pesquisa e desenvolvimento, marketing, sistemas de informação e sistemas de controle), e os recursos físicos (instalações e equipamentos, localização geográfica, acesso a matérias primas, rede de distribuição e tecnologia).

Em um contexto de excelência, todos os três tipos de recursos trabalham juntos para oferecer à empresa uma vantagem competitiva sustentada.

Um recurso estratégico para a gestão é o gerenciamento dos sistemas de informação. Ele proporciona o agrupamento de informações oriundas de várias fontes, possibilitando melhor visualização para a operacionalização e tomada de decisões.

Catelle (1997) relata que as decisões dos gestores devem ser apoiadas em todas as fases por um sistema de informação. Salaria que a integração dos sistemas de informações ao processo de gestão determina a eficácia dos mecanismos de autocontrole e feedback, e que estes constituem requisitos para que o sistema empresa mantenha-se no rumo dos resultados desejados.

Os processos e a tecnologia são necessários para transformar uma empresa, porém é importante lembrar também que são as pessoas que dão vida a esses aspectos.

Nessa abordagem, o modo como a organização conduz sua política e seu processo de gestão de pessoas é, em última análise, o principal elemento que pode contribuir para o sucesso da implantação de sua estratégia de mudança.

Paladini (2004) considera que uma gestão da qualidade sólida é construída sobre três pilares: o gerente da qualidade – agente da decisão; o recurso humano – agente da transformação; a cultura da organização – agente de consolidação da gestão da qualidade.

O envolvimento dos funcionários no processo de tomada de decisões da organização, sobretudo naquelas decisões que afetam diretamente no

desempenho do seu trabalho, faz emergir um senso de responsabilidade pelo negócio da empresa. O *empowerment* ou empoderamento que confere a gestão participativa faz com que as pessoas atuem com mais autonomia, utilizando suas habilidades e seus conhecimentos, e como consequência, a produtividade e a qualidade aumentam, e a sua auto-estima também (MARTINS, O.B., 2006).

O Plano de Aperfeiçoamento e Capacitação Técnico-administrativo (PACT) da instituição proporciona, anualmente, uma agenda de cursos e treinamentos definidos junto às diretorias, mas nada muito específico e prático. Avista-se uma necessidade de capacitação pessoal para procedimentos padronizados e aperfeiçoamento para a qualificação requerida nas atividades afins. Necessidade esta orientada pelos objetivos da organização e pela avaliação de desempenho do servidor.

Em algumas situações é necessário a formação de equipes com representantes dos setores envolvidos para solucionar um problema ou desafio. A formação de equipes interdisciplinares ou multiprofissionais, organizadas de acordo com os processos, transforma a empresa com perfil funcional em centros de trabalho ágeis, eficientes e flexíveis, orientados para o resultado (BELMIRO, T.R.; RECHE, J.R.F., 2003).

Neste contexto, a cultura organizacional deve pregar valores coletivos, onde ninguém é responsável por um único nicho, mas pelo sucesso da empresa como um todo. Isto significa estimular o trabalho em equipe e reconhecer a função de cada um dentro da organização.

Segundo Jack Welch, a forma de tornar uma empresa mais ágil, mais produtiva e mais competitiva é liberar a energia, a inteligência, a sensibilidade, a coragem e a autoconfiança do trabalhador (Slater, 1999).

A Qualidade constitui hoje questão relevante no meio empresarial. Mais e mais empresas estão se convencendo que programas de qualidade afetam diretamente sua rentabilidade e, conseqüentemente, a sua sobrevivência no mercado (TELMA, R.R., 2006).

Com o crescimento desproporcional das demandas por serviços governamentais, faz-se necessário estabelecer mecanismos para otimizar a aplicação dos recursos disponíveis e garantir a assistência de qualidade à comunidade. Por outro lado, requer também, uma nova definição de papéis, na

qual o Estado, a iniciativa privada, os trabalhadores e os demais agentes da sociedade cooperem efetivamente entre si, buscando uma equação de coresponsabilidade.

Na opinião de Pereira (1997) cabe ao Estado criar políticas que garantam o desenvolvimento socioeconômico do país e ao bem-estar da sociedade.

A descentralização e a transformação das instituições públicas que o governo busca com a reforma administrativa, é o caminho seguro para a maior qualidade e produtividade no setor público (CUNHA, J.C., 2006).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Apresentação. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm>> Acesso em: 17 jan. 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – GERÊNCIA GERAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS. Relatório final do Seminário Nacional de Gestão da Política de Sangue e Hemoderivados. Brasília, 2000.

BELMIRO, T.R.; RECHE, J.R.F. O desafio de uma gestão por processos sob a ótica de uma telecom. **Revista de Administração**, São Paulo, v.38, n.3, p. 260-272, jul./ago./set.2003.

CUNHA, J.C. **Introdução à Gestão da Qualidade e Produtividade**. Curitiba, 2006. Apostila do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração - CEPPAD, Universidade Federal do Paraná, p.33.

GARVIN, D.A. **Gerenciando a Qualidade**. Ed. Qualitymark. 1992

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Programa de Educação à Distância. **Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação – Multiplicadores (TALSA) 1, 2, 3 e 4**. 2004. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>

JUNQUEIRA, PC.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Rev.Bras.Hematol.Hemoter.** São José do Rio Preto. vol.27(3), artigo especial, 2005

KOTLER, P. **Administração de Marketing (Análise, Planejamento e Controle)**. São Paulo. Ed. Atlas. 1ª edição, 1974.

KROETZ, A.J.; ROCHA, M.C. **Estudo da controladoria como instrumento de apoio gerencial para a administração pública no estado do Paraná**. Curitiba, 2001. 134f. Monografia (Especialização em Controladoria Governamental) – Departamento de Contabilidade do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

MACHADO-DA-SILVA, C.L. **Mudança & Análise Organizacional**. Curitiba, 2006. Apostila do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração - CEPPAD, Universidade Federal do Paraná, p.38.

MARTINS, O.B. **Cultura e Administração Participativa**. Curitiba, 2006. Apostila do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração - CEPPAD, Universidade Federal do Paraná, p.28.

Ministério da Saúde. Apostila da Gestão do Programa de Qualidade do Sangue – PQS. Brasília, 2000, p. 6-8.

MORAES, P.F.S. **Estudo de Caso: administração participativa na definição do planejamento estratégico.** Curitiba, 2001. 64f. Monografia (Especialização em Gestão da Qualidade) – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração – CEPPAD do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

PALADINI, E.P. **Gestão da Qualidade – Teoria e Prática.** São Paulo. Ed. Atlas. 2ª edição, 2004.

SKROCH, G.P. **A visão estratégica como base da mudança organizacional na instituição de saúde (Hospital de Clínicas da UFPr). Base tríplice de proposta, baseada na estratégia, marketing e estrutura organizacional.** Curitiba, 2003. 125f. Monografia (Especialização em Estratégia e Gestão Empresarial, nível MBA) – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração – CEPPAD do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

TAYLOR FW & FAYOL H. **Principios de la administración científica, administración industrial y general.** Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1972

TELMA, R.R. **Planejamento Estratégico e Qualidade.** Curitiba, 2006. Apostila do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração - CEPPAD, Universidade Federal do Paraná, p.4.