

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA**

**A Gestão da Qualidade e o Redesenho de
Processos como Modelo de Desenvolvimento
Organizacional em Hospitais Públicos
Universitários:
O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**

Autor: Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa Lima

Orientador: Prof. Dr. Ademir José Petenate

04/2007

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA**

**A Gestão da Qualidade e o Redesenho de
Processos como Modelo de Desenvolvimento
Organizacional em Hospitais Públicos
Universitários:
O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**

Autor: Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa Lima
Orientador: Prof. Dr. Ademir José Petenate

Curso: Engenharia Mecânica
Área de Concentração: Gestão da Qualidade Total

Dissertação de mestrado profissional apresentada à Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Engenharia Mecânica da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Engenharia Mecânica / Gestão da Qualidade Total.

Campinas, 2006
S.P. - Brasil

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA ÁREA DE ENGENHARIA E ARQUITETURA - BAE - UNICAMP

L629g Lima, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa
A gestão da qualidade e o redesenho de processos
como modelo de desenvolvimento organizacional em
hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das
Clínicas da UNICAMP / Maria Bernadete Barros
Piazzon Barbosa Lima. --Campinas, SP: [s.n.], 2006.

Orientador: Ademir José Petenate.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia
Mecânica.

1. Gestão da qualidade. 2. Saúde pública. 3.
Desenvolvimento organizacional. 4. Hospitais
universitários. I. Petenate, Ademir José. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Engenharia Mecânica. III. Título.

Título em Inglês: The quality management and the redesign of process as an
organizational development model in university public
hospitals: the case of UNICAMP Clinics Hospital.

Palavras-chave em Inglês: Quality management, Process improvement, Redesign
process, University hospitals, Public health,
Organizational development.

Área de concentração: Gestão da Qualidade Total

Titulação: Mestre em Engenharia Mecânica

Banca examinadora: Djalma de Carvalho Moreira Filho e Paulo Eduardo Moreira
Rodrigues da Silva.

Data da defesa: 18/12/2006

Programa de Pós-Graduação: Engenharia Mecânica

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**A Gestão da Qualidade e o Redesenho de
Processos como Modelo de Desenvolvimento
Organizacional em Hospitais Públicos
Universitários:
O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**

Autor: Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa Lima
Orientador: Ademir José Petenate

A Banca Examinadora composta pelos membros abaixo aprovou esta Dissertação:

Prof. Dr. Ademir José Petenate
Instituição: Instituto de Matemática Estatística e Computação Científica - Unicamp

Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e Hospital de Clínicas - Unicamp

Prof. Dr. Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e Pró-Reitoria Desenv. Universitário - Unicamp

Campinas, 18 de dezembro de 2006.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Maurício e Luciana pela compreensão durante toda a minha trajetória profissional, em especial por tudo que significam para mim.

Ao José Alberto pelos momentos em que estive ausente, pelo carinho e companheirismo dispensado ao longo de muitos anos de convivência, e pela vida dos nossos filhos.

À minha mãe (in memoriam) e ao meu pai, aos quais tenho imensa gratidão por minha existência. Ao meu pai pelo exemplo de perseverança e paciência, e por conviver nesta fase da sua vida, com muitos momentos de minha ausência para realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pela troca de experiências vividas ao longo destes anos, muitos dos quais se tornaram mais que amigos, meio-irmãos, e que compartilham comigo o sonho pela melhoria contínua da saúde pública brasileira.

A todas as pessoas que trabalham no Hospital de Clínicas da UNICAMP, provendo ininterruptamente meios para manter ou restabelecer a saúde do ser humano.

AGRADECIMENTOS

Aos meus mestres que tão bem transmitiram seus conhecimentos, em especial aos Prof. Dr. Manuel Folledo (in memorian) pela contribuição com meu crescimento profissional, e Prof. Dr. André Leite Alckmin pela sabedoria de vida compartilhada que muito ajudou meu desenvolvimento como Ser Humano.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ademir José Petenate, pelos valiosos ensinamentos sobre Gestão da Qualidade, em especial pelo meu desenvolvimento em Melhoria de Processos.

Ao Prof. Dr. Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva, atual Pró Reitor de Desenvolvimento Universitário, e Superintendente do Hospital de Clínicas da UNICAMP (de maio de 1997 a maio de 2002), pelo incentivo profissional quando da minha escolha para a Assessoria de Qualidade do hospital em 2000.

A todos os meus colegas de trabalho, que direta ou indiretamente participam e contribuem com o movimento da Qualidade no hospital, em especial aos membros do Grupo de Facilitadores da Qualidade onde tudo começou, e aos gerentes parceiros nos trabalhos de Redesenho de Processos que muito colaboraram na realização deste trabalho.

A todos vocês meu “MUITO OBRIGADO”!

***“Ninguém pode forçar mudança em quem quer que seja.
Ela tem que ser vivenciada. A menos que nós inventemos
meios onde as mutações de paradigma possam ser
vivenciadas por um grande número de pessoas, a
mudança continuará sendo um mito.”***

Eric Trist

RESUMO

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa, *A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP*, Campinas: Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2006. 176 p. Dissertação (Mestrado Profissional)

A qualidade na área de saúde pública ainda é um movimento incipiente no Brasil. Insuficiência de recursos para investimentos e melhorias, mas também falta de eficácia e efetividade, frágil acolhimento dos usuários, baixo impacto das ações de saúde sobre os problemas da população, se constituem ainda problemas evidentes. Torna-se extremamente necessário e urgente apontar possibilidades de intervenção nesta realidade. Não basta melhorar o financiamento na saúde, é preciso corrigir os procedimentos organizacionais para reduzir custos, eliminar desperdícios, retrabalho, e reduzir a variabilidade nos processos de trabalho. O que deve mover a administração pública é a *boa* utilização do orçamento, e não o aumento de lucro. Sendo assim, a área de saúde pública é um ambiente único e desafiador para implantar mudanças na forma de Gestão. Esta dissertação tem a finalidade de **retratar como a Gestão da Qualidade e o método de Redesenho de Processos pode ser uma estratégia para o Desenvolvimento Organizacional nos Hospitais Públicos Universitários, através do relato da experiência no Hospital de Clínicas da UNICAMP**. A realidade encontrada pelo redesenho nos processos do HC-UNICAMP foi uma grande quantidade de mudanças fáceis de implantar nos processos vigentes. Os trabalhos permitiram avançar nas interfaces entre as áreas, e estabeleceu-se uma rotina de interação entre processos fornecedores e clientes, com decisões compartilhadas entre vários serviços. Um grande salto se deu porque assuntos inter-funcionais e inter-profissionais passaram a ser mais abordados e discutidos. A Qualidade e o Redesenho de Processos também contribuiu para mudanças na cultura organizacional, tais como: melhoria na integração interna entre os diversos níveis organizacionais; qualificação das lideranças; mudança de consciência nos trabalhadores e gerentes; criação de intenso movimento coletivista. Boa parte das organizações de saúde pública precisa reduzir custos e aumentar a qualidade no atendimento dos serviços, portanto, a reprodução deste modelo fica como proposta desafiadora.

Palavras Chave:

Gestão da Qualidade, Desenvolvimento Organizacional, Saúde Pública, Hospitais Universitários, Melhoria de Processos, Redesenho de Processos.

ABSTRACT

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa, *The Quality Management and the Redesign of Process as an Organizational Development Model in University Public Hospitals: The Case of UNICAMP Clinics Hospital*, Campinas: Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2006. 176 p. Dissertação (Mestrado Profissional)

The quality in public health care still is an incipient movement in Brazil. Resource inadequacy in investments and improvement, but also lack of efficiency and effectiveness, weak reception of the users, low impact of the health actions in the population problems, are still evident failures. It is extremely necessary and imperative to point intervention measures to change this reality. It is not enough to improve the capital investment, it is also necessary to improve the organizational procedures to reduce expenses, cut out waste, rework, and reduce the variability of work processes. What should move the public administration is then the *good* use of the budget, and not the increase of profits like in the private companies. This way, the public health area is an unique ambient to improve changes in management techniques. This dissertation has the purpose to show how the **Quality Management and the method of Process Redesign can be a good strategy to the Organizational Development in University Public Hospitals, through the experience in UNICAMP Clinics Hospital**. The reality founded redesigning processes in HC-UNICAMP, was a great number of easy changes to implant in the established processes. The changes let improve the areas interface, and create an interaction routine between suppliers and clients, with shared decisions between many services. A great jump happened because inter-functional and inter-professional themes were more accessed and discussed. The Quality and the Processes Redesign also contributed to change the organizational culture through: improvement of the internal integration between many organizational levels; leadership qualification; changes in the workers and administrators conscience; creation of an intense collectivist movement. A great portion of public health organizations must reduce costs, and improve the quality in services. This way, the reproduction of this model is still a challenging proposal.

Key Words:

Quality Management, Organizational Development, Public Health, University Hospitals, Process Improvement, Redesign Process.

SUMÁRIO

	Página
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiii
Nomenclatura – Abreviaturas e Siglas	xiv
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Importância e Justificativa do Tema	01
1.2 Objetivo	03
1.3 Método de Pesquisa e Descrição dos Capítulos	05
2. REVISÃO DA LITERATURA	06
2.1 Gestão da Qualidade	06
2.2 O Sistema Único de Saúde e os Hospitais Universitários Públicos	13
2.3 Gestão da Qualidade em Saúde	18
2.4 Redesenho de Processos	25
2.5 Cultura Organizacional	30
3. METODOLOGIA - O PROGRAMA DE QUALIDADE E O REDESENHO DE PROCESSOS NO HC-UNICAMP	35
3.1 Etapa I – Visão Estratégica do Processo	41
3.2 Etapa II – Mapeamento do Processo Atual (Análise)	44
3.3 Etapa III – Criação do Processo Ideal (Redesenho)	46
3.4 Etapa IV – Implementação do Processo	48
3.5 Etapa V – Gerenciamento do Processo	50

	Página
4. AMBIENTE - O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP	52
4.1 Ambiente Externo	52
4.2 Ambiente Interno	57
4.2.1 Recursos Financeiros	60
4.2.2 Indicadores	63
4.3 Satisfação dos Clientes	68
5. ANÁLISE DO CASO E RESULTADOS	75
5.1 Gestão da Qualidade	75
5.2 Redesenho de Processos	88
5.2.1 Nutrição e Dietética	90
5.2.2 Radioterapia	99
5.2.3 Serviços Gerais	103
5.2.4 Rouparia	104
5.2.5 Portaria e Recepção	107
5.3 Cultura Organizacional	110
6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA PRÓXIMOS TRABALHOS	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	129
Anexo I – Mapas de Relacionamento do HC-UNICAMP	129
Anexo II – Redesenho de Processos na Radioterapia do HC-UNICAMP	132
Anexo III – Redesenho de Processos nos Serviços Gerais e Rouparia do HC-UNICAMP	157
Anexo IV – Projetos de Melhoria de Processos do HC-UNICAMP	174

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Modelo da Acreditação Hospitalar	23
Figura 2 – Forma Básica do Modelo de Melhoria	28
Figura 3 – Cultura , Atitudes, Comportamentos	30
Figura 4 – Ambiente Político do HC-UNICAMP	54
Figura 5 – Mapa da Região de Campinas	57
Figura 6 – Vista aérea do HC-UNICAMP	59
Figura 7 – Gráfico Número de Consultas Médicas HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	64
Figura 8 – Gráfico Número Cirurgias Realizadas HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	64
Figura 9 – Gráfico Número Exames Laboratoriais HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	64
Figura 10 – Gráfico Número Exames Radiológicos HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	65
Figura 11 – Gráfico Número de Leitos HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	65
Figura 12 – Gráfico Número de Internações HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	65
Figura 13 – Gráfico Número de Pacientes Dias HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	66
Figura 14 – Gráfico Média de Permanência HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	66
Figura 15 – Gráfico Porcentagem de Ocupação HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	66
Figura 16 – Gráfico Giros de Leitos HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	67
Figura 17 – Gráfico Número de Transplantes HC-UNICAMP - Anos 1992-2005	67
Figura 18 – Gráfico de Escolaridade dos Pacientes do HC-UNICAMP 2005	70
Figura 19 – Gráfico de Procedência por Município dos Pacientes do HC-UNICAMP 2005	71
Figura 20 – Gráfico do que os Pacientes mais gostam e menos gostam nos Ambulatórios do HC-UNICAMP 2005	72

	Página
Figura 21 – Gráfico do que os Pacientes mais gostam e menos gostam na Unidade de Emergência do HC-UNICAMP 2005	73
Figura 22 – Gráfico do que os Pacientes mais gostam e menos gostam nas Enfermarias do HC-UNICAMP 2005	74
Figura 23 – Árvore da Estratégia do Hospital de Clínicas da UNICAMP	82
Figura 24 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Nutricionistas	94
Figura 25 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Copeiros	95
Figura 26 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Auxiliares de Nutrição	96
Figura 27 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Cozinheiros	98
Figura 28 – Gráfico de Produção na Radioterapia	101
Figura 29 – Gráfico do Tempo entre a Procura e a 1ª. Consulta na Radioterapia	101
Figura 30 – Gráfico do Tempo entre a 1ª. Consulta e o Planejamento na Radioterapia	102
Figura 31 – Gráfico do Tempo entre o Planejamento e a Liberação do Tratamento na Radioterapia	102
Figura 32 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos funcionários da Rouparia	106
Figura 33 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos funcionários da Recepção	109

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Princípios da Qualidade	07
Tabela 2 – Correlação entre Princípios da Qualidade e Princípios do SUS	15
Tabela 3 – Capacidade instalada de Saúde nos Municípios	55
Tabela 4 – Demonstrativo Receita X Despesa - Recursos Orçamentários e Extra-orçamentários – HC-UNICAMP 2005	60
Tabela 5 – Detalhamento das Despesas - Recursos Orçamentários e Extra-orçamentários HC-UNICAMP 2005	61
Tabela 6 – Evolução dos Indicadores HC-UNICAMP (1992 a 2005)	63
Tabela 7 – Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS de 2001	68
Tabela 8 – Quantidade de Mudanças por sub-processo da Nutrição	93
Tabela 9 – Resultados em Recursos Humanos na Nutrição	93
Tabela 10 – Quantidade de Mudanças na Radioterapia	100
Tabela 11 – Quantidade de Mudanças Administrativas nos Serviços Gerais	103
Tabela 12 – Quantidade de Mudanças na Rouparia	105
Tabela 13 – Quantidade de Mudanças na Portaria e Recepção	108

NOMENCLATURA - ABREVIATURAS E SIGLAS

ADO – Assessoria de Desenvolvimento Organizacional

AFPU – Agência de Formação profissional da UNICAMP

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

API – Associates in Process Improvement (Associados em Melhoria de Processos)

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BSC – Balanced Score Card

CAAAAS – Comissão Assessora para Assuntos Assistenciais da Área de Saúde

CAHC – Conselho de Administração do Hospital

CAISM – Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher

CC – Centro Cirúrgico

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCUEC – Centro de Computação da Universidade Estadual de Campinas

CEB – Centro de Engenharia Biomédica

CEMEQ – Centro de Manutenção de Equipamentos

CME – Central de Material Esterilizado

CN – Caso Novo

COC – Centro de Oncologia Campinas

DEM – Divisão de Engenharia e Manutenção

DIR – Diretoria Regional de Saúde

DMAIC – Desenvolver, Medir, Analisar, Implantar e Controlar

DND – Divisão de Nutrição e Dietética

DSG – Divisão de Serviços Gerais

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FCM – Faculdade de Ciências Médicas
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FOP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba
FUNCAMP – Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP
GE – General Electric
GEPRO – Gestão por Processos
HC – Hospital de Clínicas
HC-UNICAMP – Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
HD – Human Dynamics (Dinâmicas Humanas)
HU’S – Hospitais Universitários
IB – Instituto de Biologia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LAP – Laboratório de Anatomia Patológica
LER/DORT – Lesão por Esforço Repetitivo, Doença Ocupacional Relacionada ao Trabalho
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
LPC – Laboratório de Patologia Clínica
NIHC – Núcleo de Informática Biomédica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
ONCO – Oncologia
PATC – Plano de Atualização Tecnológica e Computacional
PDCA – Plan, Do, Check, Act (Planejar, Fazer, Checar, Agir)
PDSA – Plan, Do, Study, Act (Planejar, Fazer, Estudar, Agir)
PIB – Produto Interno Bruto
PNASS - Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários SUS
PLANES – Planejamento Estratégico
PRDU – Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário
PS – Pronto Socorro
PUCC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

QBS – Quality as a Business Strategy (Qualidade como Estratégia de Negócio)
QualiHC – Programa de Qualidade no HC-UNICAMP
QUIMIO - Quimioterapia
RET – Retorno
RH – Recursos Humanos
RX – Raio-X
SAM – Serviço de Arquivo Médico
SIPOC – Suppliers Input Process Output Clients (Fornecedores Entradas Processo Saídas Clientes)
SSPR – Serviço de Segurança, Portaria e Recepção
SUS – Sistema Único de Saúde
TI – Tecnologia de Informação
UER – Unidade de Emergência Referenciada
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UR – Unidade Respiratória
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
4M's – Máquinas, Materiais, Métodos, Mão de Obra
5W2H – What, Why, Who, When, Where, How, How Much
5S – 5 Sentos de Utilização/Seleção, Ordenação/Sistematização, Limpeza/Zelo, Higiene/Saúde,
Autodisciplina/Educação

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

*“Toda a Organização Prestadora de Serviços de Saúde, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a **permanente melhoria**, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa”.*¹

1.1. Importância e Justificativa do Tema

A qualidade de serviços e produtos surgiu com o desafio da produtividade – fazer cada vez mais e melhor, com cada vez menos. O excesso de burocracia e a baixa produtividade nos serviços públicos ainda provocam expressiva elevação do Custo Brasil. Falar em organizações de qualidade na área da saúde pública no Brasil ainda é incipiente para a maioria das instituições. No contexto dos hospitais universitários isso não é diferente, inclusive porque atravessam crises econômicas cujo financiamento freqüentemente é incompatível com seu custeio, o que acarreta aumento na dívida pública e conseqüente falta de recursos para investimentos e melhorias.

Desta forma, as organizações de saúde pública estão precisando muito reduzir custos (eliminando desperdício e retrabalho), aumentar a qualidade no atendimento dos serviços (reduzindo falhas, complexidade e variabilidade nos processos), e capacitar suas lideranças em Gestão. Sendo assim, não resta dúvida que a Área de Saúde Pública é um ambiente único e desafiador para a melhoria da qualidade e de seus processos de trabalho.

O Desenvolvimento Organizacional destas instituições pode encontrar-se na aplicação do Modelo de Gestão da Qualidade e na Melhoria Contínua dos Processos, o que por conseqüência

ajudará na questão financeira. Redes de trabalho se formam, “tecidas” por clientes e fornecedores internos, e tem estimulado a diversidade de idéias e incentivado a criatividade.

Apesar de diversos grupos sociais destacarem a necessidade de mudanças urgentes no modo de trabalhar na saúde pública, poucos têm tido a pretensão de operar as mudanças nos aspectos micro dos processos de produção em saúde. O hospital público universitário deve desenvolver estudo, pesquisa, ensino e treinamento de pessoal, além de tarefas de maior alcance e sentido, tais como: a medicina curativa, atividades básicas de assistência à saúde, ações de proteção e promoção da saúde e profilaxia de doenças.

Assim, um programa de gestão da qualidade com melhoria de processos nas organizações hospitalares e de saúde pública se impõe, pela própria natureza e diversidade dos serviços prestados, e principalmente pela necessidade social dessas instituições. Embora os serviços de saúde privados visem lucro e os públicos, o bem-estar social, os processos em ambos devem ser eficientes, eficazes e produtivos.

A eficiência e eficácia no atendimento à saúde em uma instituição terciária e complexa como o Hospital de Clínicas da UNICAMP (HC-UNICAMP), requereu a criação e implantação de um instrumento de gestão organizacional que permitisse organizar e padronizar os processos de trabalho, disponibilizar recursos de saúde e de assistência referentes a esses processos internos, assim como caracterizar cada tipo de procedimento e recurso instalado. E é sobre o desafio na utilização do método de Redesenho de Processos, como uma das frentes de trabalho para a implantação do Programa de Qualidade, no âmbito do HC-UNICAMP (aplicável também a outros hospitais), que se constitui esta dissertação.

Pretende-se com esse trabalho mostrar uma proposta abrangente e de uso coletivo, em função da natureza e do porte destas instituições públicas hospitalares. Para isso se propôs alavancar o desenvolvimento do hospital, através da utilização do método de Redesenho de Processos e sua implantação em larga escala, propiciando assim a otimização dos processos internos de trabalho, com racionalização de recursos e otimização de resultados. Também é uma proposta eficaz, à medida que busca atender com maior qualidade o usuário/cliente em suas necessidades, e ao mesmo tempo eficiente, à medida que otimiza o uso dos recursos e serviços assistenciais finitos de que os hospitais dispõem. Além disso, é uma proposta inovadora no que diz respeito à Gestão dos Hospitais Públicos, visto que o Redesenho de Processos aplicado na prática na área de saúde é um movimento incipiente no Brasil e está dando os primeiros passos.

Tem este trabalho também a finalidade de incentivar os profissionais dos Serviços Públicos Hospitalares e de Saúde com uma mensagem de confiança, apesar dos obstáculos e dificuldades pelas quais ainda passam essas instituições brasileiras e conseqüentemente as pessoas que nelas trabalham. O uso de ferramentas adequadas de Gestão da Qualidade e de uma metodologia de Revisão dos Processos de trabalho pode servir como alavanca para o Desenvolvimento Organizacional e a transformação gradativa da cultura vigente nessas instituições, abrindo novos horizontes para obter a melhoria contínua da qualidade nesta área.

1.2. Objetivo

Retratar como a Gestão da Qualidade e o método de Redesenho de Processos pode ser uma estratégia para o Desenvolvimento Organizacional nos Hospitais Públicos Universitários, através do relato da experiência no Hospital de Clínicas da UNICAMP.

No caso dos hospitais, a aplicação do método pode ajudar no desenvolvimento das seguintes estratégias, estudadas a partir do desdobramento do objetivo desta dissertação, segundo as 4 perspectivas definidas pelo Balanced Score Card (BSC):

Perspectiva Financeira

- ◆ Programar os recursos a serem destinados à saúde e à implantação de programas específicos, bem como a hierarquização de sua alocação.
- ◆ Otimizar e racionalizar o uso dos recursos (financeiros, humanos, equipamentos, materiais) do hospital.
- ◆ Reduzir custos, eliminando ou reduzindo desperdícios, re-trabalho, falhas, e complexidade nos processos.

Perspectiva dos Clientes

- ◆ Aumentar a satisfação dos clientes e usuários dos serviços de saúde.
- ◆ Avaliar as condições da infra-estrutura hospitalar, dos processos, dos profissionais e dos resultados da assistência em saúde.
- ◆ Diminuir os tempos e as filas de espera para atender os serviços em tempo hábil.
- ◆ Organizar melhor a demanda de pacientes que procuram os serviços de saúde, permitindo maior eficácia e eficiência nos encaminhamentos.

Perspectiva dos Processos Internos

- ◆ Diagnosticar e analisar a inter-relação dos fatores inerentes à cadeia dos processos internos e externos existentes no hospital, identificando a importância do enfoque abrangente e sistêmico, para evitar a ocorrência de elos fracos nessa cadeia.
- ◆ Melhorar a qualidade e a produtividade dos serviços prestados em saúde.
- ◆ Reduzir a variabilidade dos processos de trabalho aumentando sua confiabilidade, e ao mesmo tempo tornar os processos flexíveis para o tratamento das exceções.
- ◆ Reduzir o ciclo de produção dos serviços em saúde.
- ◆ Contribuir para avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde, a partir da criação de indicadores para os processos internos do hospital.

Perspectiva de Aprendizado e Desenvolvimento

- ◆ Possibilitar a adoção de um novo Modelo de Gestão, através da introdução de instrumentos gerenciais que conduzam a uma maior eficácia e eficiência dos serviços.
- ◆ Contribuir para a mudança da Cultura Organizacional nas instituições públicas hospitalares.
- ◆ Eliminar ou reduzir conflitos entre as diversas áreas e/ou categorias de profissionais de saúde.
- ◆ Facilitar a formação e educação continuada dos Recursos Humanos, através dos treinamentos e aplicação da Metodologia de Redesenho de Processos nas diversas áreas e serviços do hospital.

1.3. Método de Pesquisa e Descrição dos Capítulos

A Metodologia de Pesquisa utilizada para este trabalho é de um estudo de natureza qualitativa constituído de estudo de caso na implantação da Gestão de Qualidade e do Redesenho de Processos, aplicado no Hospital de Clínicas da UNICAMP. Essa investigação científica desenvolveu-se e foi organizada em capítulos, conforme conteúdo descrito abaixo.

No capítulo 2 encontra-se a revisão bibliográfica, que tem como base os seguintes temas:

- ◆ Gestão da Qualidade com os conceitos de Deming ², Juran ³, Senge ⁴, e o QBS ⁵ (Quality as a Business Strategy – Qualidade como Estratégia de Negócios);
- ◆ O Sistema Único de Saúde (SUS) e os Hospitais Públicos Universitários;
- ◆ Gestão da Qualidade em Saúde contendo conceitos de Donabedian ⁶ e o Modelo de Certificação de Qualidade em Saúde do Brasil, a Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e do Ministério da Saúde ¹;
- ◆ Métodos de Melhoria de Processos de Rummler & Brache ⁷, de Langley et al ⁸, da API (Associates in Process Improvement – Associados em Melhoria de Processos) ⁹, e GEPRO (Gestão por Processos) ¹⁰;
- ◆ Cultura Organizacional com a visão de Schein ¹¹, Ferro ¹², Peters&Waterman ¹³, Kotter & Heskett ¹⁴, Donabedian ⁶ e da API ⁹.

O capítulo 3 apresenta a metodologia de Redesenho de Processos utilizada no HC-UNICAMP, que se baseia em Rummler & Brache ⁷, na API ⁹, e no GEPRO ¹⁰.

O capítulo 4 fornece informações sobre a instituição investigada: descreve o ambiente externo e interno do Hospital de Clínicas da UNICAMP, com seus principais indicadores de produção e financeiros, além de apresentar alguns dados sobre a satisfação dos clientes.

No capítulo 5 é realizado o estudo e análise do caso de implantação da Gestão da Qualidade e do Redesenho de Processos no HC-UNICAMP, com exemplos práticos da aplicação do método em alguns serviços do hospital e os principais resultados obtidos. Também neste capítulo é analisada a evolução da cultura organizacional no hospital decorrente do Movimento da Qualidade e do Redesenho de Processos.

O capítulo 6 relata as conclusões da pesquisa e sugestões para os próximos trabalhos. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas e documentos anexos mostrando algumas ferramentas e casos práticos implantados.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Gestão da Qualidade

A Gestão pela Qualidade é uma maneira de administrar empresas e gerir uma organização de forma mais humana, visto que em qualquer organização existem grupos de pessoas que se unem para prestar um serviço a alguém. Ou seja, garantir a satisfação de quem recebe o seu produto, que pode ser um bem ou serviço. A qualidade é um compromisso de avaliação contínua, um processo de mudança organizacional baseado em grande esforço de educação e treinamento das pessoas, sendo necessário o envolvimento de todos, principalmente da liderança.

A crescente complexidade de boa parte das empresas está levando os líderes a trabalhar de forma mais cooperativa e participativa. Passam a ter valor diversidade de conhecimentos, habilidades, competências, percepções e até as divergências. Segundo Adizes ¹⁵, Qualidade de Decisão = Divergência de percepções + Convergência de interesses. Para fazer qualquer melhoria dependemos do conhecimento e das ações criativas das pessoas. A melhoria da qualidade exige uma abordagem que ajude as pessoas a aprender sobre como suas organizações funcionam, para que possam fazer mudanças que atendam melhor as necessidades dos clientes.

Anteriormente a Qualidade nas organizações consistia da inspeção dos produtos comparando-os com as exigências e especificações, ou seja, era feito um Controle de Qualidade após a fabricação do produto. Essa abordagem permitia que a qualidade fosse avaliada tarde demais e, portanto a um custo maior e com perda de produtividade. A abordagem mais moderna da Qualidade focaliza a Melhoria dos Processos, que aumenta a uniformidade dos produtos e previne que sejam confeccionados com defeitos. Custos mais baixos são alcançados já que há diminuição de refugos ou re-trabalho. Essa visão exige uma participação de todas as pessoas da

organização, porque se torna parte do trabalho de todos, ao invés de ser responsabilidade de alguns poucos como antes. A qualidade aumenta pelo uso de novos conhecimentos para a mudança dos processos. Uma vez que as práticas de trabalho são feitas de um modo melhor e mais fácil, há diminuição de custo e aumento da produtividade.

Segundo Deming ² a Gestão pela Qualidade Total baseia-se em 10 princípios. Esses princípios foram detalhados por Leitão et al ¹⁶ conforme tabela abaixo.

Tabela 1 – Princípios da Qualidade	
<p>1 Satisfação dos clientes Atendimento ao cliente Conhecimento dos clientes Avaliação sistemática dos clientes Parceria com o cliente Superação de expectativa Comparação de desempenho com os concorrentes</p>	<p>2 Gerência participativa Incentivo à manifestação de idéias e opiniões Compartilhamento de informações Participação nas decisões Estímulo à formação de times da Qualidade Atitudes do gerente: liderança para orientar e facilitar as atividades</p>
<p>3 Desenvolvimento dos recursos humanos Valorização do ser humano Capacitação para o trabalho Educação Motivação no trabalho Satisfação com o trabalho Convergência de ações</p>	<p>4 Constância de propósitos Persistência Continuidade Coerência nas atitudes e práticas Planejamento estratégico Alinhamento</p>
<p>5 Aperfeiçoamento contínuo Predisposição para melhorias Inovações Fixação de novas metas (desafios) Uso de novas tecnologias Utilização indicadores de desempenho</p>	<p>6 Gerência de processos Cadeia cliente – fornecedor Mensuração através de indicadores Integração de processos</p>
<p>7 Delegação Descentralização Autonomia para tomada de decisão Decisão onde está a ação</p>	<p>8 Disseminação de informações Conhecimento do negócio, missão, propósito, estratégia e planos Troca de informações com o meio exterior Sistema interno de difusão das informações Credibilidade da informação Fluxo de informação rápido e constante Transparência da organização</p>
<p>9 Garantia da qualidade Ações sistemáticas e planejadas Estabilidade dos processos e rotinas Confiabilidade - certificação Formalização do processo Garantia da qualidade em serviços</p>	<p>10 Não aceitação de erros Não se conformar com o erro Definição do certo Atitude preventiva Custo da qualidade</p>

Fonte: Sistema de Gestão da Qualidade para Empresas Construtoras ¹⁶

Destaque-se nesse trabalho o 5º princípio “Aperfeiçoamento Contínuo”, que exige predisposição para melhorias e inovação, e o 6º “Gerência de Processos” que implementa a cadeia fornecedor – cliente promovendo a integração de todos os processos da instituição. O diálogo entre fornecedor e cliente exige que tenham boa intenção das partes, e métodos de diálogo determinados (psicologia organizacional). Uma organização que deseja trabalhar com qualidade deve desenvolver mudanças, testar mudanças e implementar mudanças em ciclos sucessivos de melhoria, em uma abordagem de “tentativa e aprendizado” constante. A tentativa sugere testar a mudança, e o aprendizado significa estudar a experiência resultante da mudança.

Em 1987 os membros da API (Associates in Process Improvement – Associados em Melhoria de Processos) desenvolveram um modelo para ajudar as organizações a incorporarem a filosofia e os conceitos de Deming na maneira com que suas organizações eram gerenciadas. Esse modelo foi chamado de QBS ⁵ (Quality as a Business Strategy – Qualidade como Estratégia de Negócio). Conforme o livro *The Improvement Guide* ⁸ os três elementos básicos desta estratégia são:

- 1. Uma base de correspondência contínua de produtos e serviços a uma necessidade, por meio de desenho e redesenho de processos, produtos e serviços.*
- 2. Uma organização que funcione como um sistema a fim de conseguir como meta essa correspondência com a necessidade.*
- 3. Um conjunto de métodos para assegurar que as mudanças resultem em melhorias reais para a organização.*

A Qualidade como Estratégia de Negócios e a atenção às melhorias se tornam parte corrente dos negócios nas empresas, e a qualidade é usada para o crescimento e desenvolvimento da organização. A gerência estrutura suas atividades como se quaisquer considerações de melhoria fizessem parte normal de suas atividades. Cinco pilares a serem conduzidos pela gerência fornecem a estrutura para fazer da qualidade uma estratégia de negócio: (1) o propósito da organização; (2) ver a organização como um sistema; (3) obter informação para melhorar; (4) planejamento para melhoria; e (5) gerenciamento da melhoria.

Senge ⁴, o precursor das teorias sobre as organizações que aprendem (organizações de qualidade) e autor de “A Quinta Disciplina” acredita que, cinco disciplinas se mostram essenciais para a construção de uma organização que aprende:

1 - Raciocínio Sistêmico

O trabalho realizado pelo Homem se faz de forma sistêmica interligado por fios invisíveis que amarram ações inter-relacionadas, e que demoram a evidenciar os efeitos de uma sobre as outras. Como somos parte deste sistema, precisamos ter uma visão global das conseqüências das ações, sem nos concentrar em partes isoladas do sistema. Isso nos permite encontrar soluções mais fáceis para problemas complexos.

2 - Modelos Mentais

Pessoas com diferentes Modelos Mentais podem observar o mesmo acontecimento e descrevê-lo de maneiras diferentes. Elas se fixam em diferentes detalhes. Os modelos mentais permitem que as diferentes percepções propiciem maior aprendizado organizacional e práticas inovadoras, e podem, portanto ajudar a desenvolver as organizações.

3 - Objetivo Comum

Objetivos compartilhados por um grupo de pessoas criam um movimento coletivo que permeia a organização e abre espaço para a coerência, tornando as pessoas mais aptas a se empenharem em grandes questões. Objetivos só se transformam em realidade quando as pessoas acreditam que podem construir seu futuro.

4 - Aprendizagem em Grupo

Os objetivos comuns se concretizam e se mantêm porque a aprendizagem em grupo permite aumentar o discernimento nas questões complexas, potencializa a criatividade e aumenta a habilidade de diálogo.

5 - Maestria Pessoal

Tornar-se sujeito, condutor da própria vida é ter destreza, capacidade de ampliar o espaço pessoal de influência, criando um sentido especial para a vida. A maestria pessoal cresce a partir da postura inquisitiva que amplia o auto-conhecimento, e do estabelecimento de objetivos pessoais. Os mestres da própria vida assumem um profundo compromisso com a verdade, ou seja, eliminam mecanismos pelos quais limitamos ou enganamos a nós mesmos, impedindo-nos de ver as coisas como realmente são, e expandem a consciência e aprofundam o conhecimento sobre as estruturas que estão por trás dos eventos.

Uma organização de qualidade não pode prescindir de ações conjugadas de todos estes elementos que garantem um bom desempenho organizacional. Para este trabalho destaque deve ser dado à 1ª Disciplina, o **pensamento sistêmico**.

Teoria Geral dos Sistemas ou Visão Sistêmica

A Teoria Geral dos Sistemas curiosamente nasceu nas ciências da saúde e foi proposta em meados de 1950 pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy. A pesquisa dele foi baseada numa visão diferente do reducionismo científico até então aplicada pela ciência convencional. Dizem alguns que foi uma reação contra o reducionismo e uma tentativa para criar a unificação científica.

Bertalanffy ¹⁷ não concordava com a visão cartesiana do universo e colocou então uma abordagem orgânica da biologia e tentou fazer aceitar a idéia de que *“o organismo é um todo maior que a soma das suas partes”*. Criticou a visão de que o mundo é dividido em diferentes áreas, como física, química, biologia, psicologia, etc. Ao contrário, Bertalanffy ¹⁷ sugeria que *“se deve estudar sistemas globalmente, de forma a envolver todas as suas interdependências, pois cada um dos elementos, ao serem reunidos para constituir uma unidade funcional maior, desenvolvem qualidades que não se encontram em seus componentes isolados”*.

Segundo a Teoria Geral dos Sistemas ¹⁷, ao invés de se reduzir uma entidade (por ex. um animal) para o estudo individual das propriedades de suas partes ou elementos (órgãos ou células), se deve focalizar no arranjo do todo, ou seja, nas relações entre as partes que se interconectam e interagem orgânica e estatisticamente.

A teoria afirma que os sistemas são abertos e sofrem interações com o ambiente onde estão inseridos. Desta forma, a interação gera realimentações que podem ser positivas ou negativas, criando assim uma auto regulação regenerativa, que por sua vez cria novas propriedades que podem ser benéficas ou maléficas para o todo independente das partes. Os sistemas em que as alterações benéficas são absorvidas e aproveitadas sobrevivem, e os sistemas onde as qualidades maléficas ao todo resultam em dificuldade de sobrevivência, tendem a desaparecer.

Assim, de acordo com Bertalanffy ¹⁷ a evolução permanece ininterrupta enquanto os sistemas se autoregulam. Uma organização realimentada e auto gerenciada, gera assim um sistema cujo funcionamento é independente da substância concreta dos elementos que a formam, pois estes podem ser substituídos sem dano ao todo, isto é, a auto-regulação onde o todo assume as tarefas da parte que falhou.

Senge ⁴ discute a importância de compreender os sistemas nos quais operamos e como essas “estruturas” afetam nossos inter-relacionamentos:

“A disciplina de perceber inter-relacionamentos, gradualmente, combate atitudes antigas de culpar os outros e de se culpar. Começamos a ver que todos nós estamos encurralados em estruturas imersas tanto em nossas maneiras de pensar quanto nos ambientes inter-pessoais e sociais nos quais vivemos. Nossas tendências de encontrar falha uns nos outros gradualmente desaparecem, deixando em seu lugar uma apreciação muito mais profunda das forças dentro das quais todos nós operamos. Isso não implica que pessoas são simplesmente vítimas de sistemas que ditam seus comportamentos. Frequentemente as estruturas são de nossa própria criação. Mas isso tem pouco significado até que essas estruturas sejam vistas. Para a maior parte de nós, as estruturas nas quais operamos são invisíveis. Nós não somos nem vítimas nem culpados, mas seres humanos controlados por forças que ainda não aprendemos a perceber.”

A visão sistêmica permite que deixemos de atribuir culpas às pessoas. Segundo Deming ⁹ 94% dos problemas e oportunidades de melhoria estão no sistema. O desejo de concentrar a culpa nas pessoas ao invés do sistema faz parte das nossas experiências pessoais e culturais.

Conforme Rummler&Brache ⁷ sugerem em “Melhores Desempenhos das Empresas”:

*“Quando examinamos com atenção uma Organização, a primeira coisa que vemos são as diversas funções. No entanto, a visão sistêmica sugere que essa perspectiva não nos permite compreender o modo **como** o trabalho é realmente feito, e isso é um precursor necessário ao aperfeiçoamento do desempenho nas organizações. Para ter essa compreensão, **precisamos olhar os processos**. Quando cada função luta para atender seus objetivos, ela se otimiza. Entretanto, essa otimização funcional quase sempre contribui para sub-otimização da organização como um todo. Com frequência, isso leva os gestores a estar tão fora do lugar, que os assuntos inter-funcionais nem são abordados, gerando “espaços em branco”. É nesse ambiente que se ouve falar em coisas “se perdendo no espaço” ou “caindo aos pedaços” ou “desaparecendo em um buraco negro”.*

Eles demonstram que as maiores oportunidades de melhoria estão nas interfaces funcionais, aqueles pontos em que o bastão é passado de um departamento para outro, e que a visão sistêmica de uma organização é o ponto de partida para a criação e o gerenciamento de organizações eficientes frente à nova realidade de mudanças constantes nas expectativas dos clientes.

Conforme o Manual de Melhoria da API ⁹:

“A qualidade do trabalho realizado em uma organização é resultado não somente do funcionamento dos processos individuais, mas também de quão bem estes processos se conectam como um sistema. Um sistema em uma organização é um grupo interdependente de itens, pessoas ou processos trabalhando juntos em direção a um propósito comum. A otimização de um sistema é o processo de orquestração dos esforços de todos os componentes de um sistema em direção ao alcance de um propósito declarado. As pessoas que trabalham em um sistema devem ser encorajadas a operar sua parte na direção comum de todo o sistema. Duas idéias importantes sobre os sistemas são o propósito e a interdependência. Sem um propósito comum não existe sistema.”

A interdependência, ou seja, interação significa que as partes de um sistema não conseguem trabalhar de forma completamente independente. Para desenvolver uma mudança mais eficiente, é preciso reconhecer a natureza interdependente dos relacionamentos entre as partes (itens, pessoas e processos) dentro da organização. Em um sistema, não somente as partes, mas também os relacionamentos entre as partes, tornam-se oportunidades para melhorias.

É preciso reconhecer que a organização é composta de pessoas, grupos, processos e departamentos, cujos desempenhos dependem de outras pessoas, grupos, processos e departamentos. Quanto maior a interdependência maior a necessidade de cooperação dentro do sistema. A obrigação de cada um não deve ser a de maximizar seu próprio desempenho, mas sim contribuir com o melhor que puder para o sistema. Compreender um sistema significa compreender as pessoas que fazem parte desse sistema. E essas pessoas são todas diferentes entre si. A diversidade, porém, tanto pode representar um problema como uma oportunidade. As diferenças são fontes de inovação, e fazem enxergar novas possibilidades. A Gestão da Qualidade deve prover a organização de um novo estágio de consciência sobre as pessoas.

2.2. O Sistema Único de Saúde e os Hospitais Universitários Públicos

É dentro do contexto do SUS que se situam os hospitais públicos universitários. A crescente demanda de pacientes que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a desorganização do fluxo de atendimento deles ainda existente, vem trazendo sérios problemas aos hospitais, principalmente aqueles universitários que têm como missão a “assistência complexa e hierarquizada” e ainda recebem pacientes de todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário, e terciário). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado através da Lei 8080¹⁸, que define o sistema e estabelece princípios gerais. Para se entender um pouco os preceitos do SUS, seguem abaixo alguns trechos da referida lei:

Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

TÍTULO II - DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

□ *Disposição Preliminar – Artigo 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).*

Parágrafo 1º - Estão incluídas no disposto deste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

Parágrafo 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO II - Dos Princípios e Diretrizes

□ *Diretrizes Gerais que norteiam as ações e os serviços que integram o SUS, previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios (Artigo 7º):*

- ◆ *I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência;*
- ◆ *II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*
- ◆ *III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- ◆ *IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- ◆ *V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- ◆ *VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;*
- ◆ *VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- ◆ *VIII – participação da comunidade;*
- ◆ *IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;*
- ◆ *X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*
- ◆ *XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;*
- ◆ *XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;*
- ◆ *XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.*

□ *Artigo 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.*

Analisando os princípios norteadores do SUS e os 10 princípios da Qualidade descritos por Deming ², percebe-se forte correlação entre eles, principalmente nos princípios 1, 5 e 6 da Qualidade, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 2 – Correlação entre Princípios da Qualidade e Princípios do SUS

Princípios da Qualidade (Deming)	Princípios do SUS (Lei 8080)
1. Satisfação dos Clientes	I. Universalidade de Acesso III. Preservação da Autonomia das Pessoas IV. Igualdade (sem preconceitos e privilégios) V. Direito à Informação sobre sua Saúde VIII. Participação da comunidade
2. Gerência Participativa	VIII. Participação da comunidade
3. Desenvolver Recursos Humanos	
4. Constância de Propósitos	X. Integração em nível executivo XI. Conjugação de recursos
5. Aperfeiçoamento Contínuo 6. Gerência de Processos Visão Sistêmica	VII. Utilização de epidemiologia (indicadores) XII. Capacidade de resolução dos serviços XIII. Organização dos Serviços (evitar duplicidade) II. Integralidade da Assistência
7. Delegação	IX. Descentralização político-administrativa
8. Disseminação de Informações	VI. Divulgação de Informações
9. Garantia da Qualidade 10. Não Aceitação de Erros	

Embora tenhamos evoluído muito nos últimos anos na questão da qualidade em saúde pública no Brasil, ainda precisamos avançar em boa parte dos princípios básicos norteadores do SUS. É importante desenvolver as seguintes questões: no que depende do governo e do SUS, a descentralização das ações de saúde entre os diferentes níveis de governo, a regionalização que consiste na delimitação geográfica da área de atendimento, a hierarquização que consiste em organizar os serviços de saúde da menor até a maior complexidade, instituindo um sistema de referência e contra-referência, e a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; no que depende dos hospitais universitários, a utilização de indicadores para estabelecer prioridades e alocação de recursos, e a capacidade de resolução e organização dos serviços (processos de trabalho internos).

A inserção dos hospitais universitários (HU's) no SUS vem se constituindo em um enorme desafio para os dirigentes hospitalares, conforme relata Vasconcelos ¹⁹:

“A difícil integração com o Sistema de Saúde, apesar de estimulada por várias iniciativas institucionais nos últimos anos, é reveladora das contradições entre a lógica do Sistema de Saúde e a lógica do Hospital. O SUS busca integrar o Hospital à rede assistencial procurando regular sua oferta de serviços às demandas sanitárias não atendidas pelos demais serviços. O Hospital de Ensino, expressando suas contradições internas, pretende selecionar sua clientela e definir seu modelo assistencial segundo lógica própria dos serviços especializados. Essa interação com o Sistema de Saúde é sinalizadora da dimensão social da crise que perpassa o hospital e o SUS, e se expressa na frustração de expectativas dos vários agentes que a vivenciam. Os usuários pelas dificuldades de acesso e de resolutividade de seus problemas em tempo oportuno, os estudantes por entenderem que a sobrecarga assistencial desqualifica o ensino, os dirigentes hospitalares pelas dificuldades em operar uma relação com os gestores do SUS.”

Como estes hospitais têm a missão de atender o tripé “assistência, ensino e pesquisa” a tarefa se torna ainda mais árdua, por ter que conciliar de um lado os interesses do SUS representado pela demanda de pacientes de nível terciário, e de outro os interesses da Universidade que visa ensinar aos alunos a Medicina também nos seus aspectos básicos, absorvendo assim a clientela de nível primário, bem como seus interesses em selecionar pacientes para atividades didáticas, rejeitando da rede casos desinteressantes para ensino e pesquisa. A complexidade nesta relação aumenta ainda mais visto que a instituição acadêmica se sobrepõe à instituição hospitalar trazendo uma lógica própria de funcionamento, onde os vários poderes e saberes das especialidades médicas, com culturas e autonomias próprias, tende a se apoderar do espaço público. Como afirma Merhy ²⁰ *“Exercem seus autogovernos com grandes graus de autonomia, inclusive tornando secundários e subordinados, os espaços organizacionais mais coletivos de ordenamento do sentido do agir coletivo da organização”*. Dessa forma o desafio e as dificuldades que se colocam para a gestão de uma organização como esta são enormes, pois além da busca pela eficiência há que administrar também o conjunto de interesses e poderes estabelecidos.

Pressionados por quem paga a conta (SUS) e quem atende a população (corpo médico) ficam os dirigentes hospitalares. De um lado os gestores do SUS acusam os hospitais universitários de ingerência na filosofia do sistema, e de outro os gestores da Universidade acusam o SUS de ingerência nas suas atividades de ensino e pesquisa.

Entretanto, ambos são extremamente importantes um ao outro: o SUS que necessita dos hospitais universitários para atendimento dos casos complexos, e confia em sua qualidade técnica; e os hospitais que necessitam do financiamento do SUS para atender a população e formar recursos humanos qualificados, como também para produzir ensino e pesquisa.

Jorge ²¹ relata que: *“Grande parte das experiências que buscaram efetivar mudanças nos modelos de atenção e gestão na saúde, trabalhou mais a perspectiva de implementar reformas de caráter macroestrutural, em detrimento às questões no nível dos processos micro-políticos do trabalho em saúde”*.

De acordo com Lima ²², o fato dos hospitais universitários terem caráter multi-institucional significa que devem cuidar das diferentes interações e circuitos que podem ocorrer nos espaços de produção da saúde, e que se expressam através de algumas tensões no cotidiano do hospital. Se por um lado essa diversidade permite ver uma dinâmica institucional com grandes possibilidades de mudanças internas na gestão e nos processos da organização, por outro existe um conjunto de fatores externos que podem significar restrições concretas a processos de mudanças organizacionais, ou dependendo do que esteja em jogo, servir de argumento para não implantar as mudanças.

De qualquer maneira, mudanças são extremamente necessárias nos hospitais públicos universitários e, para isso, o Modelo de Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos podem ajudar a promover o Desenvolvimento Organizacional, e ampliar a capacidade e a qualidade da assistência nestas instituições.

2.3. Gestão da Qualidade em Saúde

O movimento da Qualidade em Saúde começou a ganhar espaço bem depois da qualidade na área industrial, e inicialmente era muito questionável se os conceitos e ferramentas poderiam ser aplicados também na área de saúde.

O hospital deve trabalhar 365 dias ao ano e, muito embora seja olhado como instituição humanitária, encontra os mesmos problemas econômicos das empresas. A grande diferença do hospital em relação a outras empresas que prestam serviços é que ele recebe um ser humano enfermo e deve, caso seja possível, devolvê-lo ou permitir a sua saída com saúde. Conseqüentemente, o paciente é um cliente cujo organismo não funciona adequadamente, é um ser humano no momento frágil, debilitado, que sofre, e que se desequilibra. É esse o ser humano que é a razão da existência das Organizações de Saúde. Portanto, é imprescindível que ele seja muito bem recebido, compreendido, e tratado.

Portanto, é natural questionar se os métodos da administração da qualidade industrial realmente podem ajudar na assistência à saúde. As diferenças parecem profundas entre o hospital e a fábrica e, mais ainda, entre uma linha de montagem e um consultório médico. Há três características dos hospitais, que diferem muito das empresas, e que constituem grandes desafios à aplicação bem sucedida da melhoria da qualidade:

- ◆ Conexão freqüentemente obscura entre os "inputs" e os "outputs" na assistência médica; falta de clareza de quais atividades estão levando à quais resultados clínicos; relações de causa e efeito raramente são definidas;
- ◆ Os pacientes têm dificuldade em distinguir o atendimento de elevada do de baixa qualidade;
- ◆ Os hospitais muitas vezes operam com linhas distintas de autoridade: administrativo, de enfermagem e médico, em vez da pirâmide única de autoridade comum na indústria.

Entretanto, é certo que a gestão da qualidade ajuda nos processos manufatureiros e comerciais, e, portanto, assegura-se que processos análogos dos serviços de saúde (faturamento, transferência de informações, manutenção de equipamentos e outros) também ganharão com isto. Quão diferente pode ser um departamento de faturamento de um hospital do departamento de faturamento de uma fábrica? O mesmo é válido para os processos de serviços, como marcar consultas, oferecer acesso telefônico e transferir pacientes de um local a outro. Mesmo que os

processos comerciais e de serviços fossem o único foco no atendimento à saúde em que a gestão da qualidade ajuda, ainda assim valeria a pena adotar esses métodos nas organizações de saúde. Porém o potencial da administração da qualidade e da melhoria de processos na saúde pode atingir todos os processos (administrativos, de apoio, assistenciais, médico-sanitários, etc.).

Já Mirshawka ²³ contrapõe em seu livro Hospital: Fui Bem Atendido - A vez do Brasil: *“deve-se expurgar a idéia de que a qualidade de uma fábrica pode ser comparada qualidade de serviço de um hospital. A imitação do que está sendo feito na indústria é a pior maneira de iniciar um programa de qualidade em uma Organização de Saúde. Os procedimentos industriais para o controle de qualidade estão sendo exaustivamente estudados para constituir um bom modelo para medir a adequação à medicina”*.

Entretanto Berwick et al em “Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e de Saúde” ²⁴ relata que as dez lições fundamentais para a melhoria da qualidade em saúde são:

1. As ferramentas de melhoria da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde;
2. As equipes inter-funcionais são valiosas na melhoria dos processos do serviço de saúde;
3. Dados úteis para melhoria da qualidade abundam nos serviços de saúde;
4. Métodos de melhoria da qualidade são divertidos de usar "Alegria no trabalho"(Deming);
5. Custos da má qualidade são elevados e economias estão ao alcance;
6. Envolver os médicos é difícil;
7. Necessidades de treinamento surgem logo;
8. Os processos não-clínicos chamam a atenção inicial;
9. Organizações de saúde podem necessitar de uma definição mais ampla de qualidade;
10. Nos serviços de saúde, como na indústria, o destino da melhoria da qualidade está, acima de tudo, nas mãos dos líderes.

Donabedian ⁶, o fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde como uma disciplina reconhecida, apresentou as categorias "estruturas", "processos" e "resultados" como os três alvos potenciais da avaliação dos serviços de saúde.

Estruturas são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos, etc.).

Processos significam "o próprio atendimento" - quais medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são feitos, etc.

Resultados são as conseqüências decorrentes do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio à dor, etc.

Segundo Donabedian ⁶, os sete atributos mais importantes da qualidade em saúde são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, eqüidade.

A relação entre utilização de recursos e qualidade da atenção em saúde, a complexidade dos processos envolvidos, e a difícil relação entre os profissionais da saúde e da administração, exigem um Modelo que atenda os aspectos a seguir, como sugere também Donabedian ⁶:

- ◆ Uma estratégia da atenção em saúde, que deve combinar a eficiência clínica, onde os serviços são programados e controlados utilizando-se uma quantidade prevista de recursos, produzindo um aumento da saúde; com a eficiência produtiva, garantindo a melhor utilização desses recursos em todos os processos envolvidos na atenção. Dessa maneira, estaria sendo observada a efetiva ocupação dos serviços de diagnóstico e tratamento, e a adequada utilização dos materiais, equipamentos e recursos humanos;

- ◆ Uma estratégia da atenção em saúde que inclua os custos e os benefícios recebidos, tanto para o paciente, para o seu bem-estar físico, psíquico e social, quanto para a sociedade. Dessa maneira, estariam compreendidos na estratégia os gastos permitidos pela vontade e capacidade do indivíduo que recebe a atenção, e os custos sociais completos, as preferências relativas à distribuição do bem-estar social. Estariam incluídos nos últimos também, os custos com os programas de seguro e assistência pública;

- ◆ O planejamento de um sistema de monitoração interna e externa da atenção em saúde, através da definição de critérios e padrões, que permita à organização de saúde prevenir, identificar e corrigir os seus erros. Ainda, com o objetivo de poder atuar adequadamente na política pública, na definição de programas de saúde e na prática administrativa. Tais critérios devem ser flexíveis, adaptados às peculiaridades clínicas e organizacionais.

Em nível mais geral, afirma Donabedian ⁶, existem fatores sociais que rodeiam, moldam e influem poderosamente sobre o sistema de saúde. Esse sistema diferencia-se nos diversos segmentos: a instituição, o departamento, o grupo de trabalho e o indivíduo, e outros segmentos como pessoal profissional da saúde e administrativo. Em cada um destes níveis e segmentos existem distintas forças que podem influir sobre se vão se adaptar ou não à Garantia da Qualidade, e o grau de efetividade com que vão implementar o modelo. Uma resposta a esta incerteza é utilizar uma combinação de métodos, esperando que se produza um efeito de

acumulação. Outra resposta é o momento de eleger o melhor método e postular que a efetividade não depende só do método, senão também da interação entre método e a situação em que se vai implementá-lo. Busca-se então um tipo de encaixe entre método e situação presente.

Donabedian ⁶ recomenda que a estrutura formal da instituição de saúde é um requisito quase obrigatório para a introdução e realização de atividades de garantia da qualidade. As estruturas formais criam espaços de onde se produz o intercâmbio cultural e se exercita a liderança. Dispõem de meios para investigar o êxito e o fracasso, identificar fatores causais e adaptar as medidas adequadas. Dentro das organizações, também as redes de comunicação informal e influência inter-pessoal se concentram e potencializam, oferecendo o meio adequado para os processos de garantia de qualidade.

Há uma compreensão da necessidade de reorganização administrativa nas instituições hospitalares públicas, porque há uma consciência coletiva de que os hospitais convivem com graves questões gerenciais que exigem uma mudança completa do estilo gerencial que dê maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos processos internos de trabalho.

O movimento da Qualidade em Saúde no Brasil iniciou-se nos anos 1997/1998 e ganhou mais força a partir de 2000 com a implantação do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar, baseado no modelo de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe.

Quinto Neto & Gastal ²⁵ resumem a Acreditação *“como uma possibilidade de assegurar aos usuários, profissionais, e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde”*. Para eles, *“os programas de qualidade nos serviços de saúde só adquirem maior consistência e continuidade na medida em que estão associados a um programa de acreditação hospitalar”*. Segundo eles, os programas de qualidade enfatizam a gestão do negócio, enquanto a acreditação dá ênfase à gestão da assistência em saúde. Entretanto, apontam a importância da associação dos dois modelos de forma a assegurar que a instituição cumpra as exigências reclamadas pela comunidade e satisfaça as expectativas da sociedade.

Novaes ²⁶ define este modelo de *“garantia da qualidade” como “um subprograma da programação local dos serviços de saúde, que garante a cada paciente receber atenção diagnóstica ou terapêutica especificamente indicada, para alcançar um resultado ótimo, de acordo com os avanços recentes das ciências médicas, e em relação à doença principal ou secundária, a idade, e ao regime terapêutico associado. Para isso, se utilizará o mínimo de recursos necessários, obtendo-se a máxima satisfação pelos serviços recebidos”*.

Como o hospital é uma organização complexa e com alta interdependência, ou seja, não é constituído de serviços independentes e isolados, é necessário para que o mesmo seja acreditado, e apresente a conseqüente reputação de boa qualidade de atenção médica, que todos os seus serviços, da lavanderia ao centro cirúrgico, do serviço de pessoal à unidade de tratamento intensivo, tenham atingido pelo menos os padrões de nível 1 de qualidade. Este modelo tem por objetivo reforçar o fato de que as estruturas e processos do hospital são, de tal ordem interligados, que o mau funcionamento de um componente ou serviço do hospital interfere em todo o conjunto e no resultado final. É o conceito de visão sistêmica exigido na prática pela Acreditação Hospitalar.

O Programa de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde surgiu como um instrumento de avaliação na área de saúde, visando o desenvolvimento e a garantia da qualidade nestas instituições e está devidamente inserido no contexto da saúde pública no país.

Conforme o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares: ¹

“A Organização Nacional da Acreditação - ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, referendada pelo Ministério da Saúde para implantar e implementar em nível nacional o Sistema de Certificação para serviços de saúde.

A Acreditação em organizações da área da saúde busca a instrumentalização de tal forma que seja assegurada ao cliente que toda ela estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes à ação médico-terapêutica.

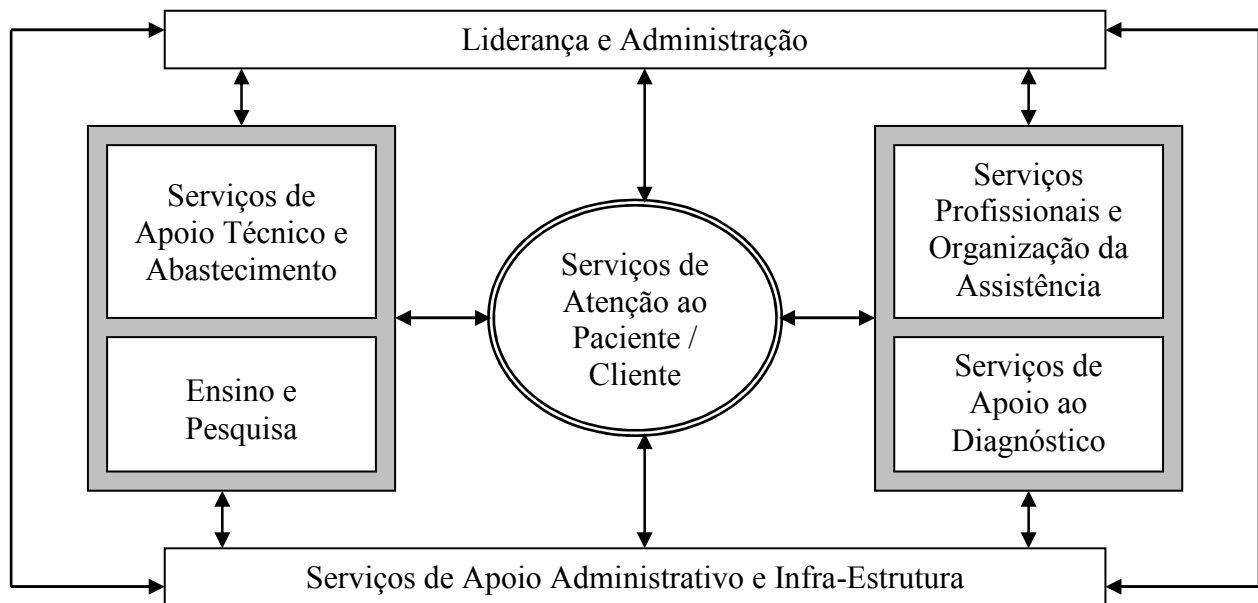
A Acreditação é um mecanismo voluntário, reservado e periódico, além de ser predominantemente educativo, capaz de mobilizar pessoas para a melhoria contínua de sua instituição de forma organizada e sistemática, e de centrar a gestão em fatos e em processos, focalizando os resultados, e fomentando um processo contínuo de aprendizado institucional.

Através desse Programa pode-se alcançar:

- ◆ *Maior garantia da qualidade da assistência através dos padrões;*
- ◆ *Aumento da confiança do cliente interno/externo, bem como da comunidade geral;*
- ◆ *Aprendizado contínuo da organização;*
- ◆ *O sucesso de algumas áreas que estimularão as demais;*
- ◆ *Uma estratégia e plano de trabalho para garantir o envolvimento de todos, e a obtenção dos resultados esperados e necessários para se obter o crédito.”*

O Manual da Acreditação Hospitalar ¹ está estruturado em 7 grandes seções onde estão agrupados os serviços, setores ou unidades com características semelhantes e que possuem afinidades entre si. A lógica é que as seções interagem entre si, permitindo com que a organização de saúde seja avaliada com uma consistência sistêmica, como demonstra a figura abaixo.

Figura 1 – Modelo da Acreditação Hospitalar



Fonte: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares ¹

A avaliação é composta por três níveis. A lógica orientadora para a definição dos níveis segue três princípios orientadores básicos: Segurança (Nível 1), Organização (Nível 2) e Práticas de Gestão e Qualidade (Nível 3). A idéia fundamental é que os níveis possuem uma concepção seqüencial, ou seja, um processo de incorporação dos requisitos dos níveis anteriores. Esses três níveis são compatíveis com o modelo de qualidade em saúde de Donabedian como segue:

1. Segurança = Estrutura;
2. **Organização = Processos;**
3. Práticas de Gestão e Qualidade = Resultados.

Conforme o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares ¹, os itens exigidos em cada nível seguem a lógica descrita abaixo.

As exigências do nível 1 contemplam os requisitos básicos na qualidade da assistência prestada ao paciente, e tem como princípios orientadores:

- ◆ Habilitação do corpo funcional;
- ◆ Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários (normas da Vigilância Sanitária);
- ◆ Estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

As exigências do nível 2 contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, e tem como princípios orientadores:

- ◆ Existência de normas, rotinas, procedimentos documentados, atualizados e disponíveis;
- ◆ **Evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários;**
- ◆ Evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

As exigências do nível 3 contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua, e tem como princípios orientadores:

- ◆ **Evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;**
- ◆ Utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados;
- ◆ Utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

Para Quinto Neto & Bittar ²⁷, “o sistema brasileiro de acreditação, embora mantenha a departamentalização (serviços, unidades, setores) como indicação fundamental para as observações da qualificação da assistência prestada, contém pelo menos três elementos inovadores: foco no cliente, **processos** e visão sistêmica”.

O status de hospital acreditado proporciona maior confiança para os clientes internos e externos.

2.4. Redesenho de Processos

Um dos 10 Princípios da Qualidade de Deming ² é a Gerência por Processos, por trazer o conceito da cadeia “fornecedor – processo – cliente”, na visão horizontal das organizações (visão sistêmica ou visão por processos), que integra as diferentes funções existentes e compõe uma rede de interação entre processos. Ao contrário, quando as diferentes funções são gerenciadas uma a uma e os objetivos são estabelecidos independentemente para cada função, temos a visão vertical das organizações (visão tradicional ou organograma). De acordo com Donabedian ⁶, um dos três eixos da qualidade em saúde é o de Processos, e conforme a Acreditação Hospitalar ¹ a importância de trabalhar os Processos aparece no nível 2.

Na concepção mais freqüente, processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma uma entrada, adiciona valor a ela e fornece uma saída a um cliente específico. Os processos podem ser entendidos popularmente como “a forma pelas quais as coisas são feitas na empresa”. Os processos usam os recursos da organização para oferecer resultados aos seus clientes.

De acordo com o Manual de Melhoria da API ⁹, processo é “*um conjunto de causas e condições que repetidamente vêm juntas em seqüência para transformar as entradas em resultados.*” Essa definição nos leva a pensar no processo como oportunidade de melhoria contínua, isto é, todo trabalho pode ser visto como um processo, e dessa forma, pode ser melhorado.

Como disse Novaes ²⁶ a qualidade não é um processo passivo de cima para baixo, mas sim uma dinâmica, ininterrupta, e uma exaustiva atividade de permanente identificação de falhas nas rotinas e procedimentos.

Segundo Gonçalves ²⁸ “*nas empresas de prestação de serviços, o conceito de processo é de fundamental importância, uma vez que a seqüência de atividades nem sempre é visível, nem pelo cliente, nem por quem realiza essas atividades. A importância dos processos de trabalho aumenta também à medida que as empresas trabalham com conteúdo cada vez mais intelectual, oferecendo produtos e serviços cada vez mais ricos em valores intangíveis*”.

Por isto este estudo quer mostrar que os hospitais públicos universitários, cujas características essenciais de prestadores de serviços e fonte de produção intelectual em saúde, são instituições potencialmente ricas para o desenvolvimento de melhorias através de seus processos de trabalho. Soma-se a isso que a realidade atual dos HU's é que apresentam difíceis processos de trabalho devido à diversidade de cuidados, à imprevisibilidade da demanda e à falta de critérios

claros que permitam questionar a relação custo-benefício destes processos. Em alguns casos nem mesmo existem processos estabelecidos.

Existem três categorias de processos empresariais, válidas também para os hospitais:

- ◆ Os processos de negócio são aqueles que caracterizam a essência do funcionamento da instituição, resultando no produto ou serviço que é recebido pelos clientes. Na saúde podemos entendê-los como sendo os processos assistenciais, ou seja, aqueles onde a prática médica e de enfermagem existem para cuidar do bem estar dos pacientes. Em algumas literaturas esses processos são também chamados de processos de sustentação;
- ◆ Os processos de apoio são os que viabilizam o funcionamento de vários subsistemas da organização em busca de seu desempenho geral, garantindo o suporte adequado aos processos de negócio. Na saúde podemos entendê-los como sendo os processos de suprimentos de materiais, de recursos humanos, financeiros, etc.;
- ◆ E os processos gerenciais que são focalizados nos gerentes e nas atividades que eles devem realizar, incluindo ações de medição e ajuste do desempenho de qualquer organização, inclusive a hospitalar.

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) que se preocupam em oferecer o melhor atendimento que conhecem orientados apenas pelo princípio da assistência ao paciente, sem considerar os gastos e a infra-estrutura necessária, colocam em risco financeiro a organização onde trabalham. Os administradores, o outro lado da moeda em um hospital, ao moderarem custos, materiais e recursos humanos sem considerar os limites de risco da prática médica e aos pacientes, aumentam a possibilidade de problemas assistenciais.

A arte, portanto, encontra-se no meio termo entre a prática assistencial e de apoio administrativo, e para isso há necessidade que ambos troquem informações, bem como ajustem posicionamentos e condutas. A dificuldade de alcançar e manter o equilíbrio entre ambos exige dos profissionais da saúde e dos administradores uma atenção precisa sobre as necessidades e interesses um do outro, de tal modo que se atinja a justa medida para ambas as partes.

Quando as pessoas redesenham processos a comunicação entre elas e os departamentos tornam-se foco. Cria-se uma rede de comunicação entre fornecedores e clientes para melhor compreensão das necessidades mútuas. As pessoas começam a ver uns aos outros, através da cadeia fornecedor-processo-cliente, e passam a enxergar a instituição como uma grande conexão de processos, cada um com seus fornecedores e clientes. O resultado final da cadeia deve ser o

produto ou serviço oferecido ao cliente externo. A qualidade melhora quando as pessoas do processo trabalham com seus fornecedores (internos ou externos) para melhorar a satisfação dos seus clientes (internos e externos). Os fornecedores devem ter como prioridade as necessidades de seus clientes, onde cada cliente se torna o fornecedor das necessidades seguintes na cadeia, se repetindo até que o serviço alcance o cliente final.

Existem várias metodologias para Melhoria de Processos, dentre elas a de Rummler & Brache ⁷ (usada como base para os projetos no HC-UNICAMP cujas etapas estão descritas nos sub-itens 3.x), o DMAIC da API ⁹ (cujas etapas são Desenvolver, Medir, Analisar, Implantar e Controlar), o GEPRO ¹⁰ (Gestão por Processos) elaborada por um grupo de profissionais da UNICAMP após a experiência no HC, e tantas outras com algumas variações entre elas.

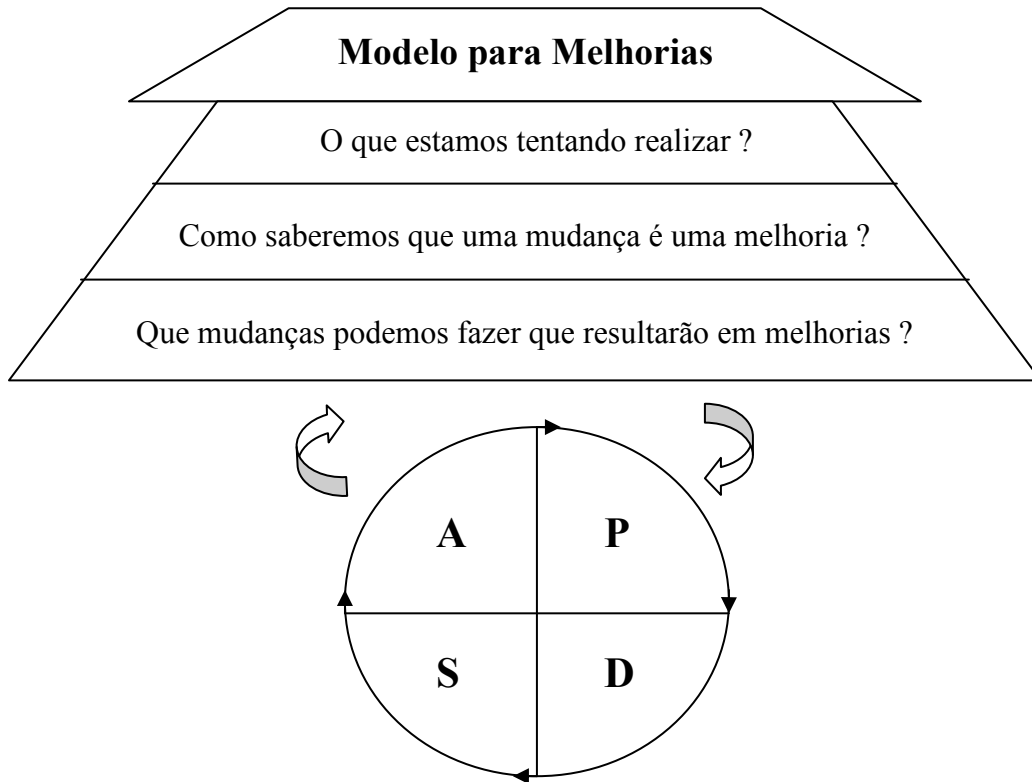
O uso do método de Redesenho de Processos nas organizações, contando com a participação das pessoas que neles trabalham, dá início a um ambiente que propicia a implantação de mudanças e a conseqüente melhoria contínua. O processo analisado periodicamente sofre ajustes necessários. As evidências estatísticas mostram-nos se as mudanças realizadas estão nos aproximando ou nos afastando do almejado.

O método para fazer Melhoria de Processos dos cursos de formação para Green Belts e Black Belts ⁹ utiliza bastante indicadores, gráficos, e métodos estatísticos com o intuito de comprovar se as mudanças realizadas foram realmente melhorias.

O Modelo para realizar Melhorias de Langley et al ⁸ (*Figura 2*) é composto de três questões fundamentais e do ciclo de aprendizagem e melhoria, chamado Ciclo de Shewhart, Ciclo de Deming ou Ciclo PDSA. Os objetivos do ciclo são desenvolver uma mudança, testar a mudança, e implementar a mudança. O uso repetido do ciclo é o caminho para a equipe aumentar seu conhecimento. A partir do conhecimento o ciclo fornece estrutura para aprendizado e uma maneira sistemática para realizar a mudança, composta de 4 etapas:

- ◆ **P–Plan(Planejar):** objetivo, questões e predições, planejar para responder as questões;
- ◆ **D–Do (Fazer):** conduzir o plano, coletar os dados, começar a analisar os dados;
- ◆ **S–Study (Estudar):** completar a análise dos dados, comparar dados com predições, resumir o que foi aprendido;
- ◆ **A – Act (Agir):** quais mudanças deverão ser feitas; próximo ciclo.

Figura 2 – Forma Básica do Modelo de Melhoria



Fonte: *The Improvement Guide* ⁸

Os autores Rummler & Brache ⁷ escrevem:

“Descobrimos então, que o Nível do Processo é o nível menos entendido e menos gerenciado de uma organização. Os processos estão correndo (ou, freqüentemente, tropeçando) na organização, quer prestemos ou não atenção a eles. Temos duas escolhas: podemos ignorar os processos e esperar que eles façam aquilo que queremos; ou podemos compreendê-los e gerenciá-los. A experiência sugere fortemente que o Nível do Processo é onde a mudança mais substancial, em geral, precisa acontecer.

Se tivéssemos de escolher um dos três Níveis de Desempenho das organizações como sendo a área de maior oportunidade, escolheríamos o Nível do Processo. Talvez porque ele tende a ser o nível menos compreendido e, portanto, menos gerenciado. Talvez porque o trabalho é feito por meio de processos. Ou até talvez porque ele é o nível intermediário, que serve como ligação entre o Nível da Organização (estratégico) e o do Trabalho/Executor (as pessoas). Não melhorar o desempenho do processo implica não melhorar o desempenho da organização. Não gerenciar os processos de maneira efetiva, significa não gerenciar efetivamente os negócios”.

Gerenciar os processos adequadamente significa reduzir variabilidade. Em alguns casos de organizações que não gerenciam seus processos, a variação no funcionamento das tarefas é tão grande, que podemos dizer que nem mesmo existe processo, ou seja, as atividades ocorrem de qualquer maneira. Nestes casos, é necessário criar um processo padrão para o trabalho. A padronização dos processos reduz a variabilidade das operações, o que normalmente causa também a redução na variação dos resultados.

Ao percorrer o interior dos processos no universo hospitalar, algumas questões ficam aparentes acerca da produção das ações em saúde:

- ◆ O cuidado em saúde tem uma coordenação fragmentada pela lógica médica, através de um processo ambíguo que nem sempre está integrado com a equipe multiprofissional, nem mesmo com as outras unidades que são fornecedoras de serviços;
- ◆ O processo do cuidado em saúde conta com a participação de muitos profissionais que vão compor a totalidade e integralidade da assistência. O que ocorre é que existem vários ruídos nessa interação, que evidenciam problemas ligados à organização do trabalho e a construção das relações entre as equipes.

Por estas razões, existe possibilidade e potencialidade em se implantar mudanças no modelo de assistência à saúde a partir da revisão dos processos de trabalho, pois se percebe a disponibilidade para um trabalho coletivo com o desejo da equipe em melhorar as relações internas ao processo e externas com os outros processos da organização.

A importância da Melhoria de Processos e sua integração com a Estratégia nas organizações também foi muito bem relatada por Campos²⁹:

“A Melhoria de Processos é uma ferramenta da Qualidade capaz de garantir uma formulação explícita de estratégias futuras, onde os micro-planos tornam-se fontes valiosas de informações para as tomadas de decisões do macro-plano. Além disso, implanta-se em cada um dos micro-planos a filosofia de melhoria contínua e de medições (indicadores), já que somente assim eles serão capazes de criar uma comunicação integrada entre eles e o macro-plano.

Entretanto, não basta focalizar diretamente e somente os processos da organização, sem uma estratégia maior e bem estruturada. Da mesma maneira que não é eficaz uma estratégia que contemple apenas o Planejamento Estratégico, sem uma estratégia menor e bem estruturada em relação aos processos. Portanto, é indiscutível a importância do Planejamento Estratégico para os macro-planos, bem como o Redesenho de Processos para os micro-planos.”

2.5. Cultura Organizacional

O Modelo de Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos, como uma nova estrutura e método de trabalho para o desenvolvimento das instituições, devem alterar paradigmas, comportamentos e atitudes das pessoas, provocando uma mudança na cultura organizacional.

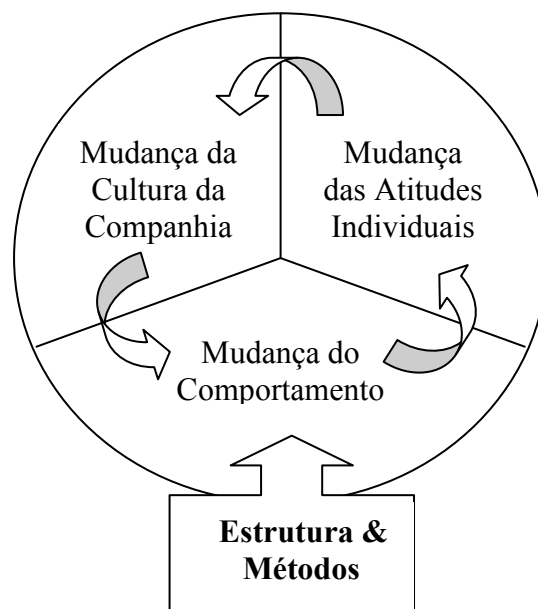
Segundo Juran ³ “para a maioria das organizações e dos gerentes, os melhoramentos contínuos da qualidade não são apenas uma nova responsabilidade; são uma mudança radical no estilo de gerenciamento, uma mudança de cultura”.

E Novaes ²⁶ ressalta: “Não resta dúvida de que qualquer método de mudança institucional que interage com o comportamento organizacional do servidor hospitalar, empregando técnicas e dinâmicas de grupo, é válido e tem que ser perseguido”.

Entretanto, grande parte dos especialistas na introdução de mudanças diz que a mudança cultural leva tempo porque requer que as crenças da organização sejam mudadas.

De acordo com o Manual de Melhoria da API ⁹: “Crenças ou atitudes desafiadoras frequentemente criam mais do que a resistência suficiente para bloquear os esforços de mudança. Para aceitar a mudança a maioria de nós precisa compreender a razão para a mudança e saber como ela nos ajuda. Muitas organizações têm introduzido com sucesso a mudança ao alterar a estrutura nas quais as pessoas trabalham”. Isto está representado na figura abaixo.

Figura 3 – Cultura, Atitudes, Comportamentos



Fonte: Manual de Melhoria da API ⁹

Schein ¹¹ descreve vários significados comuns da cultura organizacional, dentre os quais se podem destacar:

- ◆ Regularidades de comportamento observadas quando as pessoas interagem entre si;
- ◆ Normas que evoluem em grupos de trabalho;
- ◆ Valores dominantes abraçados por uma organização.

Para Schein ¹¹, cultura organizacional define-se como *“Padrão de pressupostos básicos compartilhados que um grupo aprendeu na medida em que resolveu os seus problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionou suficientemente bem para ser considerado válido e, portanto, para ser ensinado aos novos membros como o modo correto de perceber, pensar e sentir em relação a estes problemas”*.

Segundo Ferro ¹² algumas dimensões da cultura nas organizações são:

- ◆ Adaptação Externa – quanto está adaptada ao mercado, ao ambiente, ao local onde está inserida, à comunidade;
- ◆ Integração Interna – quanto há de coesão entre os sócios, diretores, etc.;
- ◆ Tempo – voltada ao passado, presente ou futuro; o tempo também pode ser definido como policrônico (fazer várias coisas ao mesmo tempo) ou monocrônico (fazer uma coisa por vez);
- ◆ Individualismo X Coletivismo – grau de aceitação e valorização do trabalho do indivíduo ou do trabalho em grupo;
- ◆ Natureza Humana – crença sobre a confiança ou não nas pessoas (as pessoas são de natureza boa ou má);
- ◆ Liderança – relações de poder e hierarquia.

As organizações estabelecem suas próprias culturas que são importantes na consolidação de práticas e valores, através dos quais passam um pouco a sua imagem para os clientes.

Segundo Peters & Waterman ¹³ culturas fortes (homogeneidade de valores) normalmente geram maior desempenho, porque tem: alinhamento dos objetivos; menores conflitos; mais motivação e sinergia; maior velocidade nas decisões; facilidade na comunicação; maior comprometimento e envolvimento; menos necessidade de controles externos.

Entretanto, estudo de Kotter & Heskett ¹⁴ mostrou que nem sempre uma cultura forte leva ao bom desempenho. Algumas empresas com cultura forte tiveram mau desempenho e vice-versa, ou seja, algumas com cultura fraca tiveram bom desempenho. Cultura forte às vezes engessa, dá rigidez, cria arrogância e não permite que alguém pense diferente. Segundo eles mais importante do que uma cultura forte é uma cultura adaptativa (capacidade de se ajustar às mudanças).

Muitas empresas descobrem que a parte mais difícil da melhoria da qualidade não é encontrar uma solução que funcione de fato, mas lidar com a cultura e a resistência à mudança. Embora a solução possa parecer puramente técnica ou de processos, as conseqüências da mudança podem ser profundamente sociológicas. As pessoas podem sentir insegurança, pensando que estarão cedendo parte de suas responsabilidades, autoridade e poder com as mudanças, além do "medo do desconhecido". E isso deve ser entendido e tratado como natural no ser humano.

Por outro lado, a busca da melhoria contínua dos processos que envolvem as pessoas nas organizações, faz com que elas aos poucos incorporem valores tais como: sensibilidade, respeito, humildade, tolerância, compreensão, sinceridade e comprometimento. E com esses valores incorporados as pessoas passam a ficar bem consigo mesmas, diminuindo as resistências e acreditando mais nas mudanças. E como reforça Campos ²⁹: *“Se garantirmos o comprometimento em todos os processos da organização, então teremos institucionalizado o processo de melhoria contínua o que perpetuaria gradativamente os conceitos e valores da Gestão da Qualidade e mudaria os valores e crenças organizacionais”*.

Mas, exatamente pelo fato de as organizações por processos exigirem que as pessoas trabalhem de maneira tão diferente, é freqüente perceber que muitas vezes faltam as ferramentas e os modelos sociais, psicológicos e humanos para ajustar os grupos internos às novas condições. Um desafio para os hospitais públicos universitários trabalharem com a Gestão pela Qualidade e o Redesenho de Processos é conseguir a transformação gradual da sua cultura organizacional, tão necessária para que esse movimento tenha sucesso e perdure.

O trabalho que anteriormente era individual centralizado nos departamentos, na Gestão por Processos passa a ser realizado por times semi-autônomos. Assim também a execução de projetos que antes era realizada por uma área ou pessoa, passa a ser realizada por equipes multidisciplinares, formadas por pessoas de diversos setores.

Segundo Donabedian ⁶ para a gestão da qualidade em saúde, o problema crítico é a cultura das organizações, o conjunto de crenças e valores que definem como os membros de uma organização interpretam a realidade, a necessidade de mudar esta realidade e como ela deveria ser mudada. Ele diz que algumas formas de garantir a qualidade constituem uma “revolução de pensamento” que requer a correspondente mudança cultural. É preciso provocar mudanças intrínsecas (que dependem das pessoas) e extrínsecas (que dependem da instituição), através de treinamento em ferramentas e métodos não só de conhecimento técnico em análise de qualidade, como nas áreas de psicologia, sociologia, relações humanas, etc. E principalmente é necessário apelar para a capacidade de compromisso e responsabilidade das pessoas, elementos que em si mesmo formam parte das crenças e valores que definem a cultura de melhoria da qualidade.

Transformar esta cultura em modalidades propícias à melhoria da qualidade assistencial é responsabilidade da liderança, entendendo liderança como a capacidade de persuadir, motivar e inspirar confiança, e também o exemplo e o compromisso pessoal com a qualidade que acaba por determinar o predomínio de uns e outros elementos culturais. Esta liderança – ou sua ausência – é determinante para o êxito ou fracasso das políticas e intervenções de mudança.

Mas esta não é uma realidade somente dos hospitais. O trabalhador não está preparado para a atividade cooperativa. A maior parte das empresas acostumou todos a obedecer ao chefe. A subordinação criou a conformidade. Não existem organizações sem relações de poder, e os líderes são veículos de imposição de valores nas instituições. Cultura Organizacional tem tudo a ver com o poder (lideranças).

Há dois referenciais básicos para uma análise atual da questão gerencial na área de saúde pública em nosso País: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais, e a fragilidade dos paradigmas administrativos ainda vigentes nessas organizações. Para reverter esse quadro é necessário o reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da instituição, o que implica a prática da administração participativa e, no âmbito dos processos de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle no desempenho de atividades pela responsabilização para com as práticas institucionais. O conceito de responsabilização no trabalho implica que o trabalhador assuma, no cotidiano de sua prática, atitudes e compromissos efetivos com os objetivos e missão institucional, o que significa dizer, no caso dos estabelecimentos assistenciais, com as necessidades e satisfação dos pacientes. Para que se

estabeleça esse pacto é indispensável uma série de posturas inovadoras no campo das práticas gerenciais dos serviços de saúde, buscando substituir o autoritarismo pela autoridade democrática, e superar a alienação pela participação consciente no processo de trabalho.

O Manual de Melhoria da API ⁹ sugere, para que a mudança seja bem sucedida, estimular o desejo interno (intrínseco) das pessoas de terem orgulho de seu trabalho. Identificaram vários fatores críticos que nos prendem ao nosso trabalho: liberdade de escolher a atividade; liberdade de críticas; menos estrutura organizacional; escolher os colegas; menos fatores de status; menos conflitos entre superior e subordinado; mais oportunidade para sermos nós mesmos. Assim poderemos efetivamente estar transformando a cultura.

O Desenvolvimento Organizacional deve incorporar o valor do ser humano na definição do trabalho, incorporar o sentido da dimensão humana na organização, para garantir as relações inter-pessoais, para resgatar o sentido do trabalho como base para a grande mudança que a organização necessita. As pessoas são os recursos mais importantes da organização. Buscam nela, não apenas remuneração adequada, mas espaço e oportunidade para demonstrar aptidões, participar, crescer profissionalmente e ver seus esforços reconhecidos. O espírito de colaboração e a iniciativa daqueles que acreditam no trabalho representam a melhor medida de eficácia das ações para o Desenvolvimento Organizacional.

A organização de saúde pode ser vista como uma cultura ou um grupo de culturas, às quais o esforço de garantia de qualidade e melhoria dos processos deve adaptar-se, ou modificar-se se pretender que floresça. Contrariamente a outras culturas, a conduta para a qualidade no sistema de saúde pode não ser tão racional como a gente gostaria que fosse. Parece que na área de saúde, principalmente pública, a Gestão da Qualidade prescinde de mais métodos e ferramentas que trabalhem a dimensão subjetiva das pessoas, no sentido de cuidar melhor delas para que possam cuidar melhor de seus pacientes. E então a qualidade será uma força capaz de implantar uma mudança cultural gradual mais rápida e que, com o tempo, fará emergir também uma maior competência nos relacionamentos. Se a qualidade for persistente, consistente, justa e mostrar resultados, então a melhoria contínua dos processos permanecerá ao longo do tempo nas organizações.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

O PROGRAMA DE QUALIDADE E O REDESENHO DE PROCESSOS NO HC-UNICAMP

O Programa de Qualidade do HC-UNICAMP, o QualiHC, foi criado em setembro de 1997, pelo “Grupo de Facilitadores da Qualidade” composto por funcionárias do hospital que cursavam o mestrado em Gestão da Qualidade na UNICAMP. Este grupo tinha a missão de implantar o Programa no hospital, que iniciou e se mantém até hoje, buscando respeitar princípios e valores da Qualidade, mas adaptando-os às especificidades da instituição, de caráter público e de saúde.

O Programa nasce com o princípio de ser:

“Uma forma integrada de pensar e agir, uma filosofia de gerenciamento compartilhado, de responsabilidades divididas e assumidas, e de estímulo à parceria entre áreas e pessoas.”

O valor definido para o Programa é: *“Respeito à instituição, reconhecendo a importância de cada pessoa dentro dela, reconhecendo também os seus limites, e acreditando que a qualidade como filosofia aplicada é o melhor caminho para a sobrevivência institucional e pessoal”*.

As linhas estratégicas definidas para ação do Programa, foram traduzidas nos seguintes propósitos do grupo de facilitadores:

- ◆ *Facilitar o **processo de comunicação** do hospital, promovendo encontros com a finalidade de analisar as áreas, objetivando a compreensão comum da realidade do hospital, favorecendo a cooperação na solução dos problemas, e principalmente, indicando as questões prioritárias, que devem ter a atenção de todos;*

- ◆ *Facilitar o **desenvolvimento de uma consciência de qualidade**, promovendo a humanização do trabalho no hospital, quer nas relações entre as pessoas, quer na assistência ao paciente;*
- ◆ *Facilitar, nos moldes acima, a **melhoria de processos**, decorrente de necessidades isoladas prioritárias para a administração ou programas em curso;*
- ◆ *Facilitar a **busca na solução de problemas e/ou necessidades pontuais** internas ou intra-áreas, utilizando ferramentas da qualidade, e incentivando o trabalho em equipe;*
- ◆ *Facilitar o desenvolvimento de mecanismos de **avaliação da qualidade** no hospital, e a elaboração de indicadores (de desempenho, satisfação dos clientes, etc.);*
- ◆ *Facilitar o **desenvolvimento organizacional**, propondo estratégias de planejamento estratégico e acompanhando a implementação dos planos de ação.*

O Programa de Qualidade fomentou e alinhou dentro de um grande contexto os propósitos acima estabelecidos pelo Grupo de Facilitadores, com a finalidade de sustentar, promover e ampliar a velocidade do Desenvolvimento Organizacional do hospital.

O Programa de Qualidade, nesses anos de existência vem se expandindo com uma ampla participação e integração dos gerentes de serviços e a criação de vários grupos de trabalho envolvendo cada vez mais pessoas. Como estratégia do programa, decidiu-se focalizar inicialmente a participação e formação da média gerência, por ser a camada intermediária, e, portanto ter um papel fundamental no desenvolvimento da instituição. Sabe-se que é aí que acontecem todas as decisões no nível dos processos, e conseqüentemente de importância para a qualificação dos serviços administrativos, de apoio e de assistência hospitalar. Além disso, acredita-se que esse nível, por ser o intermediário na estrutura da organização, quando mais qualificado e capacitado, passa a ter maior influência sobre as decisões do nível estratégico, e melhora o desempenho do nível operacional. Isso se torna ainda mais importante no caso de uma instituição pública, onde o nível estratégico muda a cada quatro anos, e o nível tático se mantém um pouco mais constante.

Com a expansão da atuação do Programa, em meados do ano 2000 cria-se a Assessoria de Qualidade subordinada diretamente à Superintendência, que fortalece ainda mais as ações de Qualidade no hospital. A partir de 2001, o programa passa de uma etapa centrada nas estratégias

de conscientização coletiva quanto à Qualidade, na integração e no desenvolvimento da comunicação no Hospital, para uma etapa fortemente centrada na **estratégia de Redesenho dos Processos de trabalho, como uma forma de trazer a Qualidade como algo inerente e inevitável ao Desenvolvimento Organizacional do hospital nas pontas do sistema.**

O hospital percebe a importância em reorganizar e melhorar seus processos, visando responder às mudanças necessárias, maximizar as oportunidades e atender aos clientes da melhor forma buscando sua maior satisfação. A expectativa de que a revisão adequada dos processos reduza as insuficiências e os erros resultantes da redundância de atividades e informações, reduza os custos e melhore as expectativas dos clientes pelo desenvolvimento de formas inovadoras de oferecer os serviços que eles recebem.

A metodologia usada nos projetos de redesenho de processos do HC-UNICAMP ³⁰ teve como base Rummler & Brache ⁷, cuja experiência na aplicação desencadeou mais tarde na elaboração do GEPRO ¹⁰ (Gestão por Processos) desenvolvida por um grupo de funcionários administrativos da UNICAMP. As etapas que compõem estas metodologias estão descritas a seguir, nos subitens 3.x.

O uso de uma metodologia de Redesenho de Processos como está sistematizado, possibilita a reflexão de maneira estruturada sobre as práticas do dia-a-dia, garantindo a participação maciça das pessoas envolvidas, independentemente de nível hierárquico. A premissa básica desse método é que impere um clima de confiança organizacional, estimulado pela compreensão e combinação entre as partes da cadeia fornecedor-processo-cliente. As pessoas de todos os níveis (estratégico, tático e operacional) participam do planejamento, das propostas de melhorias e da implantação das mudanças, enfim, comprometendo-se com a qualificação do processo. A implementação de inovações e melhorias nesses processos vai criando condições para que a instituição se adapte com maior eficiência e agilidade, proporcionando respostas mais rápidas.

Na metodologia de Redesenho de Processos é necessário criar um ambiente que proporcione o aperfeiçoamento do processo no negócio, através da definição cuidadosa das equipes de trabalho responsáveis pela implantação do projeto, as quais devem ter clara visão do que deve ser realizado, das etapas do projeto e de onde se quer chegar. A composição das equipes de trabalho, os papéis e responsabilidades de cada um é fator de sucesso na Gestão de Processos.

Papéis e Responsabilidades nos Projetos de Redesenho de Processos

Patrocinador

Tem o objetivo de gerenciar e monitorar o esforço do desenvolvimento do projeto. O papel desta pessoa é fundamental para o sucesso do projeto, é ela que fornecerá todo o apoio necessário, assegurando recursos suficientes ao projeto. Também é ela que elimina os obstáculos e obtém cooperação entre as áreas da instituição.

De todos os papéis e responsabilidades, só o Patrocinador não existia nos primeiros projetos, surgindo depois com a metodologia GEPRO¹⁰. A necessidade de um membro da alta administração que patrocine o projeto ficou clara quando se percebeu que as mudanças imediatas eram implantadas, e as mudanças estratégicas e/ou que dependiam de recursos demoravam mais para ser implantadas.

Dono do Processo

Dirige, participa e dá suporte em todo o projeto de melhoria, assegurando que o projeto mantenha prioridade. Nomeia as equipes de melhoria do processo. Se tivéssemos de selecionar a ação que tende a dar maior contribuição à Melhoria e Gerenciamento de Processos, seria a escolha do Dono do Processo, encarregado da eficiência e eficácia do processo, e que, portanto deve incumbir-se dos seguintes papéis: monitorar o desempenho do processo; assegurar a cooperação entre as equipes e as áreas envolvidas; planejar e acompanhar a implementação das mudanças. Dado esse papel, a seleção do Dono de Processo é crítica, devendo ser alguém que:

- ◆ Ocupe preferencialmente uma posição de gerência;
- ◆ Gerencie o maior número de pessoas que trabalham no processo;
- ◆ Compreenda o funcionamento de todo o processo (visão sistêmica do processo);
- ◆ Tenha perspectiva do efeito do ambiente sobre o processo e do processo sobre o negócio;
- ◆ Possua habilidade pessoal para influenciar as decisões.

Equipe de Melhoria

Tem o objetivo de analisar o processo atual (descrever como o trabalho é feito), projetar o processo ideal (criar ou redesenhar), e recomendar mudanças. Planejar a implementação, implantar o novo processo fazendo as mudanças. Recomenda-se que esta equipe seja composta por pessoas conhecedoras do como o trabalho é realizado, e tenha representantes de todos os segmentos envolvidos no processo.

Fornecedores

São os representantes dos processos que fornecem as entradas ou insumos para o processo alvo, e tem como responsabilidade identificar suas necessidades em relação ao processo para que possa oferecer seus insumos de forma mais adequada.

Clientes

São os representantes que recebem os produtos e/ou serviços do processo, e tem como responsabilidade identificar suas necessidades e requisitos em relação aos serviços prestados pelo processo.

Facilitadores

São as pessoas responsáveis por treinar as equipes em conceitos/ferramentas de gestão de processos, orientarem o uso do método em todo o projeto de melhoria. Participar e documentar todo o trabalho das equipes e servir de consultor ao processo. Para se conseguir uma boa estratégia de mudança na organização é importante a figura dos facilitadores como agentes destas mudanças. O papel do facilitador foi muito bem retratado por Campos ²⁹:

“Embora os facilitadores possam ter perfis profissionais distintos, todos preocupam-se com a melhoria contínua da organização, visando impulsionar melhoramentos e inovação nos processos. É importante ressaltar que os facilitadores estão interessados no relacionamento, nas atitudes, nas percepções existentes entre os grupos.

Os facilitadores devem manter um equilíbrio sadio entre a preocupação com a produção e com as pessoas. Pois, quanto mais profunda e inquietante for a mudança, mais colaborativa e íntima deve ser a relação entre os facilitadores e as pessoas. Os facilitadores devem conseguir que as pessoas envolvidas na mudança a desejem de forma voluntária e as implantem no momento oportuno. O facilitador deve diminuir as resistências às mudanças, oferecendo

aconselhamentos, incentivando a construção de soluções, propondo alternativas que implementem de forma parcial a mudança e garantindo o sucesso dos primeiros passos.

O facilitador deve incentivar as pessoas a vencerem o desafio e saírem do comodismo, convencendo-as de que assim alcançarão um futuro melhor em seus ambientes de trabalho.

Os facilitadores desempenham vários papéis, tais como: pesquisadores, assessores, conselheiros, professores, historiadores, treinadores. São pesquisadores quando buscam e testam novos conceitos que ajudem a organização a obter novas perspectivas. São assessores e conselheiros quando estabelecem várias comparações antes de recomendar uma decisão; são professores quando localizam pontos cruciais significativos e montam um problema sensibilizando a organização a resolvê-lo. São historiadores quando proporcionam uma compreensão histórica e situacional dos problemas. São treinadores quando treinam o pessoal na utilização de ferramentas”.

As metodologias de Redesenho de Processos³⁰ (documentação de um projeto no Anexo II – Redesenho de Processos na Radioterapia do HC-UNICAMP) e GEPRO¹⁰ (documentação de um projeto no Anexo III - Redesenho de Processos nos Serviços Gerais e Rouparia do HC-UNICAMP) utilizadas no HC-UNICAMP estão estruturadas nas etapas descritas abaixo.

3.1. Etapa I – Visão Estratégica do Processo

Esta etapa é um amplo olhar sobre o processo, sob as diferentes óticas dos fornecedores, clientes e representantes do processo, vislumbrando um futuro melhor para o processo.

Conforme Rummler & Brache ⁷: *“Visão é a arte de enxergar o invisível. Enquanto é fácil observar as deficiências das pessoas, as deficiências do sistema – ou mais acuradamente, o não sistema – são mais difíceis de perceber.” Visão também é “a habilidade de considerar uma variedade de paradigmas de uma forma nunca combinada antes”.*

Objetivos:

Um “olhar macro” sobre o processo, construindo uma visão comum entre todos os segmentos envolvidos, a respeito dos objetivos do processo, a eficácia (o grau com que as expectativas dos clientes são atendidas), a eficiência (o grau de aproveitamento dos recursos) e o custo (o dispêndio global de todo o processo). É necessário determinar claramente os objetivos do processo, para estabelecer os pontos a serem trabalhados ou melhorados. O perfeito entendimento é essencial para: alinhar e focalizar todos em um único objetivo; possibilitar a identificação das áreas com problemas; fornecer dados para tomada de decisão e avaliar o impacto das mudanças.

Entender como funcionam os relacionamentos básicos de entrada e saída da cadeia fornecedor-processo-cliente. Promover o intercâmbio de idéias e a troca de necessidades a respeito do processo em questão, sob a ótica dos clientes, fornecedores e envolvidos no processo alvo. Esse intercâmbio proporciona uma combinação e pactuação entre as partes envolvidas, a respeito de como querem que o processo seja melhorado (Visão de Futuro do Processo).

Atividades:

◆ Elaborar o **Contrato de Trabalho** do projeto contendo objetivos e importância do projeto, premissas e restrições, principais indicadores e metas. O contrato bem escrito pode ser um instrumento efetivo para que todos cheguem em um acordo sobre o que deve ser realizado. Se neste momento inicial do projeto não houver um entendimento comum entre as pessoas, elas tentarão preencher esse vazio com pontos de vista pessoais do que deve ser alcançado. De acordo com o Manual de Melhoria da API ⁹ há muitas razões para investir tempo na redação de um contrato: ajuda na seleção da equipe; reduz variações em torno do propósito original; ajuda na seleção dos processos para estudo (escopo); dá poder às pessoas para a realização de mudanças.

Jorge ²¹ também reforça a importância dizendo que o contrato é a ferramenta pela qual a unidade/processo se comprometerá a produzir e desenvolver programas e atividades específicas para aprimorar seu desempenho e terá como contrapartida da administração/patrocinador, o apoio e infra-estrutura necessária para o desenvolvimento do projeto.

O Contrato de Trabalho aplicado nos projetos do HC-UNICAMP surgiu depois com a metodologia GEPRO ¹⁰, e percebeu-se a diferença e importância do acordo, comprometimento e evolução dos projetos que usaram este instrumento.

◆ Criar uma visão geral do processo (missão/objetivo, início e fim) e de seus relacionamentos com outros processos da organização (processos clientes e fornecedores internos) e com fornecedores e clientes externos, através da construção do **Mapa de Relacionamentos** (de Rummler & Brache ⁷) ou **SIPOC** (Suppliers Input Process Output Clients da API ⁹). O Mapa de Relacionamentos é uma ferramenta que torna visível as entradas e saídas que fluem entre as funções, mostrando o que está acontecendo nos “*espaços em branco*” do organograma. É utilizado para: entender como funciona a organização/processo; identificar os “*fios desligados*” (entradas e saídas inexistentes, desnecessárias ou confusas); desenvolver relacionamentos funcionais que eliminem “*fios desligados*”.

(ver exemplos no Anexo I - Mapas de Relacionamento do HC-UNICAMP nos níveis 1 e 2, e nível 3 nos Anexos II e III – Redesenho de Processos do HC-UNICAMP)

◆ Levantar **Necessidades** ou **Requisitos** existentes entre Clientes, Fornecedores e Processo, e determinar **Indicadores** essenciais e **Metas** referentes a esses requisitos. É o resultado da rede de pactuação de necessidades levantadas a respeito do processo. Os requisitos são formas de contrato entre as partes contendo: as necessidades de cada um; o que será medido (indicador); o quanto se espera de cada indicador (meta). Os indicadores controlam a variabilidade dos serviços oferecidos aos clientes, e o alcance de metas provoca ciclos de melhoria contínua.

Na metodologia GEPRO ¹⁰ estas atividades do projeto encontram-se divididas em duas etapas, chamadas de ‘Entendimento do Negócio’ (Contrato e Mapa de Relacionamentos) e ‘Requisitos dos Clientes e Fornecedores’ (Requisitos, Indicadores e Metas). De acordo com o GEPRO, o levantamento de requisitos deve ser realizado na seguinte ordem:

- ◆ Relacionar as necessidades do processo em relação aos fornecedores, obtendo-se informações sobre o que os fornecedores devem fazer para melhorar os insumos oferecidos para continuar sendo um fornecedor.

- ◆ Relacionar as necessidades do processo em relação aos clientes, obtendo-se informações sobre como o cliente deve agir para que o processo possa atendê-lo.

As pessoas do processo fazem primeiro uma análise sobre o seu próprio processo. Tira-se, desta forma, a situação de receber críticas de terceiros, já que a maioria das necessidades é conhecida e relacionada pelo próprio pessoal do processo e não pelos clientes/fornecedores. As autocríticas são elementos mais motivadores de mudanças do que as críticas de terceiros. Muitas vezes a nossa primeira atitude frente a críticas de terceiros é de defesa, para depois aceitá-las. Se ganha tempo dessa forma, pois o tempo da defesa deixa de existir.

- ◆ Relacionar as necessidades dos fornecedores em relação ao processo, obtendo-se informações sobre como o processo deve agir para que o fornecedor possa atendê-lo.

Os fornecedores darão seus pareceres sobre as necessidades relatadas e poderão alterar seus próprios processos para melhor atender ao processo cliente.

- ◆ Relacionar as necessidades dos clientes em relação aos produtos/serviços do processo: os clientes convidados relacionam o que o processo deve fazer para melhorar cada produto/serviço oferecido a eles. Os clientes juntamente com as pessoas do processo proporcionam uma análise externa sobre o processo. Quando chamarmos os clientes para colocar suas necessidades, eles as estarão endossando e/ou acrescentando àquela auto-análise já feita pelo pessoal do processo. Caso as necessidades relatadas pelos clientes sejam muito diferentes das relatadas pelo pessoal do processo, os facilitadores deverão ficar atentos e não permitir suscetibilidades excessivas do pessoal do processo. Os facilitadores devem garantir que a palavra permaneça com os clientes.

(ver exemplo de Contrato, Mapa de Relacionamentos e Requisitos no Anexo III - Redesenho de Processos nos Serviços Gerais e Rouparia do HC-UNICAMP)

3.2. Etapa II – Mapeamento do Processo Atual (Análise)

O conhecimento atual do processo é importante para que o projeto de melhoria seja baseado em fatos reais ocorridos e não em intuições ou emoções dos membros da equipe.

Para que a etapa de análise do processo atual tenha sucesso, ela deve estar calcada em alguns valores primordiais tais como: o processo existe para atender a uma necessidade do cliente (foco no cliente) e não das pessoas do processo; quem mais sabe sobre uma tarefa é quem a realiza, independente de hierarquia ou escolaridade; os problemas levantados no processo são causados, na maioria das vezes, pela forma como o processo está estruturado, e não por incompetência das pessoas. Através destes valores combinados com a equipe, o projeto flui com maior transparência, sem procurar culpados, e facilita a autocrítica das pessoas em relação a seu trabalho, gerando mais comprometimento e responsabilidade com as mudanças necessárias.

Objetivos:

Descrever o caminho das informações no contexto do processo (descrever o processo atual), estabelecendo todas as práticas de trabalho existentes, ou seja, as entradas que se convertem em saídas → Fotografar o Processo.

Levantar necessidades do processo a partir do questionamento sobre o funcionamento atual do mesmo, verificando atividades redundantes, desnecessárias ou ilógicas e suas respectivas causas que poderiam estar afetando seu desempenho.

Documentar o processo atual conhecido é importante para estudar a situação e descobrir por onde começar. O desenho do processo atual tem maior impacto nos processos administrativos e de serviços, onde não podemos “ver” o processo operar como nas linhas de produção das fábricas.

Atividades:

◆ Mapear o processo atual, ou seja, registrar como o trabalho é feito, seguindo o fluxo de trabalho, e verificando os documentos utilizados. Para essa atividade desenhar o **Fluxograma** ou **Mapa do Processo** (de Rummler & Brache⁷), ou ainda registrar na **Planilha de Atividades** (GEPRO¹⁰). O fluxograma serve para desenvolver uma fotografia do processo, e para comunicar e padronizar os processos. Quando cada pessoa realiza a tarefa de modo diferente, fica difícil se não impossível ter um processo otimizado e realizar aperfeiçoamentos significativos.

Conforme MERHY ³¹ “o fluxograma, de um modo muito simples, é um diagrama muito usado por diferentes campos do conhecimento, com a perspectiva de desenhar um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. Essa ferramenta analisadora representa o que acontece no interior dos processos de trabalho envolvidos na produção de algum serviço’.

Segundo o Manual de Melhoria da API ⁹ as razões pela quais é útil descrever um processo são: as fronteiras onde o processo começa e termina são determinadas; listar as entradas clarifica o que é necessário dos fornecedores; listar os resultados clarifica porque o processo é realizado.

◆ Questionar o processo atual procurando pelas causas de suas falhas. Construir o **Diagrama de Causa e Efeito** (de Ishikawa). Quando a equipe está focada em problemas importantes do processo atual, o diagrama de causa e efeito deve ser útil e serve para coletar e organizar em categorias as causas potenciais dos problemas ou variações de qualidade. É útil também quando cada membro do grupo tem uma perspectiva diferente sobre um problema.

Conforme a orientação de Berwick et al ²⁴: “... o benefício na obrigação da equipe parar, considerar a complexidade do problema e fazer um exame objetivo de todos os fatores que podem causá-lo. Da mesma forma que o fluxograma dá a equipe uma forma estruturada e disciplinada de entender o processo existente, o diagrama de causa e efeito oferece uma maneira estruturada de gerar hipóteses sobre as fontes de uma falha no processo”.

◆ Levantar as **Desconexões** (de Rummler & Brache ⁷), **Necessidades** ou **Sugestões** ³⁰ e **Oportunidades de Melhoria** (GEPRO ¹⁰) que surgirem durante o mapeamento. Durante o desenho do processo e a construção do fluxograma identificar as atividades com problemas (chamadas desconexões), onde há necessidades ou oportunidades de melhorias. Estas atividades podem estar relacionadas à retrabalho, inspeções, que produzem resultados que os clientes já não precisam ou não estão satisfeitos, etc. O fluxograma facilita mostrar oportunidades óbvias para melhoria, ou até pontos onde falta padronização no processo.

◆ Identificar e medir os **Indicadores do Processo** (GEPRO ¹⁰), medidas sobre o desempenho atual do processo, que servirão como parâmetro futuro para avaliar o impacto das mudanças no processo, ou seja, se as mudanças realizadas foram efetivamente melhorias.

(ver exemplos nos Anexos II e III - Redesenho de Processos do HC-UNICAMP)

3.3. Etapa III – Criação do Processo Ideal (Redesenho)

A criação de um novo processo de trabalho é a fase mais importante do Redesenho de Processos. A padronização dos procedimentos assegura a todos que trabalham nesse processo, que façam uso dos mesmos e melhores meios para realizar as suas atividades. A padronização diz **como o trabalho deve ser feito**. A criação do novo processo (“sonho”) deve ser feita sem pensar no “como” implementar. O “como” tolhe muitas idéias inovadoras. Mas como um processo perfeito pode ser impraticável, depois de sonhar sobre tudo o que quiser fazer, a equipe deve ser realista sobre aquilo **que pode ser feito**.

Também nessa etapa é esperado que os membros da equipe tenham opiniões diferentes sobre como definir o novo processo. Isso é normal, pois os indivíduos podem perceber o mesmo processo de modos diferentes. A construção coletiva do processo oferece uma oportunidade para que tal diferença de opinião possa ser discutida de forma clara e transparente para a equipe chegar a um consenso. Por isso é importante a maior representatividade das pessoas do serviço, para que todos sejam inseridos na idéia do “novo” processo. A não participação das pessoas pode gerar “resistências” futuras na implementação.

Objetivos:

Descrever o caminho das informações no contexto do novo processo (descrever como o processo será feito), estabelecendo todas as práticas de trabalho futuras, produtos ou serviços, entradas que se converterão em saídas.

Desenhar uma situação futura (ideal) criando soluções alternativas de melhorias do processo, que possibilitem aperfeiçoar a eficiência, a eficácia e a adaptabilidade da situação atual existente. Esse processo ideal deve ser uma cadeia fluida de atividades, que produz o serviço exigido pelo cliente final de forma racional e o mais otimizada possível.

Atividades:

◆ Desenhar o novo processo, esboçando o fluxo global do processo (Macro Fluxo), para então mostrar para cada sub-processo o detalhamento das atividades. Mapear o processo novo, ou seja, registrar como o trabalho deverá ser feito, seguindo o fluxo de trabalho, e verificando os documentos utilizados. Normalmente, usa-se para isso as mesmas ferramentas da etapa anterior, ou seja, o **Fluxograma** ou **Mapa do Processo** (de Rummler & Brache ⁷), ou ainda o registro na **Planilha de Atividades** (GEPRO ¹⁰).

◆ Planejar a implementação do novo processo. Escolhidas as alternativas de solução mais indicadas, é necessário desenvolver as melhores soluções visando estudar como deverão ser implantadas através da elaboração de **Planos de Ação** de melhorias utilizando a ferramenta **5W2H**. Assim as seguintes perguntas devem ser respondidas detalhadamente, de forma a oferecer a maior segurança possível, durante a etapa de implantação das soluções consideradas:

- ◆ **What** - o que deve ser feito – a ação/solução para implantação;
- ◆ **Why** – porque/para que deve ser feita – a justificativa para implantação da solução;
- ◆ **Who** – quem deve fazer – o responsável pela implantação;
- ◆ **When** – quando – prazo/prioridades para implantação;
- ◆ **Where** – onde – que área/lugar/processo a solução será implantada;
- ◆ **How** – como deve ser feita – as atividades a serem cumpridas para a implantação;
- ◆ **How much** – quanto custa – estimativa de investimento necessário para a implantação.

(ver exemplos de Mapas do Processo, Planilhas de Atividades e Planos de Ação nos Anexos II e III - Redesenho de Processos do HC-UNICAMP)

3.4. Etapa IV – Implementação do Processo

O desafio dessa etapa é transformar as decisões tomadas durante o projeto em ações concretas implantadas na prática do dia a dia dos processos de trabalho. Esta é a etapa em que se devem abandonar definitivamente os “velhos” conceitos e paradigmas que não servem mais, e abraçar uma nova forma de fazer as coisas em que com certeza todos sairão ganhando (profissionais e clientes).

Nenhum projeto de melhoria trabalha de modo independente na organização. Por isso, também é importante nesta etapa a divulgação das mudanças que acontecerão. Todas as melhorias exigirão que os membros da organização que não fizeram parte da equipe comprem a idéia. Um fluxo regular de informações sobre as mudanças e o progresso da implantação ajudará na venda das idéias, e na garantia dos recursos necessários.

Objetivos:

Divulgar o novo processo em toda a organização e treinar todas as pessoas envolvidas.

Executar as ações previstas nos Planos de Ação da etapa anterior.

Incorporar as mudanças nas práticas de trabalho rotineiras do processo.

Atividades:

◆ Executar as ações necessárias à implantação do novo processo e acompanhar o andamento através dos **Planos de Ação**. Para priorização das melhorias a serem implantadas, identificar as que terão maior impacto no atendimento às necessidades dos clientes, quais melhorias são imediatas ou mais fáceis de implantar, assim como quais melhorias dependem exclusivamente do processo e quais dependem de outros processos.

◆ Implantar o Programa **5S** ou **Housekeeping**. O 5S é o conjunto de cinco Sentos (Utilização/Seleção, Ordenação/Sistematização, Limpeza/Zelo, Higiene/Saúde, Autodisciplina/Educação) que, ao serem praticados, são capazes de modificar o ambiente de trabalho e a maneira de conduzir suas atividades rotineiras. A aplicação dos 5S promove mudanças de comportamento e atitudes, buscando o crescimento como pessoa e membro da organização a que pertence. O 5S é importante como forma de integração, desenvolvimento de consciência coletiva e cultura da melhoria no ambiente de trabalho.

◆ Elaborar o **Manual de Normas e Rotinas** do Processo que é o documento de referência para a operação do processo, retratando a realidade vigente no processo (Fotografia do processo), e deve ser mantido constantemente atualizado. O manual também é um instrumento de aprendizado para a equipe, devendo ser usado para treinamento e reciclagem das pessoas, inclusive permitindo a reflexão permanente sobre novas formas de executar o processo (novos ciclos de melhoria futuros).

◆ Divulgar as mudanças do novo processo para todos os envolvidos. É importante que a divulgação esclareça todas as dúvidas, porque as pessoas nem sempre estão receptivas às mudanças. É preciso realizar um esforço no sentido de demonstrar a elas a importância da implantação, e como elas se beneficiarão, individualmente ou coletivamente das mudanças planejadas. Essa atividade é crítica para o sucesso da implantação das ações, porque é necessário haver um “sincronismo” das informações sobre a mudança com a “efetiva” ação de mudança.

De acordo com o Manual de Melhoria da API⁹ *“o tempo gasto pela equipe para comunicar sobre o novo processo, será de fundamental importância para o sucesso da implantação. Muitas equipes de melhoria desenvolveram excelentes idéias para redesenhar processos e tem grande dificuldade em superar a resistência organizacional para mudar (mesmo com evidências esmagadoras e indiscutíveis)”*.

◆ Treinar as pessoas no novo processo, desenvolvendo um Plano de Treinamento que contemple todas as etapas do processo e pessoas envolvidas, inclusive com participação de fornecedores e clientes.

◆ Implantar o novo processo. As mudanças, inovações, e melhorias não devem ser implantadas de forma apressada, mas gradualmente. Um método conveniente é desenvolver uma implantação piloto, onde se pode validar o funcionamento da proposta, em dimensões menores. Analisando o desempenho do processo piloto, pode-se avaliar com maior grau de detalhamento, e fazer refinamentos necessários e mais precisos antes da implantação total. (ver exemplos de mudanças implantadas – com OK nas Sugestões de Melhoria e/ou Plano de Ação nos Anexos II e III - Redesenho de Processos do HC-UNICAMP)

3.5. Etapa V – Gerenciamento do Processo

O Gerenciamento do Processo é a implantação da filosofia de acompanhamento permanente do processo, uma monitoração contínua do processo como um todo (atividades, seqüência, alocação de recursos, indicadores, etc.). Depois do processo implantado, ele não deve ser abandonado, deve-se monitorar seu desempenho e fazer revisões periódicas, verificando a necessidade de manutenção.

O gerenciamento abrange a verificação e análise contínua do andamento do processo, medindo e avaliando sua capacidade, identificando pontos de “folga” e de “gargalo”. Baseado nessa verificação, o gerenciamento do processo propõe novas ações de melhoria, como no ciclo PDCA da Qualidade.

O Ciclo **PDCA** (Plan, Do, Check, Act), recomenda ciclos sucessivos para o aperfeiçoamento do processo (gerenciamento), onde a implantação de mudanças no processo é feita como abordagem permanente (monitoração contínua), recomeçando um novo ciclo a partir da etapa I do método.

Objetivos:

Implementar um processo de monitoramento e aperfeiçoamento contínuo.

Para a realização do monitoramento do processo, é recomendado que, no mínimo, as mais importantes medidas de desempenho (indicadores do processo) estejam sempre vigiadas.

Garantir a permanência das melhorias implantadas.

Para manter os objetivos desta etapa, a responsabilidade é do Dono do Processo em acompanhá-lo e gerenciá-lo continuamente, mantendo ciclos de monitoramento sistemáticos junto à sua equipe e levando os resultados para a Alta Administração. O papel do Dono é ser ‘cuidador’ do processo e elo entre as pessoas e a administração da instituição.

Atividades:

- ◆ Acompanhar constantemente o andamento do processo, usando os procedimentos pré-estabelecidos (**Manuais de Normas e Rotinas**).

- ◆ Monitorar o desempenho do processo frequentemente, através dos **Indicadores** mais relevantes. Os indicadores são ferramentas importantes para comprovar se as mudanças realizadas foram efetivamente melhorias, e o quanto elas estão se aproximando das metas almejadas. Medir o desempenho serve para: saber onde devemos concentrar nossas atenções e energias; motivar o grupo a inovar suas tarefas; obter evidências estatísticas de níveis de performance que temos e que podemos esperar; ter noção de nossas possibilidades e poder, assim definir metas realistas; dar retorno aos demais processos da organização.

- ◆ Auditar o processo periodicamente. O resultado da auditoria deve ser uma orientação para aprendizagem, já que resulta da identificação constante de eventos significativos e adversos do processo. Esses eventos podem ser falhas inesperadas, ou ocorrências fortuitas dos quais decorre uma oportunidade de aprendizagem, e não usá-los para culpar as pessoas.

Além da identificação desses eventos, recomendam-se auditorias periódicas, usando procedimentos e instrumentos pré-estabelecidos (“*check-lists*” e outros). Os resultados das auditorias devem ser relatados para os funcionários e para a administração, juntamente com uma proposta de ação corretiva.

Ao final da implantação do processo, sugere-se designar “*olheiros*” responsáveis pela avaliação das mudanças e garantia da permanência das melhorias implantadas.

Conforme a metodologia GEPRO ¹⁰ “*O nosso trabalho rende mais quando temos uma rotina estabelecida. Todo processo deve ter uma padronização que garanta esta rotina. Os trabalhos de redesenho estarão criando uma nova padronização, que depois de implementadas deverão permanecer até que um novo ciclo de estudo seja iniciado. É importante, após a implementação, insistir na permanência das mudanças. Não abandonar uma mudança devido a um fato esporádico indesejável ocorrido. As lideranças do processo devem estar atentas à rotina e irem documentando e medindo os eventos indesejados, para um novo ciclo de estudos do processo, saná-los*”.

CAPÍTULO 4

AMBIENTE

O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP

Pretende-se neste capítulo retratar os ambientes (externo e interno) em que o Hospital de Clínicas da UNICAMP se insere.

4.1. Ambiente Externo

Campinas, a cidade em que está instalada a UNICAMP, é rica e próspera. Fundada em 14 de julho de 1774 e com aproximadamente um milhão de habitantes, possui destacados centros de pesquisa e desenvolvimento científico, outras importantes instituições de ensino e indústrias de tecnologia de ponta. É também sede de uma região metropolitana que concentra 10,26% do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado de São Paulo e abriga, em 19 municípios, cerca de 2,3 milhões de pessoas, 7,5% da população do Estado. Só em Campinas estão 41,5% desse contingente populacional. Além do mais, o potencial científico e tecnológico de Campinas e cidades vizinhas atrai 16% dos investimentos destinados ao Estado de São Paulo, o que se reflete fortemente no desenvolvimento econômico regional.

Em 2002 na "cidade" da UNICAMP são 2039 professores e 7184 servidores técnicos e administrativos que trabalham. O orçamento da Universidade, da ordem de R\$ 540 milhões, é comparável ao de algumas metrópoles brasileiras. A UNICAMP é uma autarquia, autônoma em política educacional, mas subordinada ao governo estadual no que se refere aos subsídios para a sua operação. Assim, os recursos financeiros são obtidos principalmente do Governo do Estado de São Paulo, através do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS), quota parte 2,1958% e de instituições nacionais e internacionais de fomento. As informações acima sobre a Unicamp foram obtidas no site http://www.unicamp.br/unicamp/a_unicamp³².

O Complexo Hospitalar da UNICAMP inicialmente construído como órgão de apoio à Faculdade de Ciências Médicas, é hoje um dos mais conhecidos e importantes centros de medicina do país.

Fundada em 1958 e instalada em 1963 (início de funcionamento), a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) é composta não só pelos cursos de graduação e pós-graduação em medicina, enfermagem e fonoaudiologia, mas também por cinco unidades de saúde: o HC, o CAISM, o Hemocentro, o Gastrocentro, e o Hospital Estadual de Sumaré.

O Hospital de Clínicas - HC da UNICAMP é a maior das unidades assistenciais ligadas à FCM e nele se desenvolve grande parte dos programas de ensino e residência médica. O Hospital funciona também como uma unidade prestadora de serviços às demais unidades da Área de Saúde da UNICAMP, executando todo o atendimento multidisciplinar e de apoio a diagnóstico, já que as mesmas prestam serviços em determinadas especialidades.

As informações acima sobre a FCM-Unicamp foram obtidas no site <http://www.fcm.unicamp.br/sobre> e <http://www.fcm.unicamp.br/assistencia>³³.

O Hospital de Clínicas tem por finalidade ensino, pesquisa e assistência em saúde, além de: servir de campo para formação de profissionais em Ciências Médicas e correlatas; servir de campo de aperfeiçoamento de médicos, enfermeiros, técnicos e alunos, possibilitando a realização de pesquisas, estágios e de cursos de pós-graduação; colaborar e contribuir para a educação médico-sanitária da população; funcionar integrado ao sistema de saúde da comunidade, prestando de serviços de assistência médico-hospitalar.

Com a função de servir de campo de atividade para a Faculdade de Ciências Médicas, o HC, no organograma da Universidade, tem situação igual à dos institutos e faculdades. O órgão deliberativo máximo do HC é o seu Conselho de Administração, cujo presidente é o diretor da FCM. Deste modo existe uma sistemática que faz do Hospital de Clínicas uma unidade totalmente integrada aos propósitos da FCM. Ainda que haja subordinação política à FCM, devido ao seu porte e necessidade de agilidade administrativa, o Hospital de Clínicas goza, nesse sentido, de autonomia executiva em relação à Faculdade, e que cresce também em relação à administração central da Universidade.

As informações acima sobre o HC-Unicamp foram obtidas no site <http://www.hc.unicamp.br/institucional>³⁴.

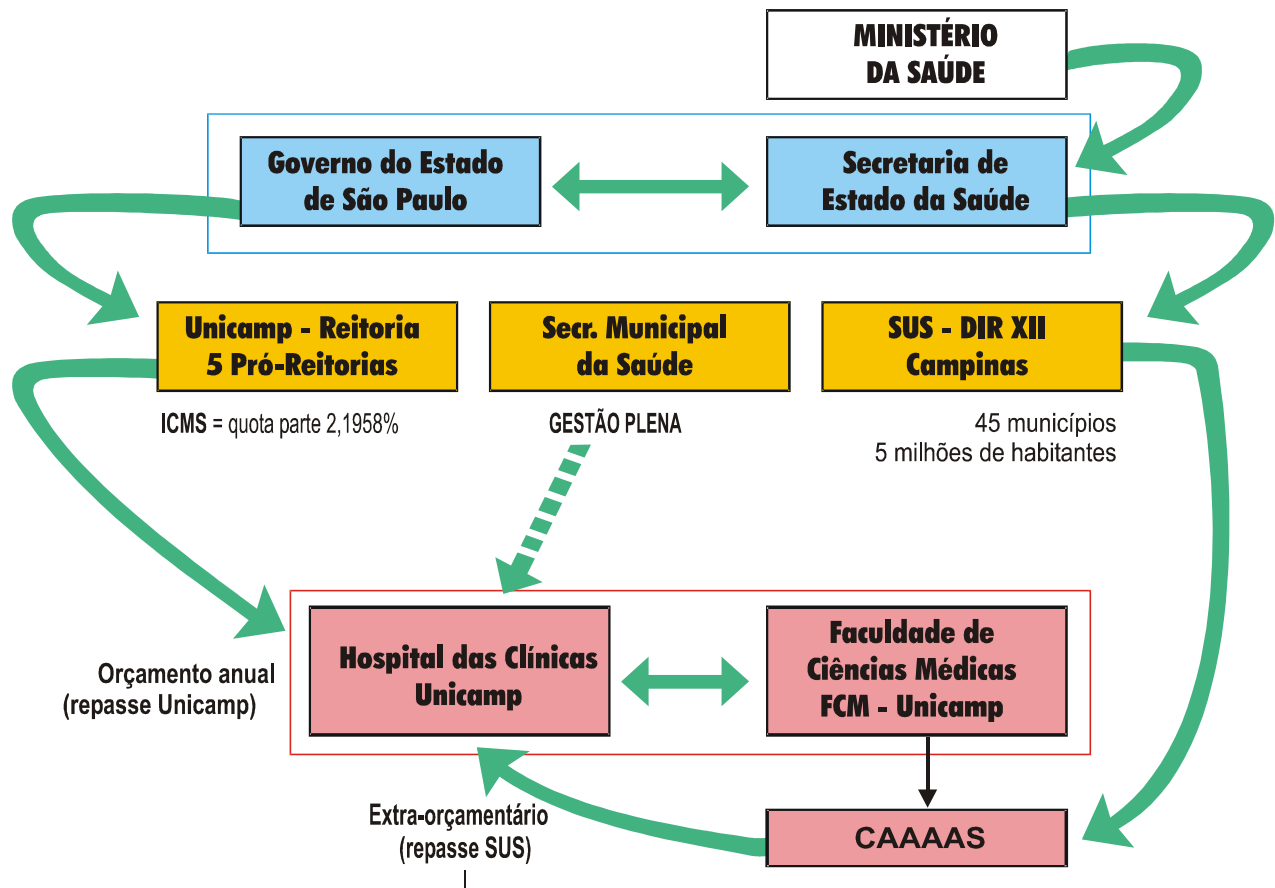
Existe na UNICAMP a Comissão Assessora para Assuntos Assistenciais da Área de Saúde (CAAAAS – <http://www.fcm.unicamp.br/administração/caaaas> ³³), que atua como órgão consultivo e de assessoramento da Faculdade de Ciências Médicas e tem por missão:

- ◆ Elaborar e acompanhar a execução da política assistencial da Área de Saúde;
- ◆ Elaborar e acompanhar a execução do plano de aplicação dos recursos oriundos de convênios assistenciais da Área de Saúde;
- ◆ Emitir parecer sobre relatórios de atividades das unidades integrantes da Área de Saúde;
- ◆ Emitir parecer sobre a criação, extinção, fusão, desmembramento e remodelação de unidades assistenciais da Área de Saúde.

Ambiente político

A figura abaixo mostra a relação política do HC-UNICAMP com as diversas instâncias do governo.

Figura 4 – Ambiente Político do HC-UNICAMP



Fonte: Diagnóstico da Unidade Hospitalar do Hospital de Clínicas da UNICAMP ³⁵

Infra-estrutura de Saúde da Região

Segue abaixo uma análise comparativa do ambiente de saúde instalado em Campinas com diversas cidades do Estado de São Paulo conforme demonstra a *tabela 3*. Analisou-se a infra-estrutura instalada na região, tendo como referência o município de Campinas e os municípios cobertos pela Diretoria Regional de Saúde (DIR XII - Campinas) em comparação com outras cidades do Estado a saber: Sorocaba, Santos e Ribeirão Preto. Também se comparou a estrutura instalada nas cidades de Curitiba e Porto Alegre, considerando que são cidades de referência nacional em saúde e tem mais ou menos o mesmo porte de Campinas.

Verificar a população atendida versus estrutura instalada no município, pode servir como um referencial da carência ou não de atendimento nos níveis primário e secundário, mas não revela necessariamente uma carência no nível terciário. Indicadores por nível de atendimento e/ou complexidade, poderiam mostrar a real utilização da infra-estrutura instalada, bem como as maiores carências nos diferentes níveis.

Tabela 3 - Capacidade instalada de Saúde nos Municípios

Cidade	População	Área km ²	Hospita- tais	Lei- tos	Inter- nações	Centros Saúde	Unidades Ambulatoriais	Ambulatórios Hosp.Geral
Campinas	969.396	796	11	2.176	70.434	91	217	10
Principais cidades DIR XII Campinas	2.413.680		16	2.190	75.000		300	
Rib.Preto	504.000	650	9	1.929	54.261	23	62	6
Principais cidades DIR XVIII Rib. Preto	604.522		5	488	15.000		80	
Santos	417.983	280	9	1.952	36.275	24	93	5
Sorocaba	493.000	449	11	2.930	44.459	23	68	3
Curitiba	1.500.000	430	38	5.989	163.270		269	13
P. Alegre	1.360.590	496	24	6.272	66.106	82	328	13

Fonte: IBGE- <http://www.ibge.gov.br/cidades@> ³⁶

Percebe-se por essa tabela que Campinas está com capacidade instalada, em números absolutos, muito próxima das cidades menores com cerca de metade da população. No caso das cidades maiores que Campinas (1,5 vezes maior), com capacidade instalada cerca de 2 a 2,5 vezes maiores. Isso sugere que há uma carência muito grande em Campinas, principalmente de hospitais e número de leitos. O número de leitos gerais do SUS no município de Campinas por mil habitantes tem se mostrado entre 1,80 e 1,83 nos anos 2000. Sabe-se que o índice norteador para planejamento assistencial é de 3 a 4 por mil habitantes, sendo 2,3 por mil de leitos SUS. Também se verifica que Campinas está com 42,1 internações por 1000 habitantes ano, sendo que um bom índice avaliador da capacidade instalada gira em torno de 80 a 90 internações por 1000 habitantes ano.

Com relação ao número de consultas nas especialidades básicas no ano de 2000, Campinas teve 0,81 consulta por habitante ano, sendo que o Ministério da Saúde preconiza 1,5 consulta por habitante ano. Esta carência na infra-estrutura de saúde do município e região reforça a relevância e importância do papel do HC-UNICAMP como alternativa para assistência à população SUS dependente. Está integrado à rede de saúde da região como hospital de referência terciária para o SUS. O papel de hospital terciário vem se aperfeiçoando, apesar das distorções existentes no sistema de saúde da região, ainda com demanda excessiva de nível secundário e primário.

Pelo seu papel de hospital regional e centro de excelência médica, o HC-UNICAMP atende pacientes provenientes tanto de cidades na região de Campinas quanto de outras regiões adjacentes e mesmo de outros Estados. O hospital lidera um processo de regionalização atendendo uma média mensal de 1.200 internações, e cerca de 26.000 atendimentos ambulatoriais por mês, dos quais 92% provenientes do Estado de São Paulo. Dos 8% restantes, 6% são procedentes do sul do Estado de Minas Gerais. Desta população proveniente do Estado, em torno de 1.100 internações e 24.000 atendimentos ambulatoriais, 75% advêm da Diretoria Regional de Saúde DIR XII – Campinas, composta de 45 municípios, cuja população é de aproximadamente 4 milhões de habitantes, seguindo-se a DIR XV – Piracicaba, com 9% e população de 1,5 milhões de habitantes e DIR XX – São João da Boa Vista, com 7% e população de 1 milhão de habitantes.

Figura 5 – Mapa da Região de Campinas



Fonte: IBGE- <http://www.ibge.gov.br/cidades@> ³⁶

4.2. Ambiente Interno

O Hospital, que por ocasião da construção do novo prédio (anos 70) desenvolvia suas atividades em 70 salas de consultas, conta hoje com 375 consultórios, 403 leitos (30 de UTI), 38 enfermarias, 44 especialidades médicas, 15 salas cirúrgicas, 8 salas cirúrgicas ambulatoriais, 8 serviços de laboratório e 5 serviços de radio diagnóstico.

As Especialidades Médicas e de Apoio a Diagnóstico que o HC-UNICAMP atende são: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Farmacologia, Gastrocirurgia, Gastroclínica, Genética, Hematologia, Imunologia, Moléstias Infecciosas, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Odontologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psicologia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Urologia.

Também o HC-UNICAMP é reconhecido pela comunidade assistida, por sua excelência no campo da saúde em geral especialmente nos seguintes serviços, especialidades ou diagnósticos:

- ◆ Atendimento de urgência e emergência no Pronto Socorro, gerando uma demanda não planejada para o hospital, que por consequência desordena a alocação de leitos de internação.

- ◆ No nível terciário, a assistência clínica e cirúrgica de alta complexidade, destacando-se a Cirurgia Cardíaca, Oncologia (quimioterapia e radioterapia), tratamento de AIDS, Obesidade Mórbida, Renais Crônicos, bem como as áreas de apoio a diagnóstico, a saber: Medicina Nuclear, Ressonância Magnética, Cateterismo Cardíaco, dentre outros.

- ◆ Em um nível ainda mais complexo, o HC-UNICAMP vem desenvolvendo-se muito na área de transplantes (denominado por alguns de nível quaternário), destacando-se especialmente os de Córnea, Rim, Medula Óssea e Fígado.

Em 2002 o Hospital conta com aproximadamente 2900 funcionários, sendo cerca de 2000 contratados pela UNICAMP, e cerca de 900 contratados pela Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP (FUNCAMP). Deste total cerca de 250 são médicos, 1270 são profissionais de enfermagem e os restante são fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, e administrativos. Atuam também no hospital, vindos da FCM, por volta de 326 Docentes, 445 Residentes, além dos alunos de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia.

Do quadro de 2900 funcionários 68% atuam nas áreas assistenciais. Dos 32% restantes, a grande maioria atua nas áreas de apoio. Até recentemente os funcionários trabalhavam em jornada de 30 horas semanais, o que evidencia os altos custos com pessoal, quando comparados a outros hospitais de igual porte e complexidade. A mudança da jornada, para 36 ou 40 horas semanais, constitui agora um desafio para a otimização dos recursos humanos nos processos de trabalho.

O hospital vem tentando também diminuir os seus custos operacionais com pessoal, através da diminuição das horas extras e plantões, e também da terceirização de alguns serviços. Estão terceirizados os serviços de Almoxarifado (geral e de medicamentos), Lavanderia, Higiene e Limpeza, e Produção de Refeição para funcionários.

O HC situa-se no campus da Universidade Estadual de Campinas, com área construída de aproximadamente 65.000 m², distribuída em 6 andares e em 6 blocos interligados, como mostra a *figura 6*. As condições estruturais com pouca manutenção ao longo dos anos, necessitam de readequação predial externa e de reformas em algumas áreas internas, para adequar-se às normas de infra-estrutura física hospitalar (norma RDC50 e outras) e às novas exigências da Vigilância Sanitária e da Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde.

Figura 6 – Vista aérea do HC-UNICAMP



- | | |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Blocos de Ambulatórios | 8 - Almoxarifado e Farmácia |
| 2 - Blocos das Enfermarias | 9 - Nutrição e Dietética |
| 3 - Radiologia | 10 - Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado |
| 4 - Pronto Socorro | 11 - Laboratório de Patologia Clínica |
| 5 - UTI | 12 - Superintendência e Coordenadorias |
| 6 - Engenharia | 13 - Laboratório de Anatomia Patológica |
| 7 - Lavanderia | 14 - Centro Atensão Integral à Saúde da Mulher (CAISM) |

Fonte: Diagnóstico da Unidade Hospitalar do Hospital de Clínicas da UNICAMP ³⁵

4.2.1. Recursos Financeiros

O HC-UNICAMP recebe seus recursos financeiros através de duas fontes:

Receita Orçamentária = Quota parte 2,1958% do ICMS do Estado para a UNICAMP, que repassa uma parcela ao hospital;

Receita Extra-orçamentária = Receita do Convênio SUS repassada pela Secretaria Estadual de Saúde.

Tabela 4 – Demonstrativo Receita X Despesa - Recursos Orçamentários e Extra-orçamentários – HC UNICAMP 2005

RECEITAS		%	DESPESAS	
ORÇAMENTÁRIA UNICAMP			ORÇAMENTÁRIA UNICAMP	
Pessoal	101.124.764,91		Pessoal	101.124.764,91
Pessoal (TA48+Aposentadoria p/invalidez)	2.499.222,00		Pessoal (TA48+Aposentadoria p/inv.)	2.499.222,00
Restaurante	1.341.752,23		Restaurante	1.341.752,23
Contratos (limpadora+vigilância+lavanderia+manutenção/locação)	4.873.328,03		Contratos	14.825.814,22
Custeio (geral+adiant+centr+estagiário)	6.700.919,08		Custeio(geral+adiant+centr+estagiário)	6.675.057,09
PATC (Plano Atualização Tecnológica)	213.600,00		PATC	213.600,00
Receita própria + restos pagar 2004	209.570,93		Receita própria + restos a pagar	190.429,67
Exames	65.509,85		Exames	65.509,85
Ação Civil/Equipamentos Proteção Indiv.	163.688,18		Ação Civil/Equipamentos Proteção Ind.	129.171,06
Outras (AFPU-Agência de Formação Profissional da UNICAMP)	14.209,08		AFPU	14.209,08
Saldo 2004 (custeio+centr)	119.506,65		Saldo 2004 (custeio+centr)	119.506,65
Soma	127.326.070,94	67,74	Soma	127.199.036,76
EXTRA-ORÇAMENTÁRIA SUS			EXTRA-ORÇAMENTÁRIA SUS	
Planos recebidos	57.356.810,38		Pessoal	27.698.981,60
Empréstimos	1.500.000,00		Contratual	2.122.595,56
Antecipação Plano	1.500.000,00		Custeio geral	26.577.744,57
Retorno ICMS	100.285,41		Pagamento Empréstimo (sem estorno)	4.153.326,26
Saldo 2004	189.698,00			
Soma	60.646.793,79	32,26	Soma	60.552.647,99
RECEITA TOTAL	187.972.864,73	100,00	DESPESA TOTAL	187.751.684,75
			SALDO ANUAL	221.179,98

Fonte: Coordenadoria Adjunta Financeira – HC-UNICAMP

Tabela 5 – Detalhamento das Despesas - Recursos Orçamentários e Extra-orçamentários - HC UNICAMP 2005

DETALHAMENTO DAS DESPESAS						
	ORÇAMENTÁRIA	%	EXTRA-ORÇAMENTÁRIA	%	TOTAL	%
Pessoal	103.623.986,91	81,47	27.698.981,60	45,74	131.322.968,51	69,95
Contratual (contratos locação/prestação serviços+FUNCAMP)	14.825.814,22	11,66	2.122.595,56	3,51	16.948.409,78	9,03
Restaurante	1.341.752,23	1,05	-	-	1.341.752,23	0,71
Custeio						
> Almoxarifado	1.959.946,30	1,54	6.750.947,81	11,15	8.710.894,11	4,64
> Farmácia	2.143.585,02	1,69	5.939.245,65	9,81	8.082.830,67	4,31
> Centralizada	1.389.453,40	1,09	-	-	1.389.453,40	0,74
> Importação- Almoxarifado/Farmácia	343.972,22	0,27	154.840,84	0,26	498.813,06	0,27
> FUNCAMP (AIU / Órteses e Próteses)	-	-	12.270.522,78	20,26	12.270.522,78	6,54
> Outras/Eventuais/Engenharia	779.424,72	0,61	1.462.187,49	2,41	2.241.612,21	1,19
> Adiantamento	172.319,30	0,14	-	-	172.319,30	0,09
> Manutenção e/ou Aquisição Material Permanente	234.512,94	0,18	-	-	234.512,94	0,12
> Estagiários	41.498,44	0,03	-	-	41.498,44	0,02
	7.064.712,34		26.577.744,57		33.642.456,91	
> PATC	129.171,06	0,10	-	-	129.171,06	0,07
> Ação Civil/EPIs	213.600,00	0,17	-	-	213.600,00	0,11
Pagamento empréstimos	-	-	4.153.326,26	6,86	4.153.326,26	2,21
DESPESA TOTAL	127.199.036,76	100,00	60.552.647,99	100,00	187.751.684,75	100,00

Nota: do saldo restante deverá retornar em 2006 o valor de R\$ 173.666,17, sendo R\$ 34.517,12 de Ação civil/EPIs e R\$ 139.149,05 de Custeio.

Fonte: Coordenadoria Adjunta Financeira – HC-UNICAMP

Tendo em vista os altos custos do hospital, principalmente aqueles projetados com pessoal todas as áreas geradoras de receita são deficitárias, pois o ressarcimento do SUS cobre pouco menos de 30% destas despesas, ficando a cargo da Universidade a complementação salarial e a manutenção das atividades existentes.

O hospital encontra-se em uma “crise financeira” sem precedentes acumulando uma dívida ao redor de R\$ 7 milhões até o fim do ano de 2005.

Por isso, faz-se necessário e urgente rever o mecanismo de captação de recursos do hospital, pois as dificuldades encontradas nos últimos anos foram muitas, a saber:

- ◆ A relação com o município de Campinas que embora em Gestão Plena não repassa nenhuma verba ao hospital;
- ◆ A relação com a Universidade, praticamente sem repasse atualizado dos recursos orçamentários para a área de saúde;
- ◆ O não gerenciamento dos recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos, devido à ausência por muitos anos de um modelo de gestão interna, para acompanhamento e controle desses custos.

Apesar de todas essas dificuldades, as tendências que se apresentam para um futuro próximo, permitirão ao hospital a retomada de sua viabilidade financeira, através de:

- ◆ Uma crescente implantação da descentralização dos recursos SUS, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o que permitirá maior aproximação dos recursos regionais e locais;
- ◆ A mudança na forma de financiamento dos hospitais universitários pelo Estado e Governo Federal, através da criação de um Contrato de Gestão por Metas estabelecidas para o hospital junto à rede de saúde;
- ◆ Um estudo na Universidade para viabilizar a autonomia orçamentária da área de saúde, com a descentralização de sua respectiva parcela do orçamento;
- ◆ A criação da Fundação da Área da Saúde para a movimentação financeira dos recursos extra-orçamentários;
- ◆ A crescente implantação de um modelo profissional de gestão de recursos globais e locais, visando o gerenciamento mais efetivo sobre o faturamento e os custos das áreas.

4.2.2. Indicadores

Tabela 6 - Evolução dos Indicadores HC-UNICAMP (1992 a 2005)

Especificações	Anos													
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Leitos	377	389	403	403	403	403	403	403	403	399	402	401	359	367
Internações	13.573	12.866	14.234	15.207	15.089	15.436	15.226	14.841	14.476	14.208	14.164	14.276	13.733	14.065
Pacientes Dias	108.595	108.412	115.845	121.049	121.126	121.406	125.641	116.305	127.813	126.203	127.043	123.264	116.575	113.182
Média Permanência	8,01	8,44	8,15	7,95	8,02	7,87	8,23	7,84	8,81	8,88	8,96	8,63	8,51	8,03
% de Ocupação	79,12	77,28	78,75	82,29	82,12	82,53	85,41	80,67	86,65	86,66	86,58	84,22	86,12	85,29
Giros de Leitos	35,95	33,01	35,22	37,77	37,47	38,25	37,83	37,57	35,97	35,62	35,26	35,63	38,17	38,70
Consultas Amb+PS	336.632	354.855	414.371	400.415	438.585	437.419	381.574	342.832	292.216	348.102	359.144	371.716	354.756	349.571
Atendimentos PS	92.908	97.014	126.031	120.868	124.961	118.487	102.379	95.339	87.306	98.369	100.616	98.566	72.334	75.871
Odontologia												304	6.845	5.841
Cirurgias	12.966	13.104	13.632	15.237	16.301	15.769	16.012	15.544	14.502	14.519	14.214	14.282	14.317	14.361
Exames Laboratoriais (com APAC)	1.134.740	1.345.497	1.412.795	1.397.354	1.665.192	1.867.030	2.466.762	2.027.252	1.960.970	2.135.319	1.953.040	1.804.472	1.768.975	1.950.981
Exames Radiológicos	100.559	116.304	124.063	134.435	134.621	134.328	138.444	134.248	124.749	132.922	145.878	126.585	117.438	126.992
Transplantes:														
Medula Óssea	0	9	37	38	33	33	38	55	52	60	61	63	51	44
Rim	75	78	56	74	65	83	58	69	87	99	85	73	83	79
Fígado	5	7	3	6	19	24	27	29	38	35	27	30	27	25
Córnea	0	0	56	105	87	93	118	106	88	102	130	102	82	94
Cardíaco	0	0	0	0	0	0	1	3	4	1	0	1	2	1
Funcionários:														
Orçamentário (UNICAMP)	2.488	2.421	2.536	2.570	2.528	2.415	2.477	2.226	2.119	2.080	2.136	2.084	1.979	2.665
Extra-Orçamentário (FUNCAMP)	354	344	498	587	686	892	799	851	817	799	700	698	696	678
Total (Sem Docentes e Residentes)	2.842	2.765	3.034	3.157	3.214	3.307	3.276	3.077	2.936	2.879	2.836	2.782	2.675	2.647
Residentes	-	-	-	-	-	407	416	417	417	417	417	442	451	467

Fonte: Serviço de Estatística – HC-UNICAMP

Figura 7

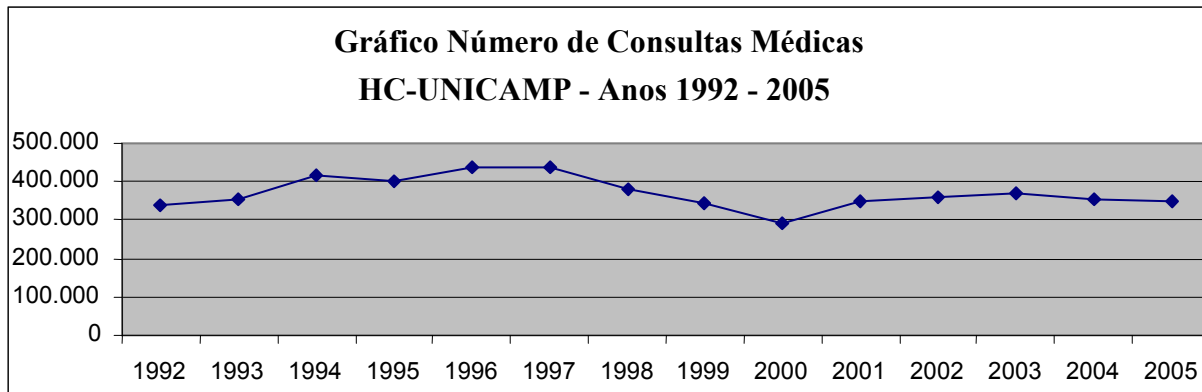


Figura 8

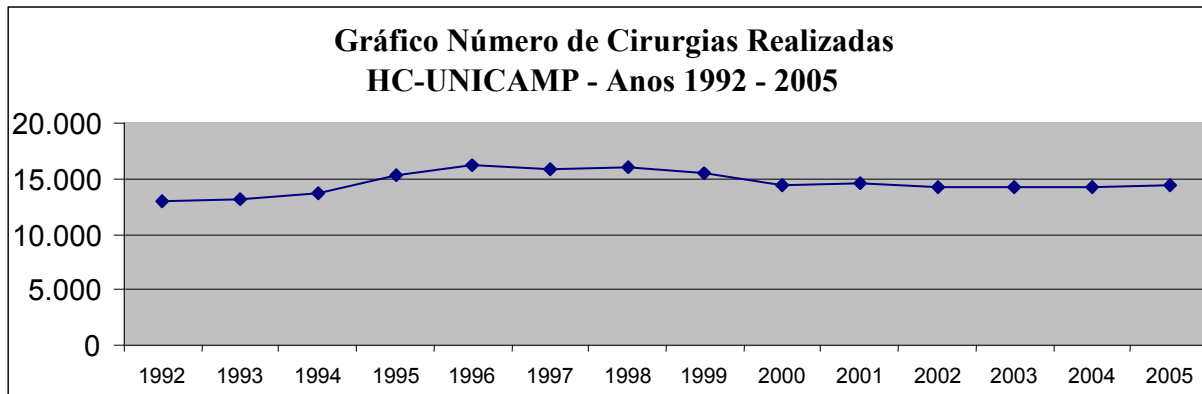


Figura 9

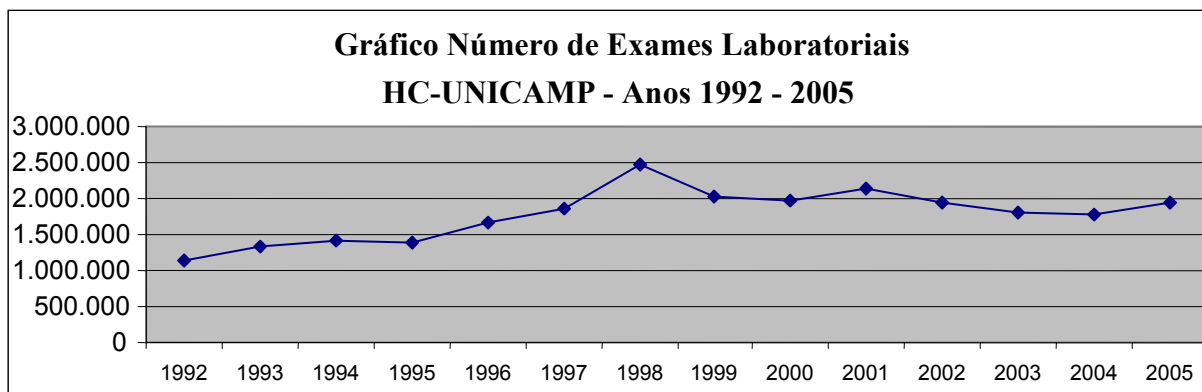


Figura 10

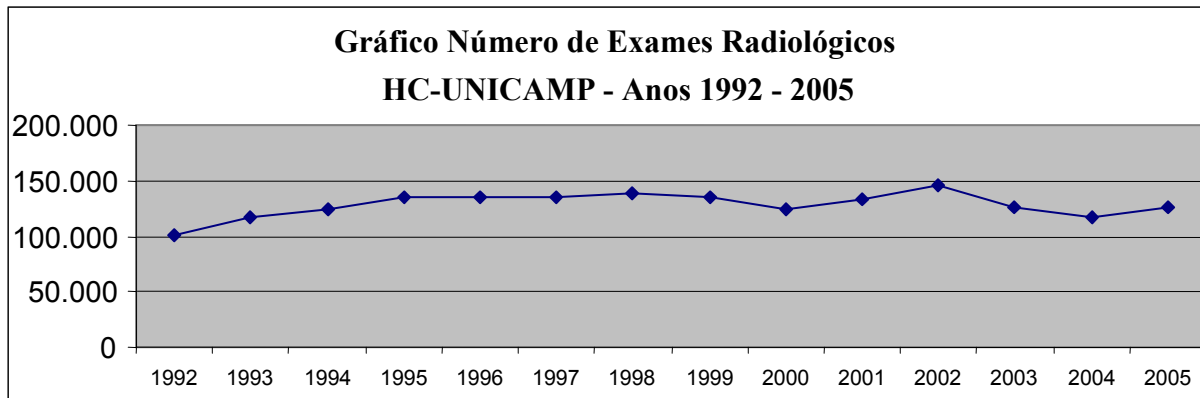


Figura 11

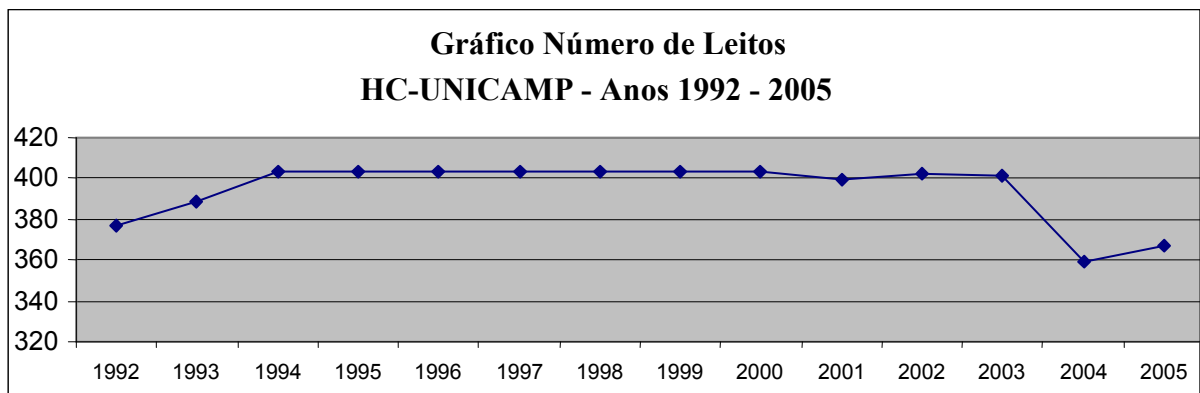


Figura 12

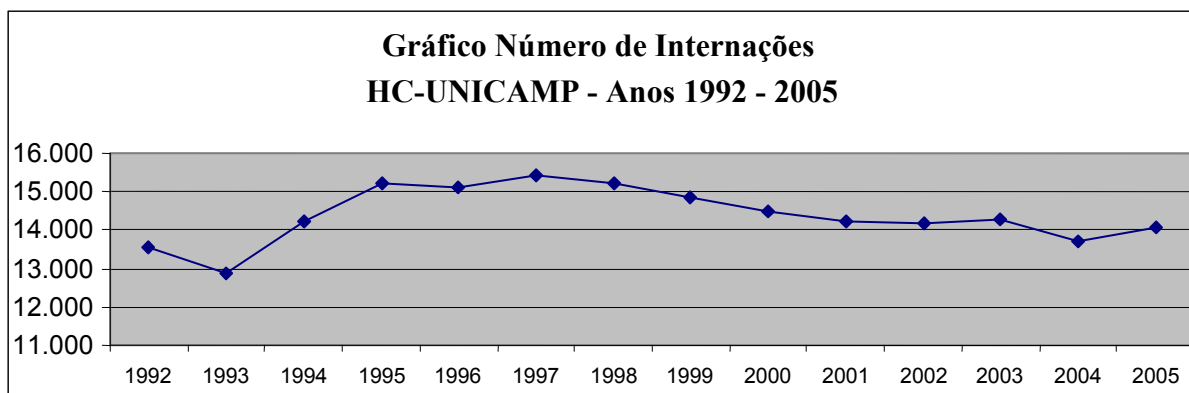


Figura 13

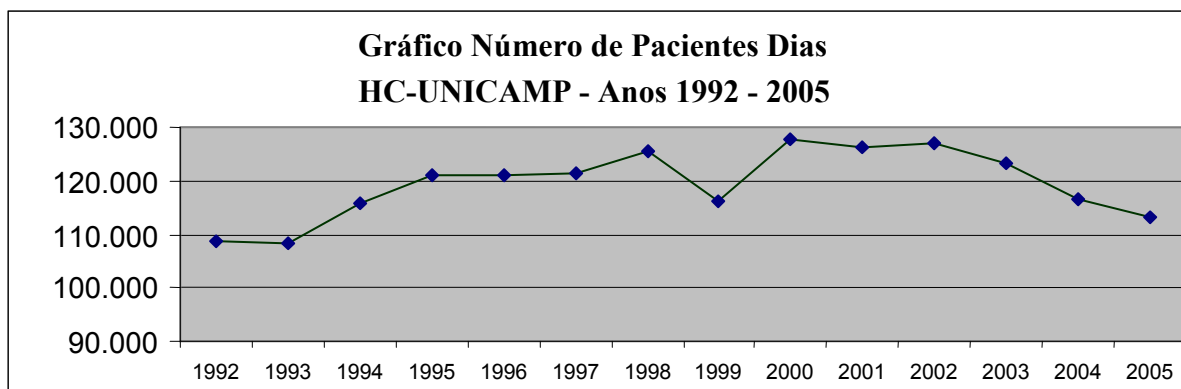


Figura 14

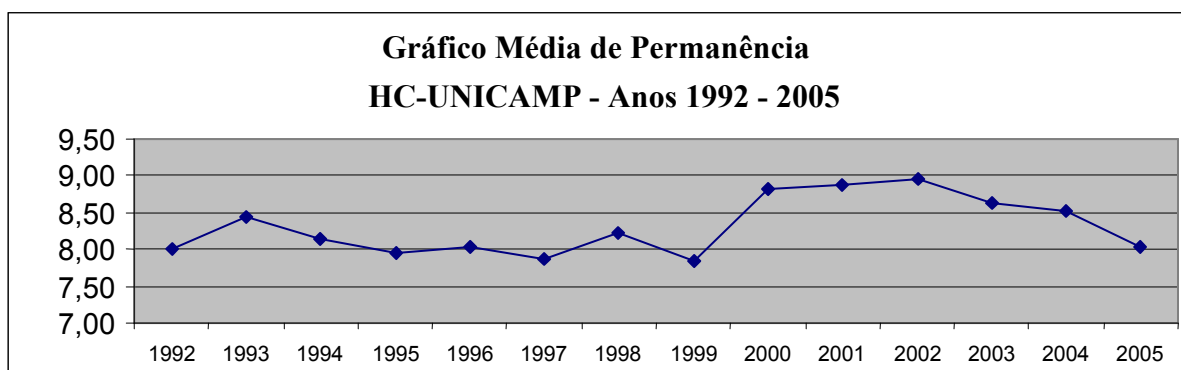


Figura 15

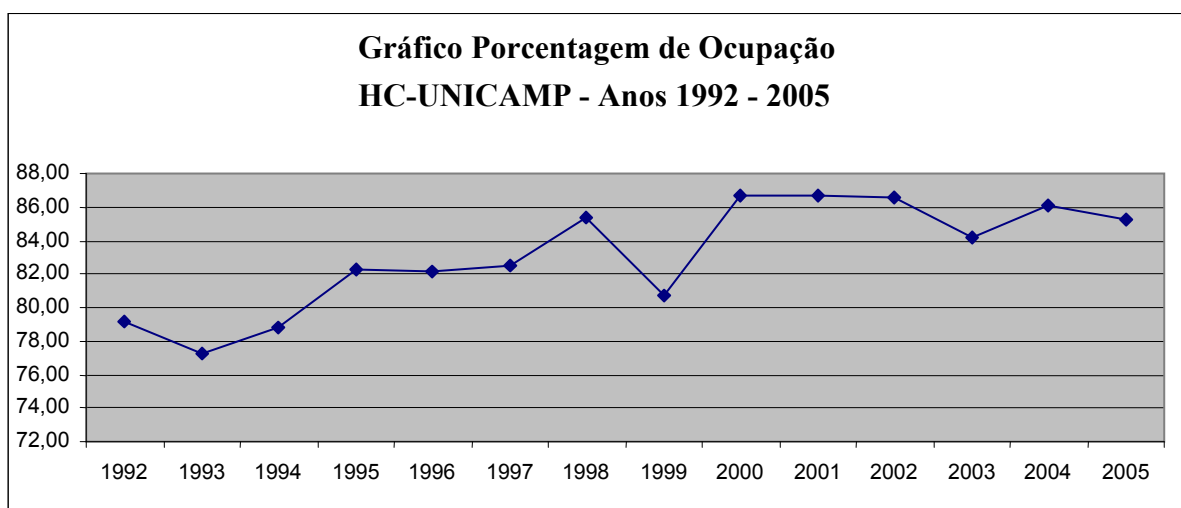


Figura 16

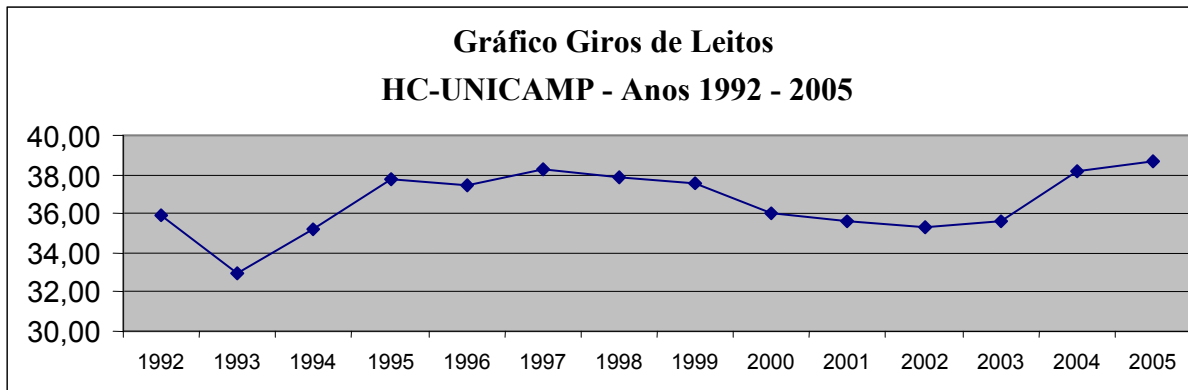
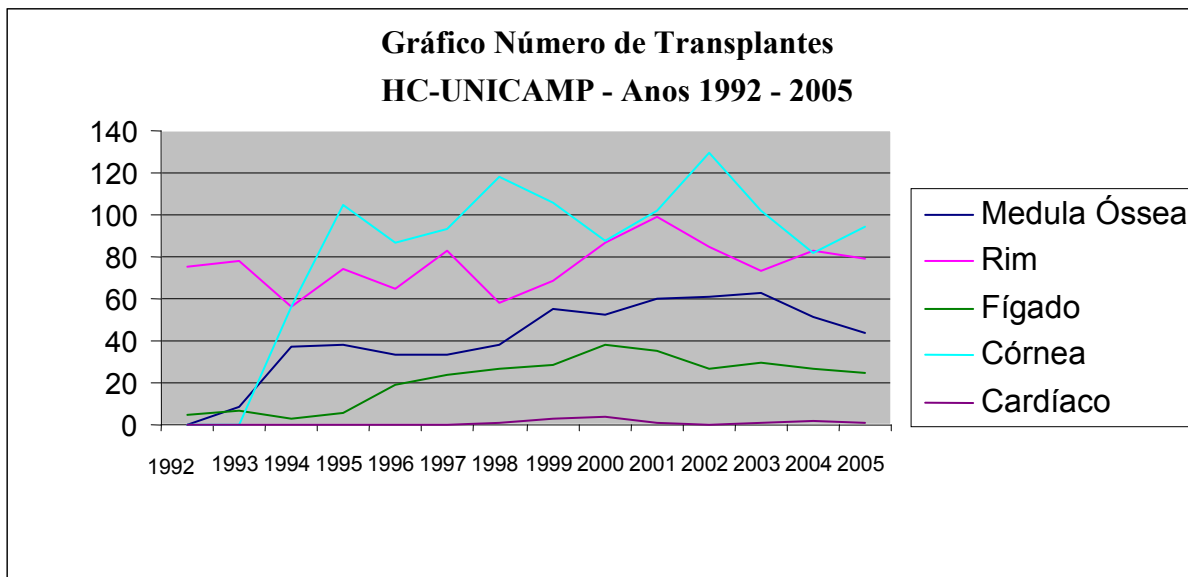


Figura 17



4.3. Satisfação dos Clientes

Sabe-se que uma forma de avaliar a qualidade é através da pesquisa de satisfação dos clientes, um dos indicadores bastante utilizados nas empresas e também nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde realiza a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários SUS (PNASS), cujos resultados de 2001 aparecem na *tabela 7*. Constam da tabela as dez unidades de saúde com maior pontuação na pesquisa (vencedoras do Prêmio de Qualidade Hospitalar 2002 do Ministério da Saúde). A tabela demonstra que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), colocam o HC-UNICAMP em posição de destaque no cenário nacional (13º lugar na pontuação). Somente para efeito de comparação também aparecem na tabela a pontuação de outros hospitais de Campinas e hospitais universitários de São Paulo.

Tabela 7 – Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS de 2001

	Hospital	Área Física	Equipe Médica	Equipe Enferm.	Maneira como foi tratado	Pagaram o serviço	Média Geral
1º	Sarah – Belo Horizonte	9,69	9,03	9,65	9,79	0	9,54
2º	Sarah – Brasília	9,76	9,42	9,39	9,53	0	9,53
3º	Hosp. Geral Diadema	9,40	9,43	9,13	9,43	0	9,35
4º	Hosp. Amaral Carvalho Jaú	9,15	9,24	9,24	9,24	4	9,22
5º	Hosp.Est.Sumaré UNICAMP	9,32	9,42	8,84	9,15	1	9,18
6º	HC – Porto Alegre	9,03	9,11	9,08	9,11	3	9,08
7º	Inst. Cardiologia P. Alegre	8,83	9,09	9,16	9,19	2	9,07
8º	INCOR SP	8,91	9,10	9,01	9,20	2	9,06
9º	Benef. Portug. - São Paulo	8,90	8,86	9,05	9,19	9	9,00
10º	HC – Ribeirão Preto	8,70	9,19	8,91	9,09	4	8,97
11º	PUCC – Porto Alegre	8,59	8,86	8,85	8,96	4	8,82
12º	Santa Casa – Porto Alegre	8,66	8,88	8,78	8,94	2	8,81
13º	HC – UNICAMP	8,58	8,79	8,83	8,96	5	8,79
	Boldrini – Campinas	9,15	8,62	8,35	8,88	0	8,75
	Maternidade – Campinas	8,83	8,54	8,80	8,67	0	8,71
	HC – São Paulo	8,58	8,54	8,63	8,73	13	8,62
	Conjunto Hospitalar Conceição – Porto Alegre	8,04	8,91	8,44	8,81	1	8,59
	Irmãos Penteadó–Campinas	8,37	8,65	8,44	8,85	0	8,58
	Mário Gatti – Campinas	8,26	8,72	8,13	8,62	1	8,43
	Hospital São Paulo	7,76	8,65	8,44	8,67	2	8,38
	Santa Casa – São Paulo	7,80	8,66	8,37	8,57	23	8,32
	PUCC – Campinas	7,87	8,42	8,30	8,33	0	8,23

Fonte: Ministério da Saúde – http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/pesquisa_satisfacao ³⁷

Há instituições que se preocupam apenas em ouvir as reclamações dos pacientes demonstrando uma postura de pouca valorização administrativa. A definição de uma ferramenta de avaliação de qualidade é fundamental para a construção de indicadores objetivos que possam nortear mudanças de processos de trabalho e de atitudes, com providências para a melhoria do serviço prestado ao usuário. Neste sentido a pesquisa de satisfação não é apenas uma coleta de dados, mas uma ferramenta que viabiliza a introdução de mudanças nos processos de trabalho para atingir o nível de excelência no atendimento à população usuária.

O HC-UNICAMP realizou sua última **Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP** ³⁸ de setembro a novembro de 2005. Alguns resultados, que caracterizam a população atendida em termos de condições sócio-econômicas, grau de instrução e procedência, são demonstrados a seguir.

Nível Sócio-Econômico

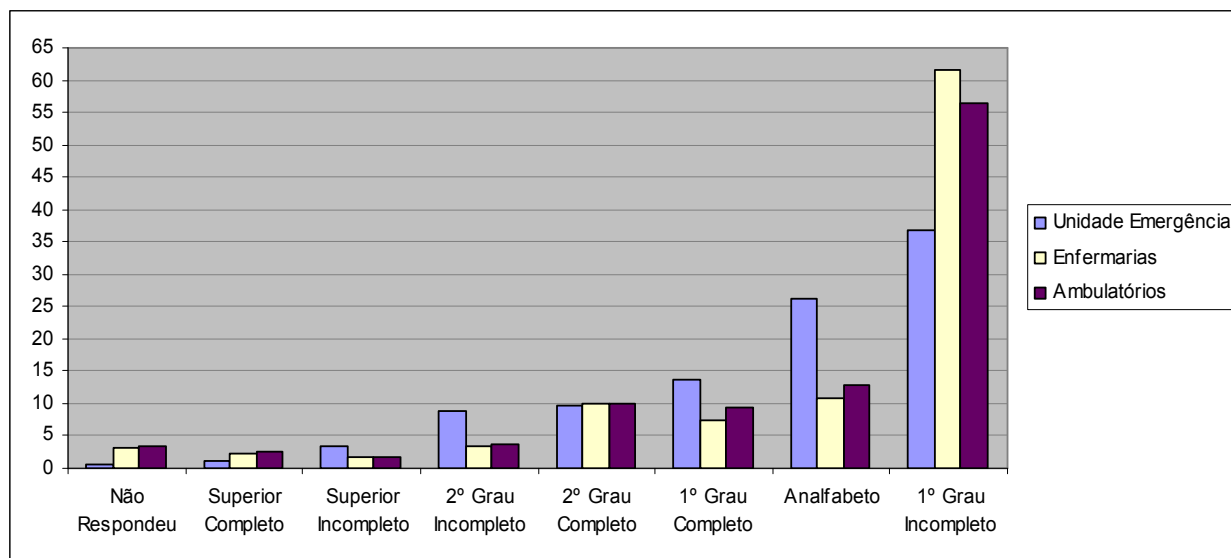
A distribuição dos pacientes atendidos por classe social de acordo com a Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP ³⁸ dá-se da seguinte forma: nos Ambulatórios concentram-se 71,3% de usuários da classe D e 25,4% da classe C, evidenciando que a população procede dos segmentos sociais mais carentes do ponto de vista sócio-econômico. Na Unidade de Emergência Referenciada (UER) a situação se repete, concentrando 69,5% de usuários da classe D, e 26,8% da classe C. Nas Enfermarias existe uma distribuição equilibrada entre a classe D (44,5%) e a classe C (48,7%). Apesar desta prevalência de classes, há que se considerar uma presença crescente da classe B (6,3%) que se explica pelo avanço nos serviços de média e alta complexidade que o hospital oferece, cada vez mais utilizados pelas classes sociais mais favorecidas.

Os dados demonstram que os usuários do HC-UNICAMP pertencem aos segmentos sociais mais pobres e com nível de escolaridade baixo, o que dificulta a compreensão de toda a complexidade de ações dos serviços prestados.

Grau de Instrução

O grau de instrução pode indicar qual o nível de entendimento o paciente tem sobre seu estado de saúde e informações de uma maneira geral. Sendo assim, o nível de instrução mais alto significa que existe uma chance maior dos pacientes seguirem corretamente as prescrições médicas e as orientações com sua saúde, bem como as dificuldades que possam ter de acesso à informação. Os resultados da pesquisa ³⁸ demonstram que 56,5% dos pacientes que utilizam os Ambulatórios, possuem o 1º grau incompleto. Nas enfermarias 61,7% dos entrevistados também apresentam 1º grau incompleto como índice predominante de escolaridade. Na UER, o índice predominante de escolaridade é também o 1º grau incompleto, com 36,7% dos entrevistados.

Figura 18 - Gráfico de Escolaridade dos Pacientes do HC-UNICAMP 2005



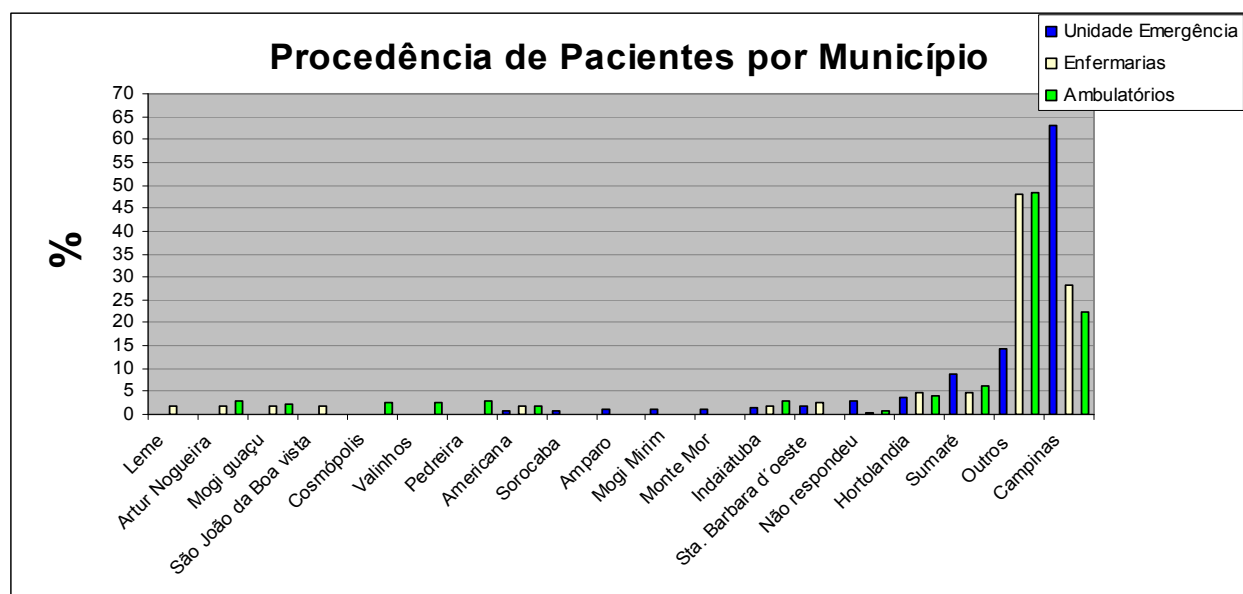
Fonte: Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP ³⁸

Procedência

A procedência dos pacientes é um indicador importante no planejamento dos serviços de saúde, pois implica em medidas que racionalizam o sistema de referência e contra-referência, as visitas, altas hospitalares, retornos, e exames ambulatoriais. Essa variável é também relevante na análise da demanda e dos custos, pois envolve estruturas extra-institucionais de apoio ao paciente, como transportes intermunicipais, alojamento, local de permanência para os usuários e família enquanto aguarda atendimento e/ou visita hospitalar.

A distribuição dos pacientes atendidos por procedência dá-se da seguinte forma:

Figura 19 - Gráfico de Procedência por Município dos Pacientes do HC-UNICAMP 2005



Fonte: Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP³⁸

“Analisando a procedência dos pacientes observa-se que a cidade de Campinas torna-se mais freqüente na UER com 63% dos pacientes atendidos. No ambulatório 22,5% eram procedentes da cidade de Campinas, e nas Enfermarias 28,3%”.³⁸

Diz a Pesquisa de Opinião sobre o Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP³⁸:

“A satisfação é considerada um dos principais fatores de motivação para o uso dos serviços e seguimento da prescrição. Segundo pesquisas de satisfação de pacientes em hospitais públicos, a pontuação das opiniões quase todas tem sido notadas consideravelmente satisfatórias para a maioria dos serviços prestados pelo Hospital. É importante notar que a avaliação do paciente mais próximo do positivo pode estar associada também às dificuldades de acesso ao serviço de atendimento, em que uma crítica poderia resultar em medo de não ser atendido futuramente. A baixa escolaridade apontada interfere no grau de exercício da cidadania, em que o usuário não se vê como cidadão portador do direito de utilizar os serviços públicos conforme prevê a constituição federal. O acesso é entendido como benefício e não como direito.”

Os dados encontrados nesta pesquisa demonstram que a maioria de pacientes avaliou o hospital no conceito bom. No entanto este conceito não é necessariamente o ideal. Para se obter a excelência precisa que os pontos avaliados sejam modificados, envolvendo não só infra-estrutura, instalações e equipamentos, mas também serviços de acolhimento aos pacientes e familiares.

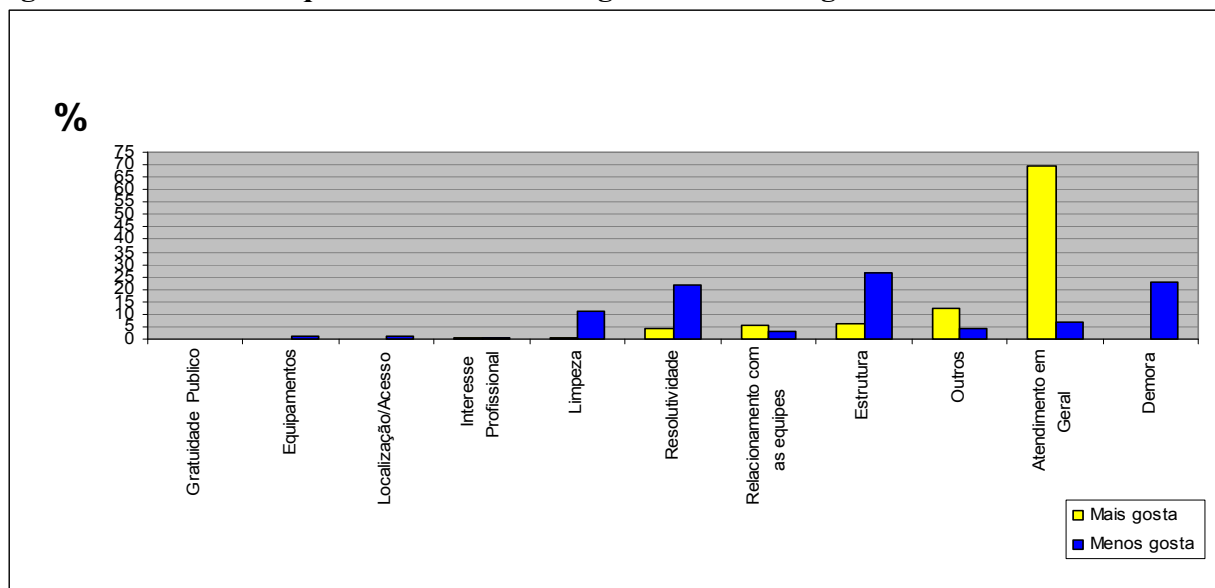
Os dados, também, confirmam a atração que o HC-UNICAMP exerce sobre a população pela qualidade dos serviços prestados visto que o Hospital de Clínicas é uma instituição pública, gratuita e que atende uma crescente demanda de pacientes. Apesar disso, não se pode descartar os pontos críticos relevantes levantados na pesquisa, tais como a estrutura física das áreas analisadas, demora no atendimento, dentre outros itens já relacionados anteriormente. Os principais resultados nos Ambulatórios, Enfermarias e Unidade de Emergência seguem abaixo.

Ambulatórios

Dentre os quesitos: atendimento em geral, estrutura, relacionamento com as equipes, localização/ acesso, demora, equipamentos, interesse profissional, limpeza e resolutividade, nos ambulatórios o item considerado menos satisfatório pelos usuários foi estrutura, com 26,64% de reprovação pelos usuários seguida da demora pelo atendimento com 22,84% de insatisfação. Em relação às instalações físicas, os banheiros e bebedouros foram os únicos itens avaliados como regulares, sendo que os demais, em média, foram considerados bons. No tocante ao atendimento, a excelência coube à equipe médica, em todos os itens: educação, respeito, interesse, informação sobre a doença, resolutividade, refletindo a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais.

O item considerado mais satisfatório, de acordo com os quesitos já citados, foi o “atendimento em geral”, com 69,7% de aprovação pelos usuários. De modo geral, o atendimento recebido pelos pacientes no ambulatório foi considerado bom por 92,3% dos entrevistados.

Figura 20–Gráfico do que os Pacientes mais gostam e menos gostam nos Ambulatórios 2005



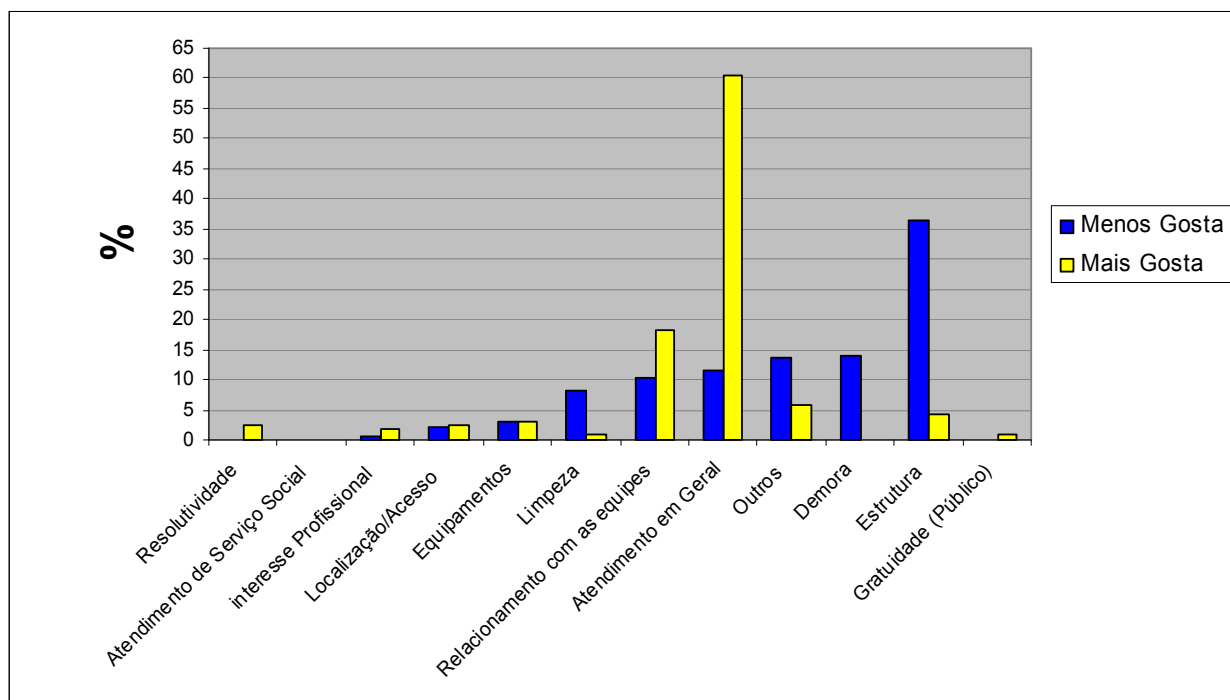
Fonte: Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP ³⁸

Unidade de Emergência Referenciada (UER)

Dentre os quesitos: atendimento em geral, estrutura, relacionamento com as equipes, localização/acesso, demora, equipamentos, interesse profissional, limpeza e resolatividade, na UER o item considerado menos satisfatório pelos usuários foi a estrutura, com 36,46% de reprovação pelos usuários seguida da demora pelo atendimento com 14,06% de insatisfação. Em relação às instalações físicas, os banheiros, bebedouros, macas/cadeiras de rodas, bancos e cadeiras e as refeições foram os itens avaliados como regulares, sendo que os demais, em média foram considerados bons.

O item considerado mais satisfatório, de acordo com os quesitos já citados, foi o “atendimento em geral”, com 60,4% de aprovação pelos usuários. De modo geral, o atendimento recebido pelos pacientes na UER foi considerado bom por 76,3% dos entrevistados.

Figura 21 – Gráfico do que os Pacientes mais gostam e menos gostam na Emergência 2005



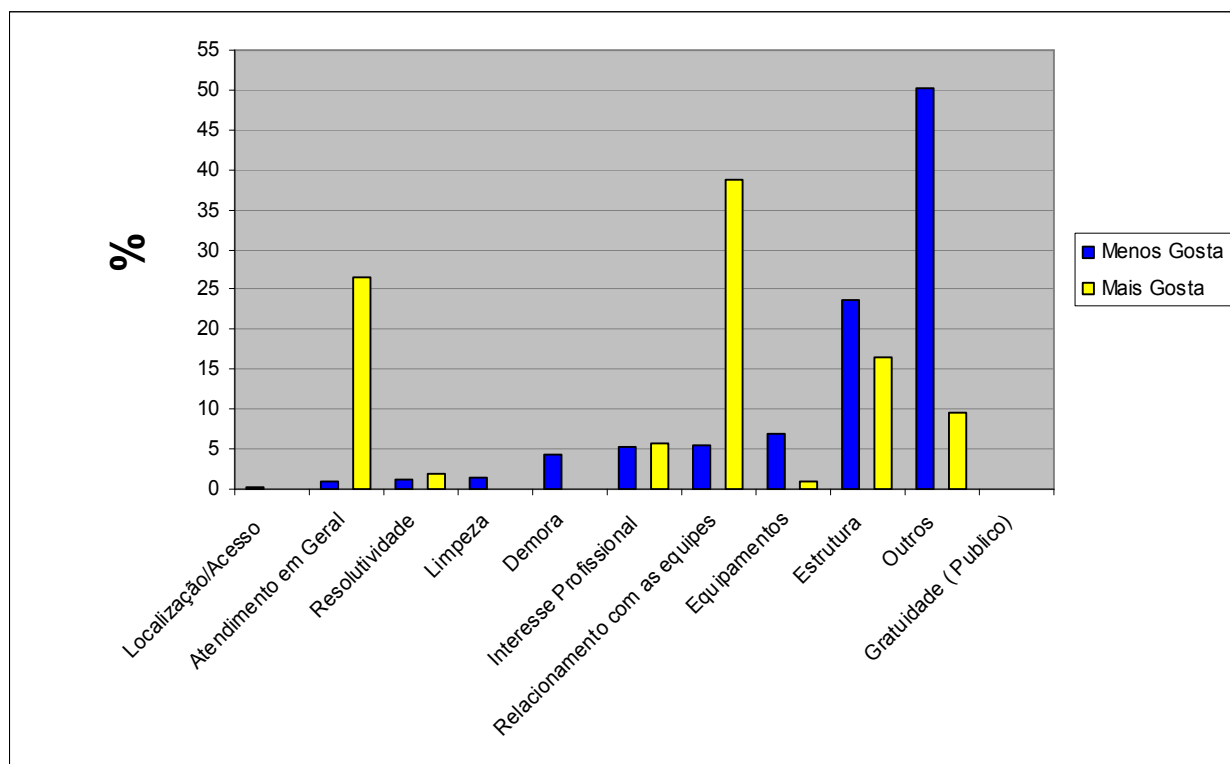
Fonte: Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP³⁸

Enfermarias

Dentre os quesitos: atendimento em geral, estrutura, relacionamento com as equipes, localização/acesso, demora, equipamentos, interesse profissional, limpeza e resolatividade, na Enfermaria o item considerado menos satisfatório pelos usuários foi o item “outros”, com 50,29% de reprovação pelos usuários. Isso indica que futuras pesquisas teriam que ser realizadas para melhor avaliar as perguntas abertas.

O item considerado mais satisfatório, de acordo com os quesitos já citados, foi o “relacionamento com as equipes”, com 38,7% de aprovação pelos usuários, seguido pelo “atendimento em geral” com 26,44% de aprovação. De modo geral, o atendimento recebido pelos pacientes na Enfermaria foi considerado bom por 93,7% dos entrevistados.

Figura 22 – Gráfico do que os Pacientes mais gostam e menos gostam nas Enfermarias 2005



Fonte: Pesquisa de Opinião sobre Grau de Satisfação dos Usuários do HC-UNICAMP³⁸

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DO CASO E RESULTADOS

5.1. Gestão da Qualidade

Apesar das enormes e constantes dificuldades encontradas para implantação da Gestão da Qualidade no HC-UNICAMP, um grande avanço se deu porque os assuntos inter-funcionais e inter-profissionais passaram a ser mais abordados e discutidos, diminuindo os “espaços em branco” que existiam. Com isto verifica-se que *“as maiores oportunidades de melhoria apareceram nas interfaces funcionais, aqueles pontos em que o bastão é passado de um departamento para outro”* (Rummler & Brache ⁷). Nesse sentido houve dois estágios de evolução institucional: o primeiro em que as barreiras foram sendo derrubadas entre sub-processos de um mesmo departamento ou área; o segundo em que se eliminaram as barreiras entre diferentes departamentos. O que ocorreu é que as pessoas passaram a reconhecer mais *“a interdependência dos relacionamentos entre as partes, ou seja, que as partes de um sistema não conseguem trabalhar bem de forma independente”* (Manual de Melhoria da API ⁹).

Ao que parece, isto se deve a duas estratégias definidas logo no início do Programa de Qualidade. A primeira delas foi o Programa iniciar sua atuação focalizando a camada de gerentes, intermediária na instituição, confirmando que *“a necessidade de reorganização administrativa nas instituições hospitalares públicas, exige uma mudança completa do estilo gerencial, que dê maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos processos internos de trabalho”* (Donabedian ⁶).

A segunda foi a introdução e realização de atividades de garantia da qualidade através da estrutura formal da instituição de saúde (organograma). *“As estruturas formais criam espaços de onde se produz o intercâmbio cultural e se exercita a liderança. Dentro das organizações, também as redes de comunicação formal, informal e de influência inter-pessoal se concentram e potencializam, oferecendo o meio adequado para os processos de garantia de qualidade”* (Donabedian ⁶). Um fator fundamental para o crescimento de uma organização governamental é o da comunicação, assim os novos modelos de estrutura têm tido que recorrer à comunicação, revisá-la, consolidá-la, fortalecê-la e exigir seu uso sistematicamente.

Comunicação

Com o HC-UNICAMP não foi diferente, a comunicação antes era muito falha, e entre alguns níveis nem mesmo existia comunicação formal. As informações não eram claras, faltavam diretrizes da administração para as diversas áreas, e a comunidade interna vinha pedindo mais espaços de participação na administração nos diversos níveis organizacionais. Partindo desse princípio, o Programa de Qualidade do HC escolheu e acreditou na Comunicação como um instrumento de Gestão e de mudança da Cultura Organizacional vigente. Então foi elaborada uma proposta de comunicação organizacional, que perpassa a estrutura (organograma) do hospital, disseminando as informações de forma sistemática em todos os níveis, através da criação dos seguintes fóruns de comunicação:

Conselho de Administração do Hospital (CAHC) – Fórum Estratégico

Era um fórum mensal já existente de comunicação entre a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e o Hospital de Clínicas (HC). É o órgão deliberativo máximo do hospital. Tem como objetivo estabelecer diretrizes e estratégias para o hospital.

Assessoria de Desenvolvimento Organizacional (ADO) – Fórum Estratégico

Criado pelo Programa de Qualidade, é um fórum de comunicação semanal do 1º nível do organograma do hospital, composto pela Superintendência, Coordenadorias e Assessorias, ou seja, a Alta Administração. Tem a finalidade de estabelecer objetivos para alinhar as ações das várias áreas e/ou projetos do hospital, garantindo a implementação das estratégias de forma integrada.

Café da manhã com Gerentes – Fórum Estratégico / Tático

Criado pelo Programa de Qualidade, é um fórum de comunicação mensal entre o 1º e 2º nível do organograma, composto pela Alta Administração, e todos os Gerentes e Assistentes das áreas. Tem como finalidades: integração social e comunicação informal das pessoas no café; repasse das informações do Fórum ADO pelo Superintendente; apresentação de uma área ou projeto do hospital, com o objetivo de estabelecer uma compreensão comum da realidade apresentada, favorecendo a cooperação na solução de problemas e nas interfaces entre as áreas.

Gerentes, Supervisores e Funcionários de áreas – Fórum Tático / Operacional

É um fórum de Comunicação entre o 2º, 3º e 4º nível do organograma, composto pelo Gerente do serviço e/ou supervisores com seus funcionários. O Programa de Qualidade recomenda que cada gerente crie em sua área. Tem a finalidade de repassar informações dos fóruns anteriores, e deve acontecer mensalmente. Esse fórum funciona sistematicamente em algumas áreas, mas não em outras, fazendo com que o processo de comunicação do hospital ainda deixe a desejar neste nível.

Esta forma de Comunicação Institucional, através dos fóruns correspondentes aos níveis hierárquicos da estrutura do hospital, foi implantada em 1998 e funciona sistematicamente até hoje. O diagnóstico ainda presente em relação a todos os fóruns de comunicação é que *“envolver os médicos é difícil”* (Berwick et al ²⁴). Este é o avanço necessário para a melhoria da comunicação no HC-UNICAMP. Entretanto, a decisão pela implantação desta simples estratégia de comunicação através da estrutura vigente e a persistência na manutenção destes fóruns desde 1998, tem promovido uma boa integração gerencial que ocasionou os seguintes benefícios: *“maior conhecimento das estratégias e planos, sistema interno de difusão das informações que não existia, maior credibilidade da informação, fluxo de informação constante, maior transparência da organização”*, conforme princípio *Disseminação de Informações*. Outros ganhos obtidos: *“maior incentivo à manifestação de idéias e opiniões, melhor compartilhamento de informações, maior participação nas decisões, melhor liderança do gerente com atitudes para orientar e facilitar as atividades”*, conforme princípio *Gerência Participativa* (Deming ² e Leitão et al ¹⁶).

Acreditação Hospitalar

Um outro aspecto do Programa de Qualidade que vem alavancar o Desenvolvimento Organizacional do HC-UNICAMP tem sido a busca de uma certificação externa de qualidade hospitalar. *“Os programas de qualidade nos serviços de saúde só adquirem maior consistência e continuidade na medida em que estão associados a um programa de acreditação hospitalar”* (Quinto Neto & Gastal ²⁵). O modelo de certificação escolhido foi o da Acreditação Hospitalar da ONA e Ministério da Saúde, por vários motivos: é um modelo compatível e específico para a área de saúde, pelas especificidades encontradas no setor; é um modelo que está de acordo com o contexto da saúde pública brasileira; é um modelo que valoriza a visão sistêmica por causa da interdependência entre os diversos serviços do hospital; é um modelo que exige a lógica da melhoria de processos nas ações administrativas, de assistência e nos procedimentos médico-sanitários (nível 2), e cuja necessidade ficou visível pelos redesenhos de processos; é um modelo que evidencia vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo sistêmico (nível 3); e, além disso, a idéia dos 3 níveis de certificação com uma concepção seqüencial, ou seja, um processo de incorporação gradual dos requisitos dos níveis anteriores de qualidade pareceu mais adequado à cultura organizacional vigente na instituição.

A busca da Acreditação Hospitalar no HC-UNICAMP vem seguindo o roteiro abaixo:

- ◆ Realização de um Seminário de Capacitação Básica sobre Acreditação Hospitalar para 130 pessoas oferecido pela ONA.
- ◆ Elaboração de auto-diagnóstico das áreas do HC sob a ótica dos itens de orientação de cada seção do Manual de Acreditação Hospitalar. Todas as áreas do HC, representadas por 160 pessoas divididas em 43 grupos, confeccionaram seu auto-diagnóstico.
- ◆ Workshop de apresentação do auto-diagnóstico das áreas, com mediação e comentários da ONA. Os diagnósticos levantaram aspectos específicos de cada área, e propiciou a cada uma o esclarecimento de dúvidas pela ONA. Também evidenciaram aspectos comuns de melhoria para todas as áreas do HC, tais como: manutenção predial e de equipamentos, saúde ocupacional, e quadro de pessoal.
- ◆ Visita de Diagnóstico da Instituição Acreditadora, com oito consultores externos para elaboração do Diagnóstico Organizacional. O resultado do diagnóstico foi: 19 áreas não acreditadas; 15 áreas acreditadas no nível 1; 6 áreas no nível 2; 1 área no nível 3.

◆ Elaboração de projeto para o Ministério da Saúde, visando financiamento para sanar as não conformidades do nível 1 que necessitam de investimentos (equipamentos e reformas - cerca de 30% das não conformidades apontadas).

◆ Elaboração de Planos de Ação (utilizando a ferramenta 5W2H) por área para sanar as não conformidades. As que não dependem de recursos financeiros as áreas estão resolvendo, e as que dependem aguardam financiamento externo.

Os benefícios da Acreditação Hospitalar encontrados até o momento foram:

◆ O auto-diagnóstico proporcionou um “olhar” das áreas / pessoas sobre si mesmas. O auto-diagnóstico preparou o espírito para o “olhar” externo, ou seja, diminuiu possíveis resistências quando da visita da instituição acreditadora externa;

- ◆ O aprendizado e conquista de resultados em equipe;
- ◆ Acionou um movimento de melhoria fortemente integrado;
- ◆ Criou Plano de Metas e Investimentos por Área.

Estes benefícios foram bem expressos nesta avaliação de um funcionário do hospital:

“Penso que se toda a atividade da Acreditação terminasse por aqui, já teríamos tido excelentes resultados. Várias razões me levam a pensar assim, entre elas a possibilidade de auto-análise pelos grupos, o que não vinha sendo muito a nossa prática. Além disso, entendo que houve uma oportunidade de “catarse” em que os grupos puderam falar a respeito de suas dificuldades e avanços. Outra nota fica por conta do caráter “terapêutico” da atividade. As pessoas puderam perceber que, assim como não são “ilhas de excelência”, também não são as únicas com dificuldades na Instituição... O grande ganho de tudo isso ainda é, a meu ver, o resgate da “visão sistêmica” da Instituição que, efetivamente, acabou acontecendo”.

Isto confirma a idéia de que *“a Acreditação é um mecanismo predominantemente educativo, capaz de mobilizar pessoas para a melhoria contínua de sua instituição de forma organizada e sistemática... fomentando um processo contínuo de aprendizado institucional”* (Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - ONA ¹).

Embora o HC-UNICAMP não tenha conseguido ainda o certificado de Hospital acreditado, os resultados em relação aos níveis de certificação encontram-se da seguinte maneira:

◆ Nível 1 – Segurança

As exigências desse nível em relação à habilitação do corpo funcional estão todas em conformidade. Pelo fato de ser um hospital público universitário e, portanto, ter funcionários altamente capacitados e qualificados, então esse quesito foi atendido prontamente. Em relação aos requisitos de segurança e estrutura básica (recursos), o hospital conseguiu resolver os quesitos nas áreas cujos recursos financeiros destinados à infra-estrutura foram priorizados. Ainda existem várias áreas em não conformidade com os requisitos básicos de infra-estrutura física em função das dificuldades financeiras apresentadas.

◆ Nível 2 – Processos

As exigências deste nível estão bem adiantadas (normas, rotinas, procedimentos documentados, atualizados e disponíveis; introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos; atuação focalizada no cliente/paciente). Este é o nível da Acreditação Hospitalar que o hospital mais avançou, onde os requisitos mais se desenvolveram especialmente nas áreas que tiveram seus processos mapeados e redesenhados.

◆ Nível 3 – Indicadores

Em relação às evidências de vários ciclos de melhoria nas áreas, o hospital avançou em algumas cujos processos foram redesenhados, e que já tiveram a oportunidade de continuar outros ciclos de melhoria. Ainda é incipiente o trabalho em relação à prática de gestão com a utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores. Acredita-se em um avanço imediato nesse quesito, já que as próximas ações de Qualidade estarão fortemente centradas em indicadores, e alinhadas com grupos de pessoas do hospital com formação em infecção e epidemiologia hospitalar. A outra exigência desse nível, utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, o hospital atende como já está bastante evidenciado.

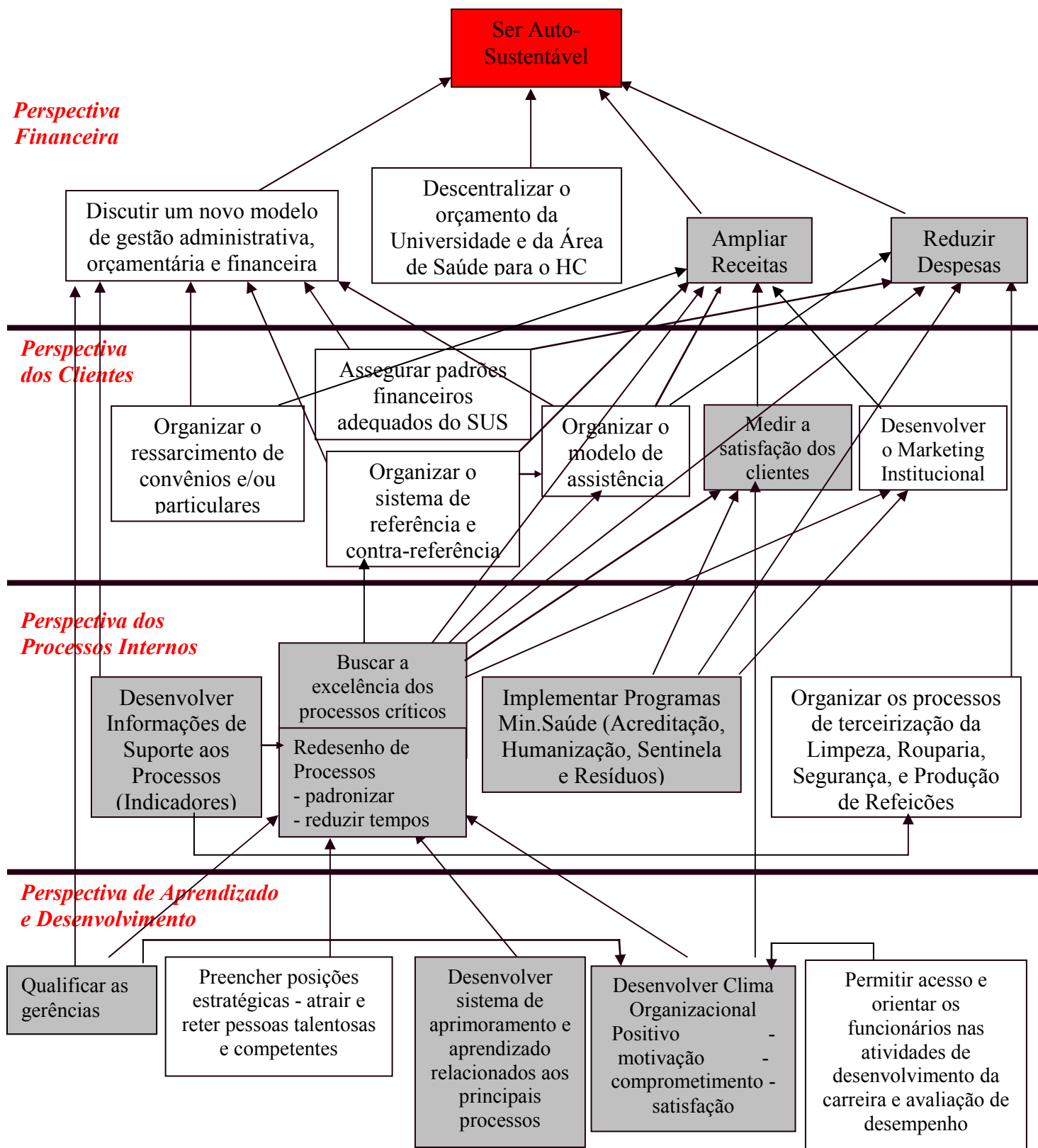
Sendo assim, de forma gradual, persistente, e perseverante o HC-UNICAMP persegue seu objetivo de ser um hospital acreditado!

Planejamento Estratégico

Um outro fator que contribuiu para fortalecer o Modelo de Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos foi o desenvolvimento do Planejamento Estratégico. A definição dos objetivos estratégicos, ações e metas, desdobradas em todos os níveis da estrutura organizacional, do topo para a base da pirâmide hierárquica, fizeram-se extremamente necessárias para a instituição. Foi visto no capítulo 2 “*a importância do Planejamento Estratégico para os macro-planos, bem como do Redesenho de Processos para os micro-planos*” (Campos²⁹).

Um primeiro “experimento” do Planejamento Estratégico foi realizado no HC-UNICAMP usando o método do Balanced Score Card (BSC^{39,40}), baseado nas quatro perspectivas e partindo da perspectiva financeira e da necessidade premente do hospital ser auto-sustentável, que resultou na Árvore de Estratégia da *figura 23*. Para o movimento da Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos, a definição desta árvore de estratégia serviu para reforçar e focalizar as ações mais importantes para melhoria do hospital (ver em **cinza** os itens da Árvore de Estratégia que demonstram a relação com as questões da Gestão da Qualidade e Redesenho de Processos).

Figura 23 - Árvore da Estratégia do Hospital de Clínicas da UNICAMP



Fonte: Lima, M.B.B.P.B.; Rocha, M.R.A.; Pinsetta, W.J.M. ⁴¹

Enfim em meados de 2003, atendendo a determinação de uma das ações do plano de governo da universidade, o HC elaborou seu Planejamento Estratégico (PLANES⁴²), a partir da constituição de um Grupo de Trabalho com representantes da alta administração e de algumas áreas do HC. O PLANES desencadeado pela universidade veio ao encontro de um antigo anseio do Programa de Qualidade em realizar o planejamento do hospital.

O Planejamento Estratégico do HC-UNICAMP⁴² logo na introdução ressaltou vários aspectos importantes para a melhoria do hospital, como demonstrado no trecho abaixo:

“Apresentamos um planejamento estratégico que aponta os aspectos fundamentais levantados até o momento, dentro das estratégias escolhidas para serem desenvolvidas nesta gestão. Pretende-se com esse Planejamento implementar um modelo de gestão que possibilite: propiciar um atendimento integral e humanizado; adequar a capacidade de atendimento à demanda do SUS; desenvolver mecanismos que propiciem a participação da sociedade no controle dos serviços; buscar a otimização dos recursos para garantir a eficiência e eficácia no serviço; proporcionar melhorias no ensino, pesquisa e assistência; garantir a qualidade dos serviços prestados e integrar as ações de forma participativa entre o HC e a FCM”.

Seguem os principais elementos do PLANES⁴² que se relacionam com esta dissertação.

MISSÃO

*“Ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e **valorizando os princípios da humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados.**”*

VISÃO DE FUTURO

*“Ser um Hospital Universitário parceiro da Faculdade de Ciências Médicas, atuante na formulação e implementação de políticas de saúde, inserido em uma cadeia hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde, auto-sustentável, **humanizado**, mantendo-se atualizado tecnologicamente, e inserido em um modelo de gestão participativa.”*

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 1) *“Ser um Hospital Universitário parceiro da Faculdade de Ciências Médicas no desenvolvimento de ações integradas de assistência, ensino e pesquisa.*
- 2) *Definir um Modelo Assistencial: ser um Hospital Universitário atuante na formulação e implementação de políticas de saúde, prestando assistência nos níveis terciário e quaternário, e inserido em uma cadeia hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS).*
- 3) *Formular Políticas de Financiamento: ser um hospital auto-sustentável, com financiamento adequado das atividades desenvolvidas para assistência, ensino e pesquisa.*
- 4) ***Ser um hospital humanizado, com qualidade na gestão e assistência hospitalar.***
- 5) *Manter-se atualizado tecnologicamente.*
- 6) *Ter um modelo de gestão participativa com uma administração profissionalizada nos diversos níveis organizacionais.*
- 7) *Aprimorar o Modelo de Gestão de Recursos Humanos.”*

AÇÕES DO OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

- “4.1 - Implantar as ações para sanar as não conformidades da Acreditação Hospitalar.***
- 4.2 - Capacitar e implementar em todas as áreas o modelo de revisão e racionalização dos processos de trabalho, desenvolvendo a cultura da melhoria contínua.***
- 4.3 - *Implantar as ações do Programa de Humanização.*
- 4.4 - *Implantar a Ouvidoria do hospital.*
- 4.5 - *Assessorar as ações do Programa de Centros Colaboradores, em parceria com as diversas áreas do hospital.*
- 4.6 - *Implantar as ações do Programa de Hospitais Sentinela.*
- 4.7 - *Implantar as ações do Programa de Resíduos.”*

O PLANES ⁴² do HC-UNICAMP definiu o objetivo 4 e ações estratégicas 4.1 e 4.2 por acreditar e estar satisfeito com os resultados obtidos pelo Programa de Qualidade e pelos Redesenhos de Processos. E para alcançar os resultados da ação 4.2 do PLANES HC 2003, a Assessoria de Qualidade do HC-UNICAMP em parceria com a PRDU (Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário) trabalhou no sentido de escrever a metodologia de Redesenho de Processos que estava em uso no hospital, e preparar o conteúdo do curso para Formação de

Facilitadores em Gestão por Processos (Metodologia GEPRO¹⁰). Em 2004 e 2005 foram treinadas 130 pessoas representantes de diversas áreas do Hospital e da Universidade, o que desencadeou um movimento amplo e abrangente de Melhoria de Processos. Os facilitadores treinados na metodologia GEPRO atuam em projetos de melhoria implantados ou em andamento nos diversos sub-processos das várias áreas do hospital. Essa maneira de disseminar os conceitos e práticas de redesenhos de processos implantados em larga escala, foi uma importante alavanca para ampliação do movimento da Qualidade e de Melhoria de Processos no HC-UNICAMP (ver Anexo IV – Projetos de Melhoria de Processos do HC-UNICAMP).

Além deste, outros cursos de formação em Gestão contribuíram com a melhoria do hospital, tais como: Administração Hospitalar, Gestão em Saúde, Humanização, Programa Black Belt, Qualidade como Estratégia de Negócios (QBS), Programa de Desenvolvimento Gerencial.

O PLANES do HC-UNICAMP⁴² dentro do texto do objetivo estratégico 4 ressalta a importância da atuação da Gestão da Qualidade e do Redesenho de Processos para o hospital:

“Incentivar permanentemente as iniciativas para fomentar a incorporação de princípios de qualidade e humanização nos processos de trabalho, apoiando o Programa de Qualidade do HC e também os Programas criados a nível nacional pelo Ministério da Saúde: de Acreditação Hospitalar, de Humanização, de Hospitais Sentinela, de Resíduos Hospitalares, e outros.

Dar continuidade ao Programa de Qualidade do Hospital de Clínicas como forma de incentivar um espírito de indagação em relação aos processos do hospital, com a finalidade de implantar uma filosofia de melhoria contínua nas práticas de trabalho, com ampla participação dos envolvidos independentemente de nível hierárquico ou competências, visando a integração multidisciplinar inerente aos processos hospitalares, a racionalização através de protocolos e controles comparativos entre custos/produção e a criação de indicadores que evidenciem quanto os processos estão se aproximando ou distanciando das melhorias implantadas”.

Analisando os resultados alcançados pelo Programa de Qualidade no HC-UNICAMP, destacam-se fatores de sucesso que promoveram o desenvolvimento organizacional, assim como fatores que retardaram um pouco o avanço do hospital.

Fatores de Fracasso (o que poderia ter sido melhor)

- ◆ Projetos não atrelados a um Plano Estratégico por muitos anos (de 1998 a 2003). A ausência do Planejamento Estratégico provocou falta de priorização em alguns projetos, o que em alguns casos deixou de manter os projetos focalizados.
- ◆ Falta de verba para investimento em melhorias. Algumas melhorias exigem certo investimento que não aconteceu, e conseqüentemente os projetos tiveram menor sucesso e menos resultados alcançados do que poderiam.
- ◆ Desconsiderar a Cultura Organizacional em alguns departamentos. Equipe se tornou “bi-cultural”, com necessidade de aprender a viver em dois mundos, o da sub-cultura inovadora da qualidade e o mundo da cultura anterior dominante na organização.
- ◆ Resistência às mudanças. As pessoas não resistem às mudanças, elas resistem a serem mudadas e os primeiros agentes de mudança são sempre vistos como tentando mudá-las.
- ◆ Desafio / Ameaça dos “descrentes”. Existem constantemente ameaças percebidas a partir da visão dos indivíduos acostumados à cultura organizacional tradicional.

Fatores de Sucesso (o que deu certo)

- ◆ Equipe de Facilitadores capacitada no Mestrado em Gestão da Qualidade com valorização de disciplinas de Gestão de Recursos Humanos (valores de perseverança, paciência, diplomacia, integridade), contribuiu para alavancar o Programa → acerto nas primeiras estratégias definidas.
- ◆ “Papel” da equipe de facilitadores, ou seja, “Networkers” - líderes de rede ou construtores de comunidade - papel de mediadores entre áreas, profissões e níveis hierárquicos. Assessoria de Qualidade como “Incubadora” para iniciar as mudanças.
- ◆ “Foco” na Média Gerência – “*Líderes de Linha em nível local*” (Senge et al ⁴³). Criou-se um espírito forte de alinhamento dos sistemas de gerência, promovendo e incentivando a busca de novos conhecimentos na capacitação para o perfil gerencial e administrativo com treinamento em conceitos e ferramentas de gestão hospitalar e incentivo às práticas de melhoria.
- ◆ Sistematização da Comunicação - a valorização, sistematização e melhoria do processo de comunicação com inclusão de toda a cadeia produtiva e a solução adotada de criar um “ritual” institucional em Comunicação, através dos níveis estratégico, tático e operacional.

“A mudança profunda não acontece sem se dedicar tempo suficiente à prática regular das habilidades de diálogo” (Senge et al⁴³).

◆ Visão Sistêmica da Organização. *“A mudança profunda não acontece sem se dedicar tempo suficiente à prática regular de pensamento sistêmico” (Senge et al⁴³).*

◆ Gestão por Processos (atuação nas pontas). Aplicação de métodos de melhoria de qualidade aos processos. *“O mundo nos ensina que a sustentação da mudança requer compreensão dos processos, que estimulam o crescimento e o que se faz necessário para catalizar as mudanças, e abordar as restrições que impedem que a mudança ocorra. As mais importantes iniciativas de mudança são ligadas a processos de trabalho verdadeiros” (Senge et al⁴³).*

◆ Equilíbrio entre Reflexão e Ação, agir conforme o discurso (Valores e Ações). *“A coerência entre os valores esposados e as ações, especialmente para aqueles que estão defendendo a mudança. As pessoas não esperam perfeição, mas reconhecem a sinceridade e a franqueza, assim como a ausência destas qualidades” (Senge et al⁴³).*

5.2. Redesenho de Processos

A metodologia de Redesenho de Processos está sendo utilizada no HC-UNICAMP desde 1999 e foi conduzida, aplicada e testada pela Assessoria de Qualidade em diversas áreas dentre as quais: Serviço de Arquivo Médico e Estatística; Laboratório de Patologia Clínica; Protocolo; Nutrição e Dietética; Unidade de Terapia Intensiva; Laboratório de Anatomia Patológica; Radioterapia; Centro Cirúrgico; Imagenologia; Serviços Gerais; Rouparia; Portaria e Recepção; Higiene e Limpeza.

A realidade encontrada no HC-UNICAMP foi de muitas mudanças básicas e fáceis de fazer nos processos vigentes e que dependiam somente de decisões internas da própria área ou gerente. Em muitos casos pôde-se perceber que nem mesmo existiam processos estabelecidos, ou seja, as pessoas executavam seu trabalho de uma maneira ou outra, sem qualquer padrão pré-estabelecido.

Aos poucos os trabalhos foram avançando cada vez mais nas interfaces entre as áreas, e estabeleceu-se uma rotina de interação entre os processos fornecedores e clientes, confirmando a *integração de processos do princípio Gerência de Processos* (Deming² e Leitão et al¹⁶). Nos primeiros projetos essas reuniões e oficinas eram difíceis de ser mediadas, pois aconteciam muitos conflitos sobre as necessidades de cada uma das áreas. Aos poucos, uma nova cultura de interação e respeito às necessidades de cada um foi se estabelecendo e as reuniões foram ficando mais tranquilas de mediação. A partir disto, a quantidade de mudanças sugeridas foi aumentando e o potencial das melhorias foi se ampliando, já que passaram a incidir intra e inter-áreas.

Ainda, o que se notou é que nos serviços em que o gerente (dono do processo) estava mais preparado e pró-ativo para a implantação de melhorias, os projetos tiveram maior sucesso, o que confirma a *predisposição para melhorias do princípio Aperfeiçoamento Contínuo* (Deming² e Leitão et al¹⁶). Nos serviços em que o dono era mais reativo e resistente às mudanças, os facilitadores demoraram mais tempo para se liberar dos projetos e garantir a continuidade da implementação das ações. Em certos casos algumas mudanças só foram alcançadas por conta da paciência e persistência dos facilitadores, às vezes com espera de alguns anos para implantá-las. Em compensação nos casos dos gerentes pró-ativos, assim que terminava a fase de propostas (redesenho), o gerente seguia sozinho com sua equipe para a fase de implantação das mudanças, ficando menos dependente do facilitador e liberando-o para outro projeto.

Um outro benefício alcançado pelos redesenhos foi a ampla participação de todos os envolvidos nos processos alvo, assim como participantes dos processos fornecedores e processos clientes, sendo que em alguns projetos houve a participação de mais de 200 pessoas, que confirma *o incentivo à manifestação de idéias e opiniões, o compartilhamento de informações, a participação nas decisões, e o estímulo à formação de times da Qualidade do princípio Gerência Participativa*. Além disto, também se alcançou maior *estabilidade nos processos a partir da padronização de normas e rotinas – princípio Garantia da Qualidade* (Deming² e Leitão et al¹⁶).

O que se pôde observar ainda é que, das dez lições fundamentais para a melhoria da qualidade em saúde (Berwick et al ²⁴), oito delas se confirmaram com o redesenho de processos no HC-UNICAMP. São elas: *As ferramentas de melhoria da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde; As equipes inter-funcionais são valiosas na melhoria dos processos do serviço de saúde; Dados úteis para melhoria da qualidade abundam nos serviços de saúde; Métodos de melhoria da qualidade são divertidos de usar "Alegria no trabalho"; Custos da má qualidade são elevados e economias estão ao alcance; Envolver os médicos é difícil; Os processos não-clínicos chamam a atenção inicial; Nos serviços de saúde, como na indústria, o destino da melhoria da qualidade está, acima de tudo, nas mãos dos líderes*.

Os casos de maior sucesso foram: Patologia Clínica, Nutrição, Rouparia, Centro Cirúrgico e Recepções. Os casos em que houve maior dificuldade foram a UTI e a Radioterapia, pois dependiam muito de investimentos financeiros para infra-estrutura física e equipamentos. De maneira geral, as mudanças que demoraram mais tempo para acontecer foram aquelas em que não havia cenário político, cultural, estratégico ou financeiro para implantar. Em todos os casos uma quantidade enorme de mudanças foi sugerida, sendo a maioria passível de implantação imediata. Avaliando os resultados alcançados pelo redesenho dos processos destas áreas se percebe o potencial e a quantidade de mudanças advindas destes trabalhos, os quais podem ser observados na descrição dos casos a seguir.

5.2.1. Nutrição e Dietética

No caso da Divisão de Nutrição e Dietética, o objetivo inicial do projeto era “*Elaborar proposta de adequação do quadro de funcionários, frente às políticas de RH (não contratação) e a necessidade de implantação do novo organograma do serviço, utilizando a técnica de Redesenho de Processo*”. Na ocasião a estrutura organizacional da Nutrição era composta por um organograma com quatro níveis hierárquicos e com funções “engessadas”; havia dificuldade de comunicação horizontal e vertical, índice de LER/DORT e afastamento elevado, falta de equipamentos e obsoletos. O redesenho foi abrangente e complexo envolvendo desde a revisão da estrutura organizacional com intuito de eliminar ou melhorar os pontos fracos da estrutura, até a qualificação dos serviços prestados com treinamento de pessoal técnico.

Um primeiro ciclo de melhoria realizado entre 2001 e 2002 aconteceu com a participação intensa das nutricionistas responsáveis pelos diversos processos de trabalho. Os processos de trabalho foram mapeados com os horários estabelecidos pela rotina e a quantidade de pessoas necessárias para cada atividade. Junto com o mapeamento dos processos, as sugestões foram dadas e elaboraram-se planos de ação em relação às principais causas percebidas como de impacto ruim para os processos (4M’s – Máquinas, Materiais, Métodos, Mão de Obra). Os seguintes Planos de Ação utilizando a ferramenta 5W2H foram produzidos:

- ◆ Equipamentos e Materiais para mecanizar os processos de produção das refeições e diminuir processos manuais repetitivos, e conseqüentemente reduzir a incidência de laudos médicos nos funcionários;
- ◆ Tecnologia de Informação (TI) com sugestões de alteração no sistema de informática;
- ◆ Processos de Trabalho com sugestões de melhoria nos macro processos;
- ◆ Recursos Humanos (RH) com o objetivo de avaliar perfis necessários, contratações, demissões e readaptação dos laudos;

Os principais resultados alcançados neste primeiro ciclo de melhoria foram:

- ◆ Extinção quase total do plantão noturno (20 para 4 funcionários) com remanejamento dos funcionários para outras áreas do hospital e/ou para o diurno;
- ◆ Antecipação do horário da ceia de funcionários (implantação do Kit-ceia);
- ◆ Restrição no atendimento do jantar somente para funcionários e plantonistas (redução de 100 refeições/dia);

- ◆ Redução de 2.000 horas extras/mês;
- ◆ Redução de 4 para 2 níveis hierárquicos no organograma com extinção gradual das gratificações (47 para 10);
- ◆ Contratação de 4 nutricionistas na produção para implantação do projeto;
- ◆ Junção das cozinhas geral e dietética;
- ◆ Implantação da jornada de 40hs/semanais na área operacional com melhora salarial;
- ◆ Diminuição das atividades geradoras de LER/DORT;
- ◆ Readaptação de parte dos funcionários portadores de LER/DORT em outras áreas;
- ◆ Otimização de recursos humanos.

Com essas mudanças implantadas os resultados obtidos foram a redução de 21% no número de funcionários – o equivalente a 8% dos custos da folha de pagamento da Nutrição - e o aumento de 4% na produção de refeições para pacientes e cerca de 40% na produção de refeição para funcionários. E as principais dificuldades apontadas pela área nesta fase do trabalho foram:

- ◆ Falta de material (cotas);
- ◆ Aquisição de gêneros alimentícios;
- ◆ Aquisição tardia de equipamentos;
- ◆ Falta ou demora na manutenção e reparo de equipamentos;
- ◆ Aquisição de materiais (utensílios);
- ◆ Informação sobre jejum, alta e internação de pacientes;
- ◆ Demissão e não reposição de funcionários;
- ◆ Aumento do índice de absenteísmo e afastamento;
- ◆ Autonomia da área nas decisões (aumento de refeições, demanda de trabalho).

Neste contexto também foi proposta a implantação da multifunção, uma ocupação com atividades multiprofissionais para auxiliares de cozinha e copeiros designada auxiliar de nutrição, cujo conceito foi ampliado também aos cozinheiros e alguns funcionários administrativos. A multifunção demorou a ser implantada em função do grau de resistência que apareceu em boa parte dos funcionários, gerando manifestos e abaixo-assinados pelos mesmos.

O aumento do índice de absenteísmo e afastamentos deveu-se a uma reação imediata dos funcionários em relação às mudanças de recursos humanos propostas, principalmente em relação à multifunção, o que com o tempo acabou estabilizando-se. Entretanto pode-se observar que a

maioria das dificuldades relatadas acima foi de natureza econômica, muito mais do que técnica ou de processos de trabalho.

Um segundo ciclo de melhoria foi realizado entre 2002 e 2003 com a participação dos processos fornecedores e clientes, e de todos os funcionários da Nutrição – cerca de 200 entre nutricionistas, auxiliares de nutrição, cozinheiros, copeiros, administrativos – através de oficinas onde, a partir da fotografia dos sub-processos vigentes, eles foram analisando e sugerindo mudanças para a construção de novas maneiras de trabalhar. Foram produzidos Planos de Ação de Melhorias (5W2H) por sub-processo (cozinha geral, dietética, copa, enterais, lactário).

As principais mudanças implantadas neste segundo ciclo de melhoria foram:

- ◆ Implantação da multifunção auxiliar de nutrição;
- ◆ Aquisição dos equipamentos;
- ◆ Aquisição de hortaliças pré-processadas;
- ◆ Implantação do projeto acompanhante;
- ◆ Aquisição de pratos térmicos;
- ◆ Implantação de bolacha, margarina em sachê, e pães já embalados;
- ◆ Transferência da produção de refeição para funcionários para o restaurante da Universidade (realocação de 15 funcionários do HC para a UNICAMP);
- ◆ Criação do ambulatório de nutrição para doenças crônicas (20 pacientes/dia);
- ◆ Grupo de nutricionistas com atuação integral e exclusiva em nutrição clínica, proporcionando uma maior atenção na assistência nutricional ao paciente;
- ◆ Redução significativa do desperdício de refeições nas enfermarias;
- ◆ Reforma da área física das dietas enterais para credenciamento em terapia Nutricional Enteral junto ao Ministério da Saúde.

Observa-se que boa parte das dificuldades apresentadas no primeiro ciclo, foi sanada no segundo ciclo, pois o cenário financeiro, político e cultural estava mais propício a estas mudanças. Em relação à multifunção houve maior aceitação dos funcionários, a partir do momento em que puderam participar mais dos encontros e entender melhor que a proposta tinha o objetivo de colaboração entre todos, rodízio entre funções e conseqüentemente diminuir a incidência de laudos. A construção da multifunção proporcionou a aprendizagem de coisas novas, conhecer pessoas de outros processos, e a valorização do trabalho do outro. Permitiu acomodação de Recursos Humanos ao trabalho de acordo com o perfil e limitações de cada um.

O trabalho proporcionou à equipe uma visão global da DND, derrubar barreiras e muros entre os processos, com o resgate da auto estima e da solidariedade entre os funcionários, e o trabalho em equipe. Possibilitou ainda rever conceitos, normas e paradigmas, além de organizar e padronizar processos, implantar indicadores e otimizar recursos humanos, materiais e equipamentos. Como sugestões para aprimoramento de outros trabalhos de redesenho a partir da experiência vivenciada neste serviço a equipe da nutrição apontou maior planejamento e sincronismo para implantação das mudanças, acompanhamento mais sistemático do grupo de projeto com a área durante todo o processo de mudança.

Alguns resultados do projeto na Nutrição e Dietética apresentam-se nas tabelas abaixo.

Tabela 8 - Quantidade de Mudanças por sub-processo da Nutrição

Sub-Processo	Sugestões de Mudança	Mudanças Implantadas		Mudanças Pendentes	
		no.	%	no.	%
Cozinha Geral	37	28	75,7%	9	24,3%
Cozinha Dietética	15	9	60%	6	40%
Copa	15	7	46,6%	8	53,4%
Lactário	14	9	64,3%	5	35,7%
Dietas Enterais	13	10	76,9%	3	23,1%
Total	94	63	67%	31	33%

Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética do HC-UNICAMP

Tabela 9 – Resultados em Recursos Humanos na Nutrição

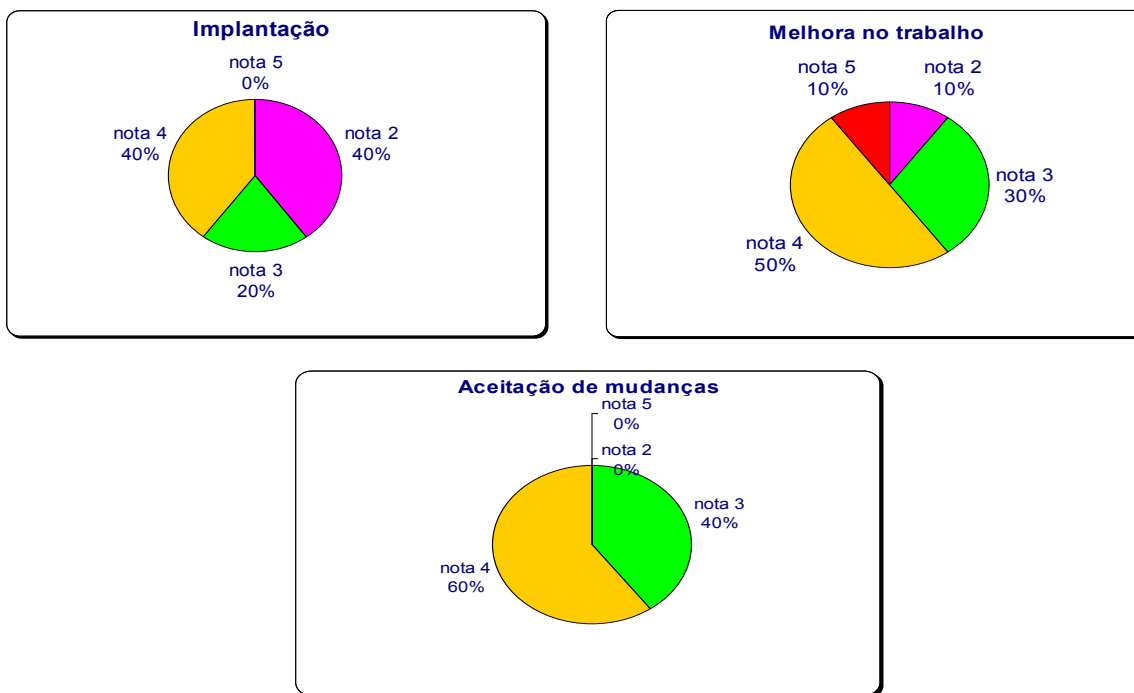
Situação de RH	2001	2002	2003	2004
Apto	115	91	77	83
LER/DORT	58	41	35	29
Afastamento INSS	25	24	36	26
Total Geral RH	198	156 -21%	145 -27%	138 -30%
Horas Extras	2000	1000 -50%	1100 -45%	0 -100%
Despesa	R\$3.059.112,00	R\$2.821.512,00 -8%	R\$2.531.121,00 -17%	R\$2.170.916,00 -29%
Economia		R\$ 237.600,00	R\$ 527.900,00	R\$ 888.196,00

Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética do HC-UNICAMP

Após o término de implantação dos dois ciclos de melhoria do projeto, novos ciclos vêm acontecendo frequentemente na Nutrição, em função do grau de envolvimento das pessoas e da gerente da área no movimento de melhoria contínua. Isso reforça que “a qualidade não é um processo passivo de cima para baixo, mas sim uma dinâmica, ininterrupta, e exaustiva atividade de permanente identificação de falhas nas rotinas e procedimentos” (Novaes ²⁶).

O resultado da avaliação que os funcionários fizeram em relação à fase de implantação das mudanças (transição), à melhora no trabalho, e à aceitação das mudanças, encontra-se nos gráficos abaixo. A avaliação foi realizada por grupos de profissionais (nutricionistas, copeiros, auxiliares, cozinheiros) e utilizou pontuação com notas de 1 a 5 equivalentes aos seguintes conceitos: 1-péssimo, 2-ruim, 3- regular, 4-bom e 5-ótimo.

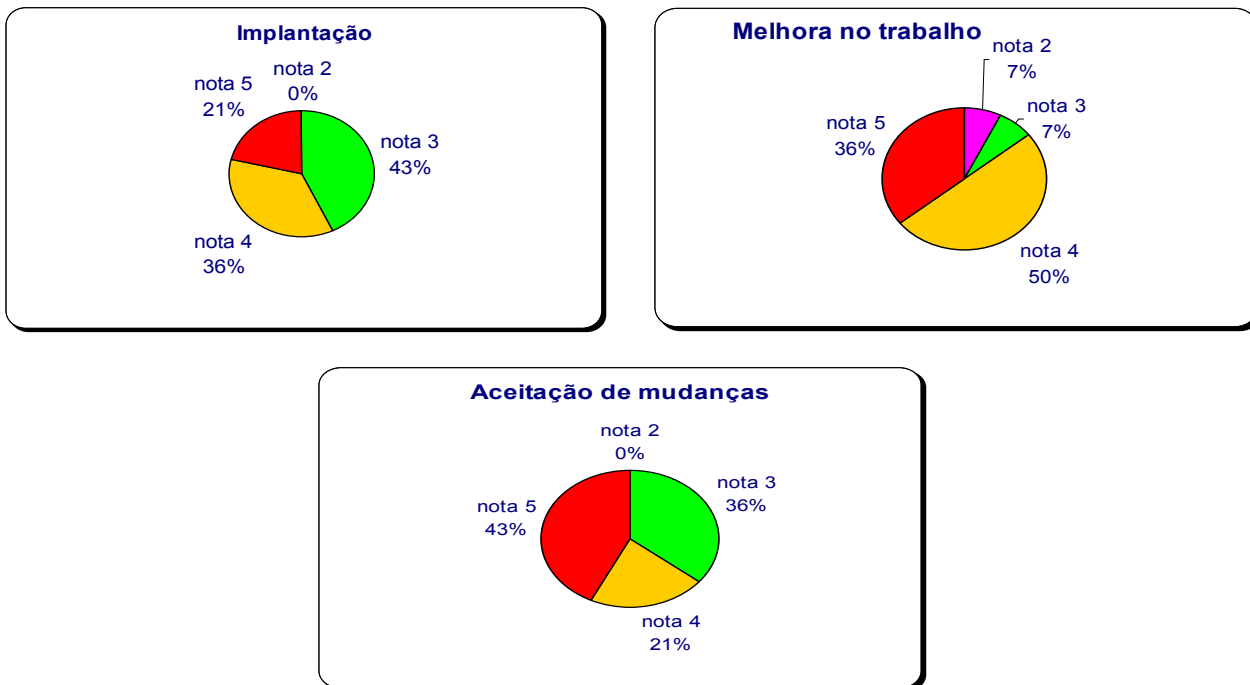
Figura 24 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Nutricionistas



Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética do HC-UNICAMP

Nota-se que o quesito com pontuação menor foi a fase de implantação das mudanças, mesmo assim com 40% de conceito bom e 40% de ruim. É natural se esperar que a fase de transição seja a mais difícil de vencer, principalmente para o grupo de nutricionistas que liderou o processo de mudança. Além disso, este grupo de nutricionistas teve uma variável importante a considerar: existia um grupo antigo de profissionais e quatro novas contratações foram feitas, que gerou um pequeno descompasso entre os dois grupos no início. Isso também pode explicar a pontuação ruim na implantação. Em relação a melhora no trabalho e aceitação das mudanças 60% avaliaram entre bom e ótimo.

Figura 25 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Copeiros



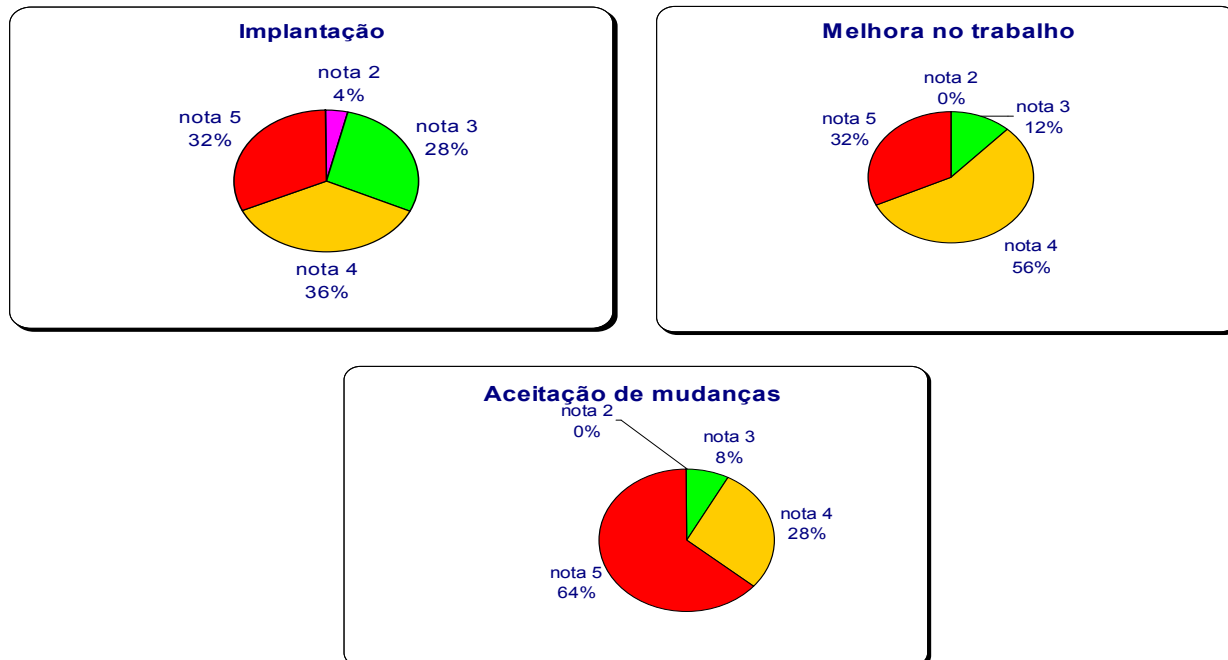
Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética do HC-UNICAMP

Entre os grupos operacionais, os copeiros foram os mais resistentes à implantação da multifunção, pois entenderam que perderiam “*status*” (de copeiros para auxiliares). Mesmo assim, 57% avaliaram a implantação (transição) como boa ou ótima, 43% como regular. Apesar do desconforto inicial, 64% avaliaram que a aceitação da mudança foi boa ou ótima e 36% como regular. Nenhum ruim ou péssimo nestes dois quesitos. Em compensação, surpreendentemente 86% avaliaram que houve boa ou ótima melhora no trabalho.

Seguem abaixo alguns depoimentos e percepções dos copeiros acerca do trabalho de revisão dos processos:

- ◆ “Melhorou 70 % com a multifunção e com os produtos embalados melhorou 80 % (pão, margarina, bolacha).”
- ◆ “Eu adorei. Se há muitos anos atrás tivesse implantado esta multifunção, eu não teria ficado tão doente.”
- ◆ “Fiquei apavorada. Eu gostei muito do rodízio, tive a possibilidade de conhecer outras atividades com os outros funcionários das diferentes áreas. Ter o conhecimento e a importância do serviço de cada um.”
- ◆ “Acho que a descida dos acompanhantes melhorou muito para a copa.”

Figura 26 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Auxiliares de Nutrição



Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética do HC-UNICAMP

Entre os grupos operacionais, os auxiliares – o maior contingente de funcionários da nutrição e os mais sobrecarregados (gargalo) do processo antigo – foram os mais beneficiados com as mudanças do novo processo principalmente com a multifunção. O índice bom e ótimo alcançou 68% na implantação, 88% em relação a melhora no trabalho e 92% no quesito aceitação da mudança. Nenhum ruim ou péssimo foi avaliado nestes dois quesitos.

Seguem abaixo alguns depoimentos e percepções dos auxiliares de nutrição acerca do trabalho de revisão dos processos:

♦ “Na implantação da multifunção eu tinha medo, era contra, brigava. Passei até pelo médico do trabalho para pegar laudo, mas desisti. Devido ao diálogo com a chefia fui entendendo o processo. Se iniciasse anteriormente evitaria os laudos. A equipe tentou compreender a mudança, hoje achamos ótimo, pois melhorou o diálogo, colaboração, participação. A implantação dos pré-processados foi excelente, pois facilitou o trabalho. No refeitório, o sistema de servir a refeição com rodízio de 30 minutos cada auxiliar está proporcionando um descanso adequado, evitando problemas de LER. O relacionamento melhorou com a copa e com a nutricionista”.

◆ *“Pré-processado: Foi excelente, o ambiente é limpo, economizou a água. O aspecto da área é outro, sendo mais organizado. Melhorou 100 %.”*

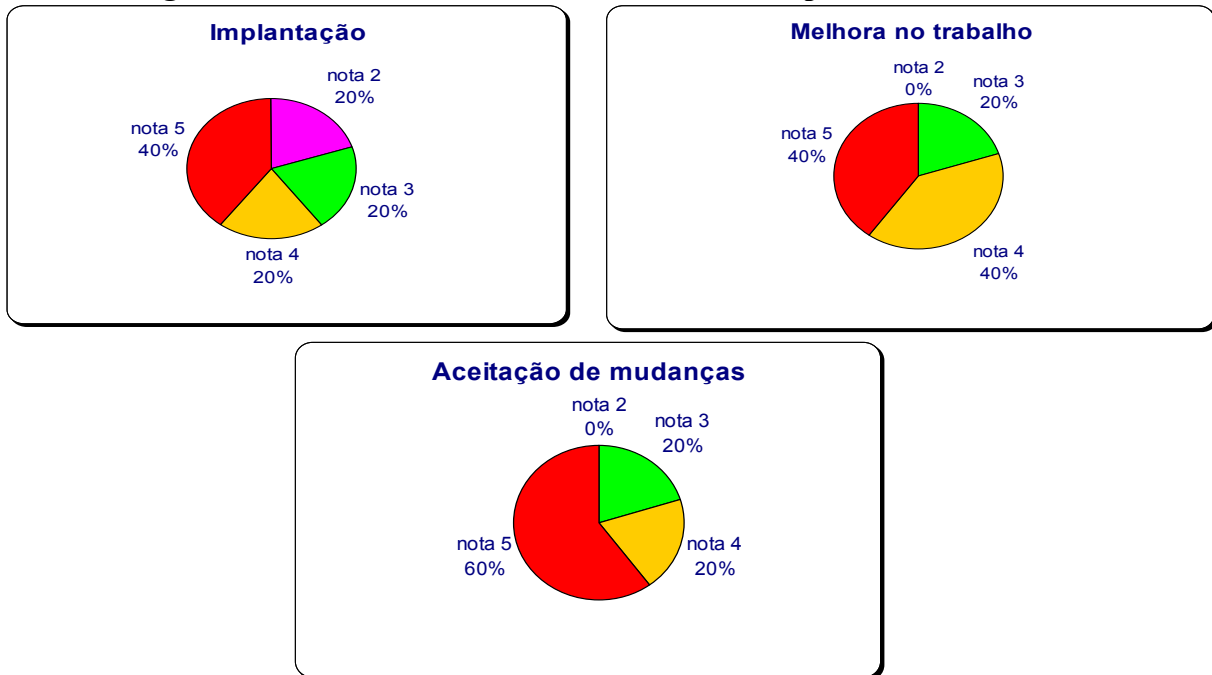
◆ *“Eu fazia a multifunção, mesmo mexendo com o meu sentimento. Foi muito bom, faço com prazer.”*

◆ *“Na implantação da multifunção, fiquei nervosa, não acreditava. Mas valeu a pena, a amizade com a chefia, com os copeiros, com os cozinheiros, e os auxiliares. Antigamente sentia-me presa, barrada, chamando o supervisor para tudo, não tinha nenhuma atitude, sentia discriminada. Hoje, tenho liberdade com a nutricionista, diretora, melhorou o relacionamento. Antes tinha retrabalho, agora tomamos atitude, temos responsabilidade e iniciativa.”*

◆ *“Na implantação da multifunção não aceitava atender os pacientes. Hoje, gostei da multifunção devido ao entrosamento com os colegas, pois entendemos que cada funcionário tem a sua função. Estou entendendo melhor o processo. Quebrou a barreira com a chefia, quando acabou a função da supervisora.”*

◆ *“Nunca tive medo da multifunção. A implantação da multifunção foi boa, devido ter derrubado os muros entre a copa, geral, dietética, supervisoras. Os laudos ocorriam devido a muita chefia e muita ordem. Não tínhamos acesso às nutricionistas, à diretora. A opinião do funcionário não tinha valor e sim o que a supervisora dizia. Hoje, diminui o trabalho, pois existe colaboração, opinião e valorização.”*

Figura 27 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos Cozinheiros



Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética do HC-UNICAMP

Entre os cozinheiros – o menor contingente de funcionários da nutrição – a revisão de processos também foi bem aceita. A fase de transição teve 60% de aprovação boa ou ótima. O índice bom e ótimo alcançou 80% em relação a melhora no trabalho e aceitação da mudança.

Abaixo alguns depoimentos e percepções dos cozinheiros sobre a revisão dos processos:

- ◆ *“Junção das cozinhas geral e dietética. No começo, tinha medo da dietética, ou seja, medo de errar na dieta. Hoje acho bom, pois estou apta.”*
- ◆ *“Gostou, teve uma nova visão. No início, assustou. Mas quebrou o muro das cozinhas geral e dietética.”*
- ◆ *“Achei boa a oportunidade de ser cozinheira na dietética. Achei uma boa experiência assumir esta responsabilidade. Senti-me valorizada. Antigamente, éramos humilhadas pela copa. Fazíamos o serviço para eles ficarem sem fazer nada.”*
- ◆ *“Em relação à jornada de 40 horas o tempo é mais prolongado para melhorar a preparação. No começo era cansativo, mas acostumamos.”*
- ◆ *“Precisa dar continuidade na melhora dos processos.”*

A diretora da Nutrição resumiu o trabalho com a seguinte frase: **“Grandes resultados e grandes conquistas são obtidas com pequenos esforços de todas as pessoas”**.

5.2.2. Radioterapia

Neste caso o objetivo do projeto foi “*Redesenhar o processo de assistência no Serviço de Radioterapia do HC, visando sua otimização e melhoria, valorizando a qualidade no atendimento, a inovação das soluções encontradas, a redução dos custos operacionais, e o compromisso com os resultados*”. Foi proposto pela administração do hospital rever os processos de trabalho do Serviço de Radioterapia, pois mais um equipamento (Acelerador Linear) estava prestes a entrar em operação, e a capacidade de atendimento de pacientes para tratamento radioterápico deveria dobrar. Também era necessária a ampliação da área física, pois as instalações eram precárias e era preciso comportar o aumento da demanda.

O redesenho na Radioterapia seguiu exatamente as etapas da metodologia descritas no capítulo 3, cuja documentação se encontra no Anexo II – Redesenho de Processos na Radioterapia do HC-UNICAMP. O mapeamento do processo vigente foi realizado in loco, através de visitas do facilitador ao ambulatório entrevistando todos os profissionais, e registrando as rotinas de cada um deles em todos os sub-processos (agendamento, consulta de caso novo, planejamento do tratamento, tratamento - radiação no aparelho, e consulta de retorno). Após o processo mapeado, o mesmo foi analisado, questionado e discutido em reuniões com um grupo multidisciplinar representante das diversas profissões atuantes na radioterapia (1 médico, 1 enfermeira, 1 física médica, 1 técnico, 1 administrativo, 1 assistente social). Sugestões de mudanças foram apontadas por esse grupo, repassadas e validadas por todos os outros funcionários do serviço, dentre as quais se destacam:

- ◆ Descentralização do sistema de agendamento central do Serviço de Ambulatórios para a Radioterapia, evitando duplicidade de agendas e facilitando aos pacientes que não precisaram mais se deslocar para outras filas de agendamento (de consultas e exames de apoio à diagnóstico).

- ◆ Maior integração da Radioterapia com o Laboratório de Anatomia Patológica, com algumas mudanças implantadas em ambos os processos, como por exemplo, a priorização dos laudos de biópsias para pacientes da Radioterapia;

- ◆ Um novo fluxo de cobrança foi desenhado entre as áreas de Radioterapia e Faturamento, que causou um faturamento mais exato do tratamento radioterápico realizado nos pacientes.

Após sugestões do grupo do processo, passou-se a ouvir as necessidades do cliente externo.

Foram realizadas duas oficinas envolvendo pacientes e acompanhantes, que colocaram suas principais necessidades em relação à Radioterapia: melhoria na área física, maior integração do tratamento com o Ambulatório de Oncologia Clínica, e menos cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico. Também foram ouvidos como clientes, os médicos das especialidades que encaminham seus pacientes para tratamento, cujas necessidades apontadas em três oficinas foram: maior integração com o SUS para ordenar a demanda e definição de protocolos em conjunto entre Oncologia, Radioterapia e especialidades.

Pode-se perceber que a maioria das sugestões destacadas, seja pelo grupo do processo ou pelos clientes, surgiu nas interfaces entre a Radioterapia e outros serviços, demonstrando que “*as maiores oportunidades de melhoria nas interfaces funcionais, aqueles pontos em que o bastão é passado de um departamento para outro*” (Rummler&Brache⁷). A partir de todas as sugestões, foram desenhados novos fluxos em cada sub-processo e o novo processo foi descrito no Manual de Normas e Rotinas. Foram então elaborados os Planos de Ação categorizados por assunto e as mudanças foram sendo implantadas. Algumas mudanças continuam pendentes, pois dependem de recursos financeiros, como por exemplo, a ampliação e reforma da área física, tão importante e fator crítico de sucesso para a qualidade do serviço prestado na Radioterapia.

Este projeto durou 8 meses (maio a dezembro de 2003) com consumo de 60 horas de reunião, 100 horas de dedicação do facilitador e participação de 45 pessoas. Alguns resultados quantitativos do redesenho do Serviço de Radioterapia são encontrados na tabela abaixo.

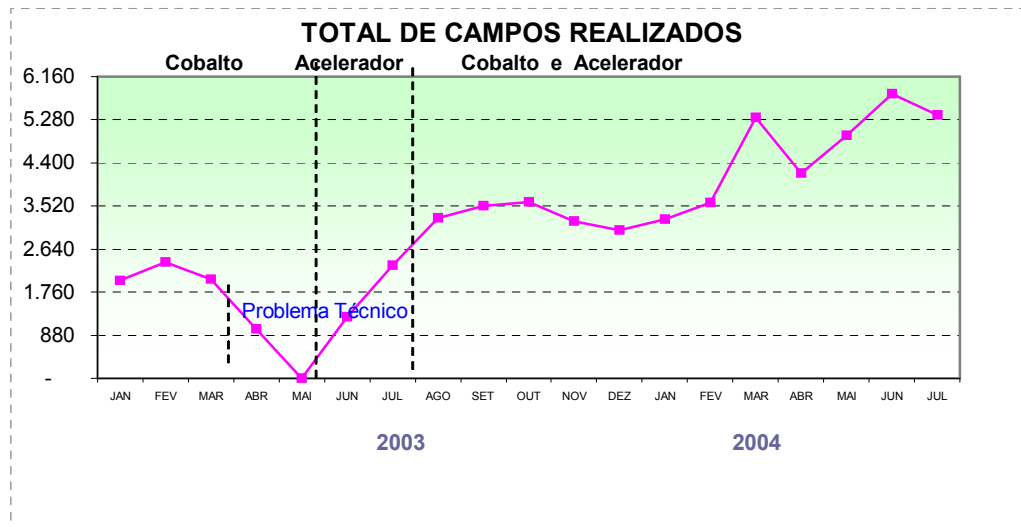
Tabela 10 - Quantidade de Mudanças na Radioterapia

	Sugestões de Mudança	Mudanças Implantadas	Mudanças Pendentes
Imediatas (dependem só do processo)	38	33	5
Estratégicas (dependem de recursos)	13	6	7
Total	51	39	12
Tipos de Documentos eliminados	4	4	0

O resultado do redesenho de processos implantado no Serviço de Radioterapia, um processo assistencial e de apoio ao diagnóstico, demonstra que *métodos e ferramentas da qualidade e melhoria de processos são adequados à área de saúde*, podendo atingir todos os tipos de processos: administrativos, de apoio, assistenciais, etc. (Berwick et al²⁴).

E para demonstrar que as mudanças realmente resultaram em melhorias, alguns indicadores foram monitorados durante o período de mudança, conforme demonstrado pelos gráficos a seguir:

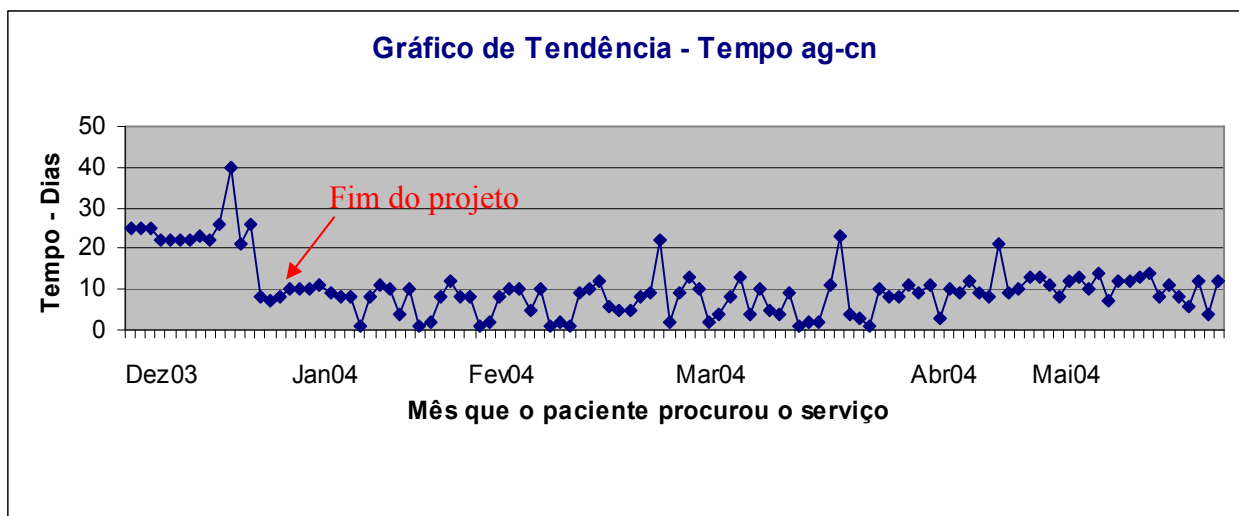
Figura 28 - Gráfico de Produção na Radioterapia



Fonte: Serviço de Radioterapia do HC-UNICAMP

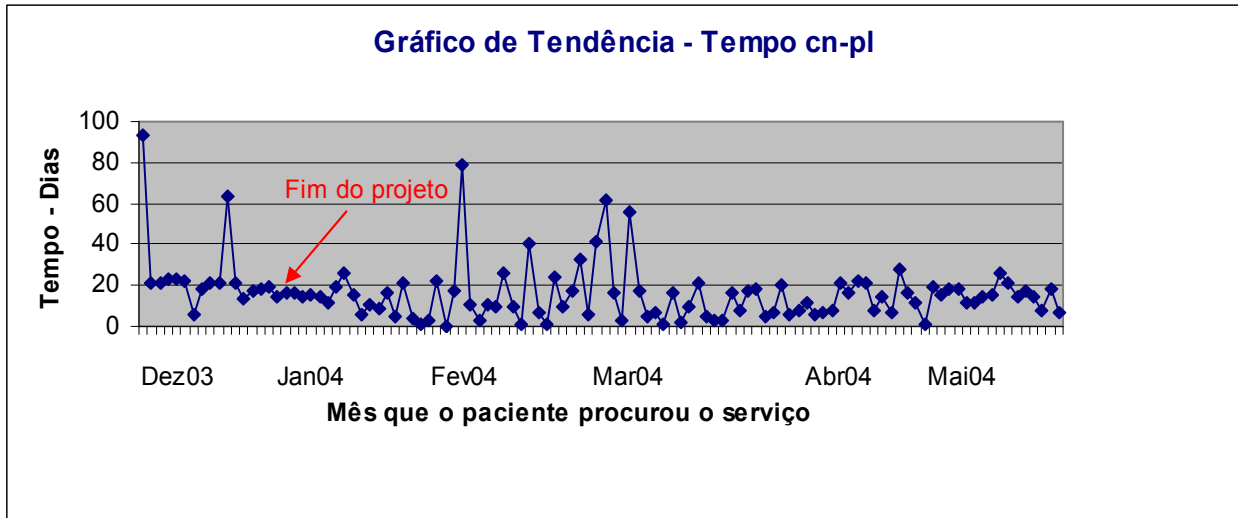
Os principais indicadores de qualidade sugeridos para serviços de Radioterapia são medidos pelos tempos (entre a procura e a 1ª consulta, entre a 1ª consulta e o planejamento do tratamento, e entre o planejamento e a liberação do tratamento). Os gráficos abaixo foram construídos a partir de uma amostra com 110 pacientes, de um total de 1113. Os dados foram ordenados pela data de procura do serviço de Radioterapia, no período de 11/12/03 a 02/06/04.

Figura 29 - Gráfico do Tempo entre a Procura e a 1ª. Consulta na Radioterapia



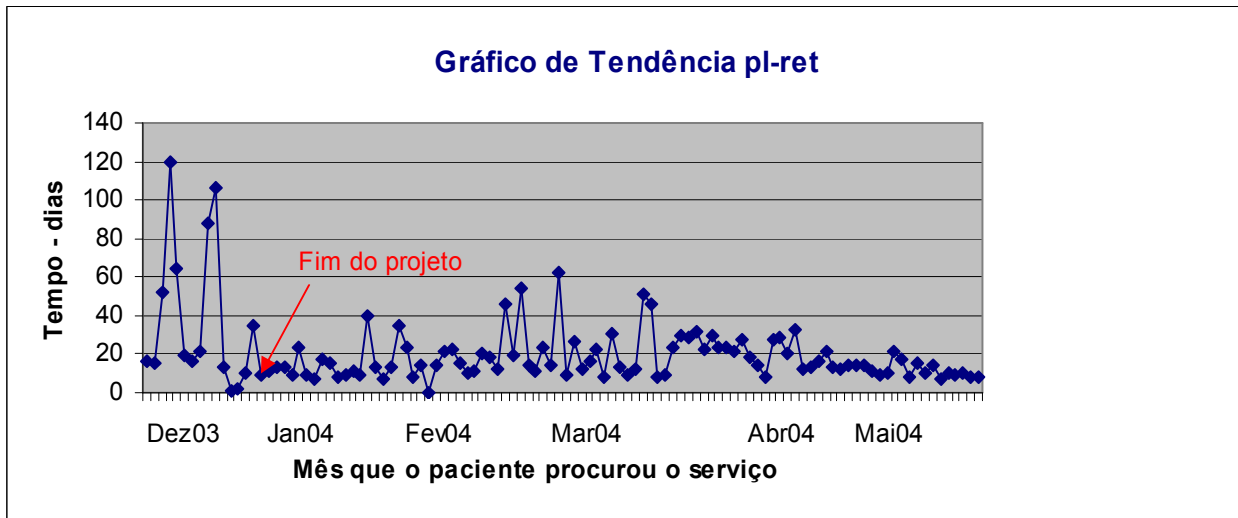
ag-cn: tempo entre a data da procura (agendamento - ag) e a data da 1ª consulta (caso novo - cn)

Figura 30 - Gráfico do Tempo entre a 1ª. Consulta e o Planejamento na Radioterapia



cn-pl: tempo entre a data da 1ª consulta (caso novo - cn) e a data do planejamento (pl) do tratamento

Figura 31 – Gráfico do Tempo entre o Planejamento e a Liberação do Tratamento na Radioterapia



pl-ret: tempo entre a data do planejamento (pl) e a data da liberação do tratamento (1º retorno – ret)

Os gráficos demonstram que em todos os casos o tempo reduziu significativamente. Isto se deve principalmente a instalação de outro equipamento no serviço, que dobrou a capacidade de atendimento, e conseqüentemente, diminuiu as filas de espera em todas as etapas do tratamento.

5.2.3. Serviços Gerais

A Divisão de Serviços Gerais do HC-UNICAMP compreende os Serviços de Transportes; Rouparia; Segurança, Portaria e Recepção; e Higiene e Limpeza. O projeto iniciou em 2004 com o objetivo de “Redesenhar os processos de prestação de serviços da Divisão de Serviços Gerais (DSG) do HC, visando sua otimização e melhoria e a qualidade no atendimento”.

A partir da elaboração do Contrato de Trabalho com a DSG, foram priorizados os processos mais críticos (ver Contrato e Processos Críticos no Anexo III - Redesenho de Processos nos Serviços Gerais e Rouparia do HC-UNICAMP). Os projetos de redesenho implantados na DSG foram: administrativo, rouparia, portaria e recepção, e higiene e limpeza. Todos os projetos usaram a metodologia GEPRO¹⁰ - escrita e implantada pelo HC-UNICAMP, a partir das experiências anteriores de redesenho nos processos. O contrato e a priorização dos processos críticos foram incorporados na metodologia GEPRO, como evolução do método anterior.

O redesenho do processo administrativo da divisão foi um projeto pequeno com duração de 20 horas de reunião, 20 horas do facilitador e participação de 13 pessoas, mas mesmo assim com boa quantidade de mudanças implantadas em função do seu porte, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 11 - Quantidade de Mudanças Administrativas nos Serviços Gerais

	Sugestões de Mudança	Mudanças Implantadas	Mudanças Pendentes
Imediatas (dependem só do processo)	26	26	0
Médio Prazo (dependem de outros processos)	8	2	6
Estratégicas (dependem de recursos)	3	0	3
Total	37	27	9

No caso do Serviço de Higiene e Limpeza cujo objetivo é gerenciar o contrato e acompanhar a prestação do serviço da empresa terceirizada, notou-se que o dia-a-dia era composto de tarefas para reposição de estoque e controle do material de limpeza, faltando algumas rotinas essenciais no serviço. O acompanhamento da limpeza era feito somente por solicitação ou queixa dos serviços, e não existia processo sistemático de acompanhamento e avaliação da qualidade da limpeza (auditorias com check-list). Neste sentido o trabalho no projeto foi desenhar e padronizar estes novos processos.

5.2.4. Rouparia

O Serviço de Rouparia do HC-UNICAMP tem como objetivos: *“Prestar serviços de interface entre o hospital e a firma terceirizada, no que diz respeito ao recolhimento da roupa suja nas unidades, lavagem, recebimento da roupa limpa e distribuição nas unidades, e confecção de pacotes de campos cirúrgicos. Confeccionar peças de enxoval e fazer reparos. Responder com presteza às necessidades dos clientes elevando a qualidade do atendimento.”*

O projeto de redesenho na Rouparia surgiu de uma necessidade semelhante à Nutrição, ou seja, otimizar recursos (humanos e enxoval). Os principais ganhos esperados eram: implantar a multifunção entre os sub-processos de coleta, camareira, rouparia e pacote; qualificar os serviços prestados aos pacientes e profissionais nas enfermarias; e racionalizar recursos.

Mais uma vez o projeto iniciou pela auto-análise do processo atual, e construiu-se um macro fluxo de cada sub-processo com horários pré-estabelecidos de cada atividade. Os principais pontos de desconexão levantados por cerca de 40 funcionários ouvidos pelo projeto foram: gargalo pela manhã para entrega de roupa nos andares e entrega de pacotes no Centro Cirúrgico; processo manual e arcaico de carimbar peças de enxoval; déficit de pessoal e enxoval.

Identificou-se também que havia um problema crítico inter-áreas (Rouparia, Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado), com o fornecimento dos pacotes de campos cirúrgicos e aventais. Esse fator exigiu desdobrar e detalhar mais um nível do fluxograma deste sub-processo, para facilitar a análise das desconexões em conjunto com os representantes das três áreas. Durante esse detalhamento percebeu-se ainda que o problema mais crítico era com as compressas cirúrgicas, o que exigiu detalhar mais um nível do fluxograma para examinar o problema. Além disso, o hospital compra cerca de 2/3 de compressas não descartáveis e que, portanto, geram processos de carimbo, coleta, lavagem e esterilização. Foi realizada análise de custo-benefício para comprar somente compressas descartáveis e estéreis, o que eliminaria todos esses processos internos. O custo apurado para compra das descartáveis foi maior que o custo dos processos existentes. Este exemplo mostra a dificuldade de alcançar e manter o equilíbrio entre prática assistencial e administração que exige dos profissionais da saúde e administradores uma atenção cuidadosa sobre as necessidades e interesses um do outro, de tal modo que se ajustem posicionamentos e condutas para atingir a justa medida para ambas as partes.

Conforme recomenda a metodologia, após a auto-análise do processo se deve ouvir as necessidades dos clientes, e então uma série de oficinas foi realizada com as enfermeiras (turnos

manhã, tarde e noite) das unidades de internação. Os principais requisitos apontados foram: horário de coleta da roupa não sincronizado com horário de pico da troca de roupa (banhos, altas); falta de enxoval (insuficiente, mas também mau uso, gerando desperdício e evasão).

A partir de todas as sugestões fornecidas pelos funcionários e clientes, as mudanças foram sendo implantadas, dentre as quais se destacam as que promoveram uma redução de custos e otimização de recursos (financeiros, materiais, humanos), objetivo inicial deste projeto:

- ◆ Implantação da multifunção entre rouparia, pacote e camareira;
- ◆ Implantação dos roupeiros por andar, visando controlar melhor o estoque e a evasão de roupa, eliminar os gargalos na entrega de roupas, além de atender melhor os clientes;
- ◆ Terceirização da confecção do enxoval (peças com logotipo do HC, eliminando o processo de carimbo). O processo de costura próprio permanece para confecção de campos e reparos;
- ◆ Reorganização dos horários do processo de fornecimento de pacotes para CC e CME evitando os gargalos.

O melhor controle do uso da roupa nos andares e a redução no peso (kg) de roupa lavada economizaram cerca de R\$ 10.000,00 por mês (de R\$ 105.000,00 para R\$ 95.000,00).

Este projeto durou 7 meses com consumo de 40 horas de reunião, 40 horas de dedicação do facilitador e participação de 69 pessoas. Alguns resultados quantitativos das mudanças do redesenho no Serviço de Rouparia são encontrados na tabela abaixo.

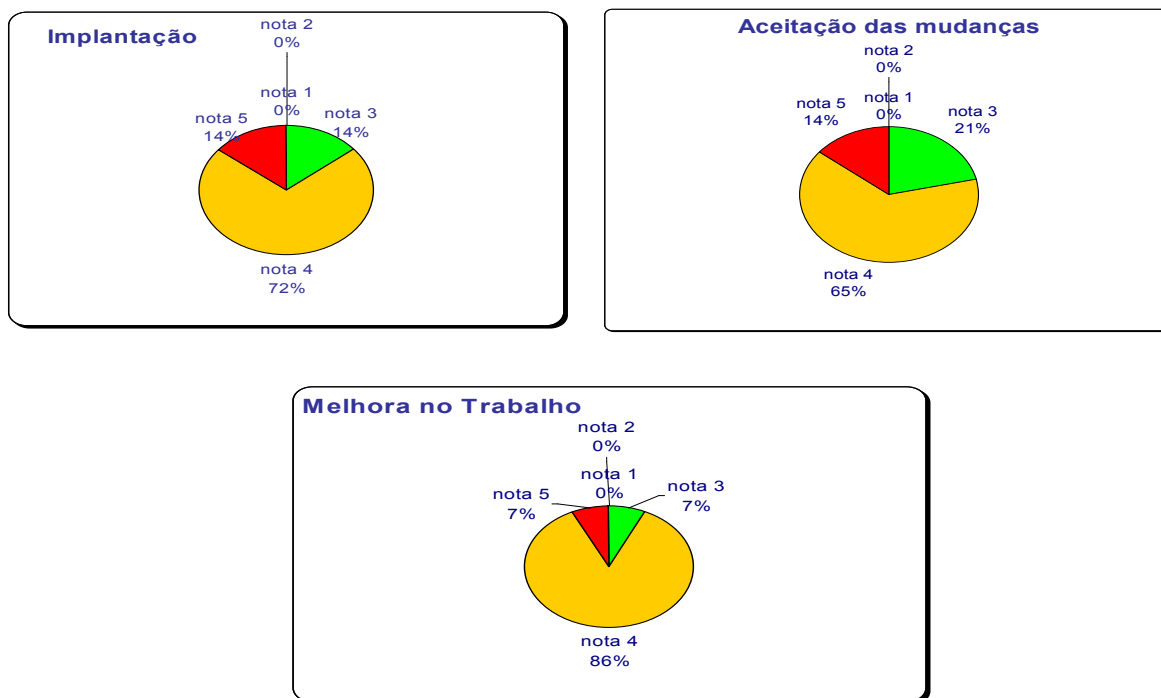
Tabela 12 - Quantidade de Mudanças na Rouparia

	Sugestões de Mudança	Mudanças Implantadas	Mudanças Pendentes
Imediatas (dependem só do processo)	50	48	2
Médio e Longo Prazo (dependem de outros processos)	14	8	6
Estratégicas (dependem de recursos)	8	4	4
Não aprovadas para implantação	16	-	-
Total	88	60	12

O Mapa do Processo (três níveis), os Requisitos, as Desconexões e Sugestões de Melhoria encontram-se no Anexo III – Redesenho de Processos nos Serviços Gerais e Rouparia do HC-UNICAMP.

O resultado da avaliação que os funcionários da rouparia fizeram em relação à fase de implantação das mudanças (transição), à melhora no trabalho, e à aceitação das mudanças, encontra-se nos gráficos abaixo. A avaliação utilizou pontuação com notas de 1 a 5 equivalentes aos seguintes conceitos: 1-péssimo, 2-ruim, 3- regular, 4-bom e 5-ótimo.

Figura 32 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos funcionários da Rouparia



Entre os funcionários da Rouparia a revisão de processos foi muito bem avaliada. A fase de implantação (normalmente a mais difícil) teve 72% de aprovação boa, 14% ótima e regular, nenhuma avaliação ruim ou péssima. Os resultados em relação a melhora do trabalho foram surpreendentes, com índice bom e ótimo alcançando 93% e somente 7% regular. 79% tiveram aceitação da mudança ótima e boa, e somente 21% regular.

A avaliação também solicitou que eles citassem pontos negativos e positivos do projeto de redesenho. Entre os pontos negativos apontados pelos funcionários estão: falta de mão de obra e não reposição de funcionários com laudo. Entre os pontos positivos citaram: melhora no atendimento, controle do enxoval, reconhecimento por parte dos clientes, melhoria no enxoval e pronto atendimento ao paciente.

5.2.5. Portaria e Recepção

O Serviço de Portaria e Recepção do HC-UNICAMP tem como missão: *“Contribuir para a qualificação da assistência prestada com agilidade no atendimento e orientação correta aos usuários, através da: recepção, acolhimento, orientação e encaminhamento aos usuários em geral, incluindo acompanhamento quando necessário; pesquisa de informações necessárias para atendimento correto aos usuários”*.

Este projeto de redesenho de processos surgiu em função das seguintes necessidades: melhorar a integração entre os processos de trabalho das Portarias do hospital e das Recepções dos diversos serviços internos (Ambulatórios, Procedimentos, UTI's, UER, Imagem, etc.); otimizar Recursos Humanos das Recepções; dividir papéis e responsabilidades entre segurança e recepção; melhorar o acolhimento, a informação e o fluxo dos pacientes e visitantes.

Após o entendimento do negócio e a construção do Mapa de Relacionamentos da Recepção, levantaram-se os requisitos junto aos principais clientes e fornecedores internos do processo, assim como alguns pacientes representados por algumas associações de pacientes crônicos. As principais sugestões foram: fazer triagem constante nas filas; informações e orientações mais precisas; implantar sistema de senhas nas portas por setor; implantar a recepção *“itinerante”* nas entradas e andares do hospital (Posso Ajudar).

Pela auto-análise dos sub-processos vigentes (portarias, corredores, central de visitas, elevadores, supervisores) as principais necessidades apontadas foram: rever os papéis e atividades das diversas recepções do HC (estabelecer normas e rotinas das portarias e recepções); implantar (Posso Ajudar); rever a sinalização global do hospital; definir um mecanismo de controle de entrada e saída de bens patrimoniados.

A partir das sugestões propostas, as mudanças foram sendo implantadas, dentre as quais se destacam os seguintes resultados:

- ◆ Anexação dos postos de trabalho das recepções da UTI e Procedimentos Especializados ao Serviço de Portaria e Recepção do HC, com maior integração entre estas recepções e otimização de Recursos Humanos (os recepcionistas da UTI passaram a cobrir a escala de dois postos de trabalho da recepção central, sem descobrir o atendimento nas UTI's);
- ◆ Implantação do Posso Ajudar para prestar informações gerais aos clientes;
- ◆ Mudança no horário de abertura das portas do hospital;

- ◆ Mudança no horário de acesso dos pacientes e acompanhantes, que puderam entrar mais cedo para aguardar sua consulta sem ter de ficar esperando fora do hospital;
- ◆ Padronização das normas e rotinas das recepções (elaboração do Manual), melhorando o acolhimento e controle do fluxo de pacientes, visitantes e equipamentos;

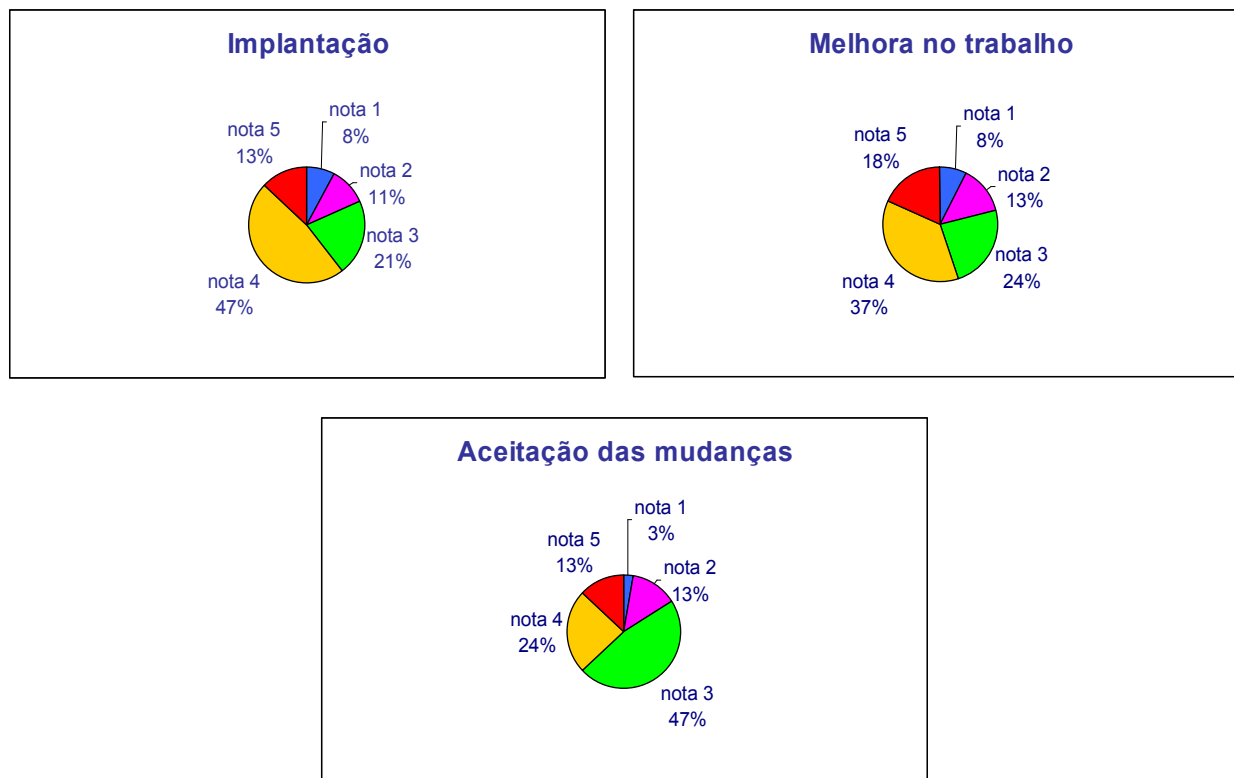
As mudanças ainda não implantadas encontram-se priorizadas no Plano de Ação e algumas aguardam recursos financeiros. Este projeto durou 10 meses com consumo de 100 horas de reunião, 120 horas de dedicação do facilitador e participação de 67 pessoas. Alguns resultados quantitativos das mudanças do redesenho da Portaria e Recepção, são encontrados na tabela abaixo.

Tabela 13 - Quantidade de Mudanças na Portaria e Recepção

	Sugestões de Mudança	Mudanças Implantadas	Mudanças Pendentes
Imediatas (dependem só do processo)	47	36	11
Estratégicas (dependem de recursos)	15	0	15
Não aprovadas para implantação	10	-	-
Total	72	36	26

O resultado da avaliação que os funcionários da recepção fizeram em relação à fase de implantação das mudanças (transição), à melhora no trabalho, e à aceitação das mudanças, encontra-se nos gráficos abaixo. A avaliação utilizou pontuação com notas de 1 a 5 equivalentes aos seguintes conceitos: 1-péssimo, 2-ruim, 3- regular, 4-bom e 5-ótimo.

Figura 33 – Gráficos de Avaliação do Redesenho pelos funcionários da Recepção



Entre os funcionários da recepção a revisão de processos foi avaliada da seguinte maneira: a fase de implantação (transição) teve 60% de aprovação ótima e boa, mas teve pontuação 19% ruim e péssima. Os resultados em relação a melhora do trabalho tiveram índice bom e ótimo alcançando 55% e 21% entre ruim e péssimo. Esses resultados um pouco piores na avaliação dos funcionários podem ser consequência do projeto ainda estar em fase de implantação, com quase metade das mudanças a serem implantadas ainda. A aceitação das mudanças teve avaliação na sua maioria regular com 47%, e 37% entre ótimo e bom.

A avaliação também solicitou que citassem pontos negativos e positivos do projeto de redesenho. Entre os pontos negativos apontados pelos funcionários estão: ainda existem áreas resistentes às novas implantações, não existe uniforme que identifique os funcionários, funcionários sem crachá nas portarias. Entre os pontos positivos citaram: o horário de visita alterado, o Posso Ajudar, as planilhas de controle nas portarias, passar a abrir as portas às 6:30 e a melhoria no sistema de informação.

5.3. Cultura Organizacional

Todas as organizações desenvolvem uma filosofia, um conjunto de valores, tradições e costumes, que se torna a identidade da empresa, a sua cultura. A história da empresa é um instrumento de identificação e entendimento da sua cultura, ou seja, é o veículo de transmissão da cultura através do tempo.

Como visto no capítulo 2.5, estrutura e métodos adequados introduzidos com sucesso na instituição geram mudança de comportamentos e atitudes, provocando transformações na cultura organizacional. Baseado neste conceito é que se pretende analisar a cultura organizacional do Hospital de Clínicas da UNICAMP, com o objetivo de demonstrar em que aspectos a estrutura e o método implantados pelo Programa de Qualidade e Redesenho de Processos ajudaram a mudar a cultura do hospital.

A Cultura Organizacional do HC-UNICAMP é forte em muitos aspectos, com algumas crenças e valores compartilhados por boa parte da organização. Sendo assim, vale citar dois pontos de vista também observados no capítulo 2.5:

- ◆ *“Culturas fortes (homogeneidade de valores) normalmente geram maior desempenho, porque tem: alinhamento dos objetivos; menores conflitos; mais motivação e sinergia; maior velocidade nas decisões; facilidade na comunicação; maior comprometimento e envolvimento; menos necessidade de controles externos” (Peters & Waterman¹³);*

- ◆ *“Nem sempre uma cultura forte leva ao bom desempenho. Algumas empresas com cultura forte tiveram mau desempenho e vice-versa, ou seja, algumas com cultura fraca tiveram bom desempenho. Cultura forte às vezes engessa, dá rigidez, cria arrogância e não permite que alguém pense diferente. Mais importante do que uma cultura forte é uma cultura adaptativa – capacidade de se ajustar às mudanças” (Kotter & Heskett¹⁴).*

No caso do HC-UNICAMP o que se percebe é que as características em que a cultura é forte, não contribuíram com os aspectos citados por Peters & Waterman, e se assemelham ao panorama citado por Kotter & Heskett. Entretanto o que se pode perceber é que, em função do crescimento na interação entre as pessoas e do desenvolvimento de consciência para melhoria, promovidos pelo Programa de Qualidade e pelos projetos de Redesenho de Processos, a cultura do HC-UNICAMP vem passando gradualmente de forte a uma cultura adaptativa.

Assim como em outros hospitais, também no HC-UNICAMP se observa uma diversidade de culturas (sub-culturas) que diferem conforme o departamento ou a categoria profissional (médicos, enfermeiros, e administrativos). Essa diversidade por um lado parece prejudicial, mas por outro vem de encontro à visão de que quanto mais diversidade de culturas melhor, pois sempre existirão questionamentos sobre o certo ou errado. Vale lembrar que *“em cada um dos segmentos (departamento, categoria profissional, grupo de trabalho) existem distintas forças que podem influir sobre se vão se adaptar ou não à Garantia da Qualidade, e o grau de efetividade com que vão implementar o modelo. Uma resposta a esta incerteza é utilizar uma combinação de métodos, esperando que se produza um efeito de acumulação. Outra resposta é o momento de eleger o melhor método e postular que a efetividade não depende só do método, senão também da interação entre método e a situação em que se vai implementá-lo. Busca-se então um tipo de encaixe entre método e situação presente”* (Donabedian ⁶).

Por estes motivos, antes de iniciar o Programa de Qualidade do HC-UNICAMP, Lima ⁴⁴ analisou a cultura instalada, com a finalidade de cuidar da identidade institucional, departamental e de cada categoria profissional. A partir da análise foram estabelecidas estratégias de atuação do Programa, que fossem compatíveis com a cultura vigente no hospital. Pretende-se demonstrar abaixo em que a Qualidade e o Redesenho de Processos contribuiu para a evolução de alguns aspectos da cultura no HC-UNICAMP.

Adaptação Externa

A adaptação externa é uma das características da cultura de uma empresa, na qual se avalia o quanto ela é voltada ao ambiente externo e à comunidade que a cerca.

O HC-UNICAMP tem boa adaptação externa ao mercado, ao ambiente, e à sociedade, no que diz respeito à demanda do sistema de saúde porque as mesmas acabaram impondo a implantação dos serviços, e a organização nas diferentes especialidades. Um exemplo disto é que a descentralização do agendamento de consultas ambulatoriais é realizada diretamente pela diretoria regional de saúde (DIR XII - Campinas). Entretanto ainda é incipiente a integração e inserção efetiva do hospital junto ao Sistema de Saúde Municipal. Uma das conseqüências disto é que a demanda de pacientes que procuram o Pronto Socorro (cerca de 350 pacientes/dia sendo a maioria do município), ainda desorganiza muito a distribuição dos leitos nas diferentes enfermarias (*ver item 4.1*).

A adaptação externa do HC sempre foi bastante satisfatória independente das ações do Programa de Qualidade, mas há ainda o que se fazer no sentido do hospital se articular e adaptar externamente com a DIR, a Secretaria de Estado da Saúde, e principalmente a Prefeitura para melhorar a organização da demanda. Neste sentido, sugere-se trabalhar em uma ampla revisão dos processos de referência e contra-referência envolvendo todas estas instâncias.

Integração Interna

A alta administração do hospital – composta pelo Superintendente e os Coordenadores de Assistência e Administração – tem forte integração interna com alto grau de coesão entre eles, relações de harmonia, compreensão e respeito. Entretanto, percebe-se a média gerência do hospital ainda algumas vezes “desintegrada” da alta administração. Por outro lado, a integração interna também é forte entre todos os gerentes do hospital, com bom grau de interação entre eles. Mas existem alguns gerentes não tão bem integrados aos seus subordinados, com um distanciamento gerado pela cultura hierárquica ainda vigente em certos casos. Também os departamentos médicos têm vida própria e há um distanciamento dos docentes e corpo clínico em relação às questões administrativo-assistenciais do hospital, com participação maior de alunos e residentes, o que às vezes gera descontrole na utilização de recursos.

Portanto, de maneira geral, percebe-se que a integração interna do HC-UNICAMP entre mesmos níveis hierárquicos (horizontal) está extremamente forte, enquanto a integração entre diferentes níveis hierárquicos (vertical) ainda precisa ser mais desenvolvida.

Entretanto, há que se ressaltar que a mola propulsora para o crescimento da integração interna no hospital, foi a estratégia definida pelo Programa de Qualidade que criou os “fóruns” de comunicação institucional, verdadeiros rituais de integração que reúnem sistematicamente as diversas instâncias e níveis organizacionais. Percebe-se claramente que as instâncias onde os fóruns não acontecem de forma sistemática (ex. fórum dos gerentes com seus subordinados) ou quando não há participação nos fóruns (ex. departamentos médicos), a integração interna ainda deixa muito a desejar. Mas nas camadas horizontais em que os fóruns se estabeleceram e perpetuaram (ex. fórum semanal da Alta Administração e fórum mensal dos gerentes) a integração interna se desenvolveu como nunca (*ver item 5.1 – Comunicação*).

Também se observa claramente que as áreas que tiveram seus processos redesenhados, têm integração interna mais forte que outras (entre gerente e subordinados e entre os funcionários).

Isso se deve ao fato de que, os projetos de redesenho proporcionam participação intensa de todos, e visão ampla de como se dá o trabalho de todos, gerando maior compreensão e respeito mútuo.

Natureza Humana

Nesse aspecto da cultura não há uniformidade no HC, pois varia muito de acordo com cada serviço ou gerente. Existem áreas inovadoras e com muita vontade de renovação, onde se encontram líderes pró-ativos, que acreditam no potencial e competência das pessoas, com a confiança de que todos querem o melhor para si e para a instituição. Esses líderes têm a crença de que as pessoas desejam realizar um trabalho com qualidade e que é importante que gostem do que fazem, confiando sempre para aceitar responsabilidades.

Por outro lado, existem ainda alguns poucos departamentos com a antiga “cultura do funcionalismo público” arcaicos, retrógrados, com líderes descomprometidos, descrentes e menos envolvidos, gerando maiores resistências às mudanças. Eles têm a visão mais reativa da natureza humana, dando menor importância aos seus clientes internos e externos.

Entretanto existe um valor da natureza humana muito presente na cultura do hospital – pela própria natureza do negócio saúde - que são as relações de ajuda à pessoa humana, o carinho e atenção que a maioria dos funcionários dedica aos pacientes e acompanhantes.

O desenvolvimento de consciência proporcionado pelo Programa de Qualidade e pelo Redesenho de Processos, resgatou o lado bom da natureza humana que estava adormecido em alguns serviços. Assim também a Política de Humanização do Ministério da Saúde disseminada no hospital tem ajudado muito na qualificação das relações humanas no trabalho.

Liderança dos dirigentes

As lideranças do hospital tinham um modelo personalista com pouca autonomia na gestão dos seus processos de trabalho, tomando as decisões orientadas pelos níveis superiores. A relação com os subordinados se dava em algumas áreas de forma paternalista e centralizadora. Como foi relatado no capítulo 2.5 o trabalhador acostumou a obedecer ao chefe e a subordinação criou a conformidade. O funcionário ainda não estava preparado para a atividade cooperativa. Faltava um processo de reflexão, questionamento, amadurecimento e transformação do comportamento que era cristalizado em atitudes tradicionais, não inovadoras e não criativas.

Parte das lideranças, principalmente aquelas cujos processos foram redesenhados desenvolveram a capacidade de auxiliar os subordinados a confrontarem suas próprias idéias, romperem seus paradigmas, encararem suas suposições mais internas, seus preconceitos e medos. Ajudá-los a defender suas posições, a serem honestos, dizendo o que pensam e o que sabem; a serem íntegros, defendendo seus princípios, valores e crenças. Tais lideranças aprenderam com os redeseños que o ser humano tem a capacidade para a auto-reflexão e o auto-exame, contudo sem perder sua eficiência e seu senso de responsabilidade individual e coletiva. E que devem gastar mais tempo e energia no desenvolvimento de melhores relacionamentos, na melhoria dos processos de comunicação e de trabalho, e no desenvolvimento do trabalho em equipe. Além disso, desenvolveram a capacidade de realizar planejamento e gerenciamento de seus processos, característica anteriormente inexistente (*ver item 5.2 – Redesenho de Processos*).

A Melhoria de Processos assim como a participação e capacitação dos líderes nos diversos cursos de formação em gestão, potencializou demais as lideranças.

Tempo

O HC-UNICAMP era uma instituição voltada para o tempo presente. Não existia visão clara de futuro, e a preocupação constante era “dar conta” do atendimento da excessiva demanda, dificultando o estabelecimento de metas e objetivos. A partir da elaboração do Planejamento Estratégico onde se estabeleceu a visão de futuro e definiram-se os objetivos e ações estratégicas, o hospital começou a olhar também para um tempo futuro (*ver item 5.1 – Planejamento Estratégico*). Também em relação ao tempo, ainda não existe a prática de ações preventivas e de monitoramento dos resultados alcançados ao longo de um período.

Individualismo / Coletivismo

Esta característica da cultura em uma organização mostra o quanto é forte a valorização do indivíduo, prevalecendo as “estrelas” e a excelência de alguns (individualismo), ou o quanto a empresa enfatiza a aprendizagem da visão sistêmica, a comunhão de objetivos, a identificação com o trabalho, a maestria pessoal, proporcionando ao funcionário sentir-se parte do processo criativo e incentivando o trabalho em grupo para a resolução de problemas (coletivismo).

No caso do HC-UNICAMP esse valor da cultura é misto.

Encontramos ainda alto grau de individualismo, principalmente nas áreas de pesquisa, com a valorização da pessoa em suas atividades e sua produção científica, sem compartilhamento dos objetivos e necessidades do hospital, dificultando o trabalho em equipe.

Antes se encontravam alguns poucos movimentos “coletivistas”, normalmente originados de iniciativas isoladas de um bom gerente. A contribuição substancial do movimento coletivo no HC foi com a implantação do Programa de Qualidade, através de suas linhas estratégicas: Comunicação, Desenvolvimento de Consciência de Qualidade, Melhoria de Processos, Avaliação de Qualidade (a Acreditação Hospitalar), e Planejamento Estratégico (*ver início do capítulo 3*).

O trabalho que antes era individual centralizado nos departamentos, passou a ser realizado por vários grupos semi-autônomos. Assim também a execução de projetos que antes era realizada por uma área ou pessoa, passou a ser realizada por equipes multidisciplinares, formadas por pessoas de diversas áreas e profissões. Em uma cultura anteriormente individualista foi surpreendente o quanto a cultura coletivista sobressaiu.

Sabemos que cultura organizacional se transforma a médio e longo prazo, com mudança de hábitos, e através do monitoramento contínuo das ações que promovam e provoquem essas mudanças. Observamos que no hospital a mudança de cultura vem sendo alavancada através do Programa de Qualidade e do Redesenho de Processos. Mas existem ainda alguns fatores associados à cultura do HC-UNICAMP que precisam ser mais trabalhados para que se alcance maior desenvolvimento organizacional do hospital. São eles:

- ◆ Melhorar a integração interna entre os níveis hierárquicos (entre alta administração e média gerência, assim como entre gerentes e seus funcionários);
- ◆ Capacitar mais as pessoas para que tenham postura menos reativa e mais pró-ativa;
- ◆ Desenvolver algumas lideranças para que tenham maior autonomia na gestão de seus processos, e dependam menos da alta administração para questões rotineiras de suas áreas;
- ◆ Diminuir o individualismo, potencializando cada vez mais o trabalho em equipes multidisciplinares e multiprofissionais;

E os fatores de sucesso presentes na cultura do HC-UNICAMP, que devem ser mantidos:

- ◆ A adaptação externa no âmbito político e social;
- ◆ A integração interna nos níveis horizontais da instituição;
- ◆ A natureza humana dos serviços inovadores, que servirão de exemplo para os demais;
- ◆ O movimento coletivista bem desenvolvido.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA PRÓXIMOS TRABALHOS

Todo este processo desencadeado pelo Programa de Qualidade e pelo Redesenho de Processos no HC-UNICAMP tem sido de grande conteúdo reflexivo para os participantes, surgindo como pontos fundamentais a integração, o compromisso, a responsabilidade, a aceitação de si e do outro, o aprendizado em equipe, o compartilhamento, a necessidade de motivação, e principalmente uma conscientização e aprendizado para o trabalho. A integração e o alinhamento desses grupos criaram um espírito comunitário em relação aos desafios, bem como inovou a relação de trabalho de todos os que nele participam o que sustenta a continuidade do Programa. Nunca antes tantas pessoas tiveram um esforço para além de suas atividades, exercendo outras extraordinárias, a fim de atender as necessidades do hospital. Essas atividades extraordinárias são exercidas por grupos heterogêneos, formados por pessoas de diferentes áreas, níveis hierárquicos e competências. O processo de evolução do programa vai gerando mudança de consciência nos trabalhadores e gerentes, contrapondo-se às resistências anteriormente existentes pela inércia organizacional.

Apesar da sociedade constantemente destacar a necessidade de mudanças urgentes na área de saúde, poucas instituições têm vontade de promover as mudanças nos aspectos micro dos processos de trabalho. No caso do HC-UNICAMP esta proposta tem se mostrado inovadora, já que a Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos aplicados na prática em grandes hospitais públicos universitários é um movimento que ainda está dando os primeiros passos no Brasil. Desta forma, a maioria das organizações de saúde pública continua precisando reduzir custos, eliminar desperdício, reduzir falha nos processos, e aumentar a qualidade no atendimento dos serviços. Sendo assim, a reprodução deste modelo com aplicações teóricas e práticas no ambiente

dos hospitais públicos universitários, bem como em quaisquer instituições de saúde pública é uma proposta desafiadora para a melhoria da qualidade e dos processos de trabalho tão necessária nestas instituições. Iniciar este movimento pela existência de um grupo de “conspiração” da qualidade sem poder formal (facilitadores), com o papel de fazer a interface entre os nichos de poder (gerências e alta administração; funcionários e gerentes), contribuiu muito para a disseminação da filosofia, a manutenção do programa apesar das diversas mudanças na gestão do hospital (superintendência).

A partir dos conceitos de qualidade para transformar a instituição, as pessoas aprenderam a trabalhar para conseguir tal transformação, mas uma parte delas se sentiu sobrecarregada para comprovar a transformação, pois lutaram com tantos fracassos para prosseguir quanto sucessos. É que o processo de qualidade não termina com a implantação de uma solução, porque mesmo depois que efetivas melhorias são estabelecidas, os processos tendem a retornar aos níveis de desempenho anteriores, e essa queda no desempenho é uma experiência frustrante. Alguns passos decisivos ainda precisam ser dados para garantir que certas mudanças implantadas sejam permanentes, melhorias de uma vez por todas.

O Modelo de Qualidade em Saúde mostrou-se adequado aos hospitais públicos universitários, entretanto com a seguinte variação: estruturas adequadas à disposição dos serviços são mais difíceis de alcançar por causa da escassez de recursos financeiros, mas passíveis de alcance em longo prazo; processos de prestação de serviços e resultados com qualidade são mais fáceis de alcançar, pois dependem menos de recursos externos e mais do empenho das pessoas internas. Entretanto, em função da cultura organizacional vigente ainda em muitas instituições públicas, às vezes os resultados dos processos também aparecem a médio e longo prazo. Vale lembrar que mudança de cultura leva tempo.

O aprendizado que fica pela experiência de rever processos no hospital é que, no longo prazo, pessoas fortes não compensam um processo fraco. Com muita frequência, o hospital contava com o heroísmo de indivíduos ou de equipes para superar processos essencialmente defeituosos ou que nem mesmo existiam. A otimização dos processos eliminou burocracia e retrabalho, com redução de custos e desperdícios. Os processos que foram redesenhados certamente estão mais eficazes (de forma a viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos), mais eficientes (garantia da melhor utilização de cada recurso existente na empresa) e mais adaptáveis (às necessidades variáveis do usuário e da organização).

O que se pôde perceber pelos casos descritos no HC-UNICAMP é que os métodos e ferramentas da qualidade, especialmente o redesenho de processos são adequados à área de saúde em processos de todas as naturezas: processos de apoio (Nutrição e Rouparia), processos assistenciais (Radioterapia), processos gerenciais (Serviços Gerais e gerenciamento do contrato da Higiene e Limpeza), processos administrativos (Recepção).

Nota-se também que o trabalho de Melhoria de Processos vem mudando a cultura de forma gradual, provocando alteração nos valores e crenças das pessoas naturalmente sem nenhuma imposição. A satisfação dos clientes internos (funcionários) vem transformando a cultura e promovendo um avanço no aprendizado para ouvir ainda mais o cliente externo (pacientes). Os pressupostos básicos da cultura que mais se desenvolveram com o Programa de Qualidade e o Redesenho dos Processos foram: a integração interna, a liderança, o movimento coletivo, e a visão da natureza humana.

O mérito do Programa no HC-UNICAMP fica por conta da oportunidade de discutir e questionar as relações de trabalho estabelecidas em uma instituição hospitalar pública e os resultados advindos destes questionamentos. A possibilidade de repensar a forma como os processos de trabalho estão acontecendo, com todos os atores envolvidos na produção do cuidado em saúde, desencadeia outros questionamentos, polêmicas e pressões que acabam indo em busca de alternativas para melhoria do processo instituído. À medida que se estabelece uma discussão franca e aberta, desencadeiam-se momentos de reflexão e autocrítica que forçam a vontade em direção às mudanças para instituir o novo. Conseqüentemente tudo isto acaba se transformando em algo positivo visto que há uma avaliação de um funcionamento inadequado pela comunidade hospitalar, o que naturalmente provoca a vontade de mudanças.

Um Programa de Qualidade não é algo que tenha um começo e um fim. Mas é sim, algo que nasce, e precisa de cuidados para sempre evoluir. Participar dos resultados obtidos até agora é gratificante e pode-se afirmar que **o Desenvolvimento Organizacional do Hospital de Clínicas da UNICAMP evoluiu através da experiência na implantação deste Modelo de Gestão da Qualidade e do Redesenho dos Processos de Trabalho.**

Os líderes dos hospitais públicos que souberem aproveitar este estímulo introduzirão novos conceitos sobre a missão social da instituição para oferecer serviços de excelente qualidade, nos quais a responsabilidade não é individual, mas sim, de toda a família hospitalar.

Após as organizações atingirem a maturidade em qualidade, não mais existirá distinção entre o trabalho de melhoria da qualidade e o restante do trabalho. O trabalho passa a ser constituído por duas tarefas: o seu trabalho e o trabalho de ajudar a melhorar o seu trabalho. Tenho confiança de que, com tempo, recursos e líderes comprometidos, os métodos de melhoria da qualidade permanecerão e avançarão nos serviços hospitalares de saúde pública, e que todos nós - pacientes, médicos, enfermeiros, administradores e a sociedade em especial – lucraremos!...

Qualidade como Estratégia de Negócios (Quality Business Strategy – QBS⁵) e Método de Melhoria de Processos da API⁹

Para evolução da qualidade na área de saúde fica como sugestão para próximos trabalhos, a pesquisa sobre a implantação do QBS e do Método de Melhoria de Processos da API nos Hospitais Públicos Universitários no Brasil.

A Qualidade como Estratégia de Negócios⁵ tem uma estrutura consolidada mundialmente e vem sendo implantada com bastante sucesso em diversas organizações como parte integrante e inerente aos seus planos de negócios. A atenção às melhorias se torna parte corrente de seus negócios e a gerência estrutura suas atividades como se quaisquer considerações de melhoria fizessem parte normal de suas atividades. A experiência tem mostrado que o QBS acelera o ritmo de implantação da qualidade e é uma maneira mais objetiva de comprovar a eficiência, eficácia e efetividade nestas instituições. Este modelo tem algumas aplicações na área da saúde no exterior, mas ainda não se conhece nenhuma experiência no Brasil.

Dos cinco pilares sugeridos pelo QBS⁵ para fazer da qualidade uma estratégia de negócio, três deles avançaram muito pelo Programa de Qualidade do HC-UNICAMP: o propósito da organização (Planejamento Estratégico), ver a organização como um sistema (Mapeamento dos Processos), e planejamento para melhoria (Treinamento e formação em Melhoria de Processos, Projetos de Redesenho de Processos). Os outros dois pilares: obter informação para melhorar, e gerenciamento dos esforços de melhoria é onde a mudança substancial ainda precisa acontecer. Para isso, sugere-se implantar o Modelo de Melhoria de Processos da API⁹, um método que aplica ciclos PDSA para aprendizado sobre as melhorias e intensifica o uso de indicadores, gráficos, e métodos estatísticos que comprovem se as mudanças realizadas foram realmente melhorias.

No caso do HC-UNICAMP, é oportuna e propícia a implantação do QBS⁵ como estratégia para o avanço do Programa de Qualidade e do método de Melhoria de Processos da API⁹ como uma evolução para os projetos de redesenho. Ambos contêm uma estrutura flexível que pode incorporar os muitos elementos da qualidade que já foram desenvolvidos no hospital, e inclusive vem de encontro aos anseios institucionais de continuar promovendo a melhoria contínua como forma de alavancar seu desenvolvimento organizacional.

Dinâmicas Humanas (Human Dynamics – HD⁴⁵)

Parece que na área de saúde, a Gestão da Qualidade prescinde de mais métodos e ferramentas além do racional, que trabalhem a dimensão subjetiva das pessoas. É preciso desenvolver muito a cultura nos hospitais públicos universitários, no sentido de fazer emergir maior competência nos relacionamentos. Tudo o que for feito ainda não será suficiente para alcançar a plenitude da qualidade no tratamento com as pessoas e a transformação da cultura organizacional. É preciso promover mudanças extrínsecas (dependem da instituição), através de treinamento em ferramentas e métodos não só de conhecimento técnico em qualidade, como nas áreas de psicologia, sociologia, e relações humanas, que provoquem mudanças intrínsecas (dependem das pessoas).

Sendo assim, fica também como sugestão para próximos trabalhos, a pesquisa sobre a implantação da Human Dynamics⁴⁵ nos Hospitais Públicos Universitários no Brasil. Ela é uma ferramenta objetiva e de fácil aprendizado para leigos aprenderem a lidar com a dimensão subjetiva da qualidade nas instituições, ou seja, as pessoas. A HD se aplica nas organizações para gerenciamento e implantação de mudanças, construção de “*pontes transculturais*”, valorização e aproveitamento da diversidade, desenvolvimento pessoal e coletivo de comunidades conscientes, e até para manutenção da saúde (bem estar geral de todos os envolvidos). Aplicações e resultados destacados da HD têm sido: empregados levantam assuntos “indiscutíveis” cada vez com mais facilidade; equipes progredem além dos modelos mentais limitados, dos pressupostos e julgamentos; indivíduos estão constatando maior nível de honestidade e confiança nas equipes; maior compreensão e busca da maestria pessoal de cada um.

Uma prática gerencial fundamentada em algo que vá além do **como fazer**, abrangendo também o **porquê e para que fazer** é necessária, para uma transformação emocional dos hospitais mais efetiva que prescinde agora de **nova e revolucionária compreensão sobre gente**.

Essa compreensão é o que a Human Dynamics ⁴⁵, um poderoso instrumento para compreender pessoas e realizar o potencial nas organizações, tem oferecido no contexto da psicologia organizacional. O propósito da HD é mostrar como a compreensão das diferenças pessoais é fundamental para se alcançar melhorias no funcionamento e sucesso organizacionais, e o sentido subjacente é descobrir o potencial das pessoas e melhorar a qualidade de vida, tanto individual como coletivamente.

Em nenhum outro cenário, o estresse é maior, o bom trabalho em equipe é mais crítico e o relacionamento harmonioso com clientes mais desejável, do que em um prestador de serviços de assistência à saúde. Nesse sentido a HD tem sido introduzida em vários ambientes hospitalares visando reduzir o estresse dos funcionários e melhorar a qualidade da interação com os pacientes, capacitando para lidar com comportamentos em uma estrutura pró-ativa e positiva. A HD tem se mostrado eficaz em todas as culturas, não importando quão diferentes elas possam ser.

No caso do HC-UNICAMP, no momento o uso de um instrumento como esse é extremamente adequado, já que freqüentes mudanças na administração do hospital nos últimos anos (quatro processos sucessórios em quatro anos), a crise financeira, e a mudança na jornada de trabalho acabou por desgastar a imagem institucional e a auto-estima dos trabalhadores. Com isso, poderemos ter uma mudança de cultura mais rápida e efetiva, trazendo a qualidade para os hospitais públicos universitários de forma integral e plena, tanto para os processos de trabalho quanto para os trabalhadores!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares Versão 2001*. Coleção Manual Brasileiro de Acreditação ONA. Volume 1. Pelotas: Educat, 2001.

2 – DEMING, W.E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1982.

3 – JURAN, J. M. *Juran na Liderança pela Qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1989.

4 – SENGE, P. M. *A Quinta Disciplina – Arte e Prática da Organização que Aprende*. Rio de Janeiro: Ed. Best Seller, 1990. *A Quinta Disciplina – Caderno de Campo*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

5 – LANGLEY, J.G.; NOLAN, M.K.; NOLAN, T.W.; NORMAN, C.L.; PROVOST, L.P. *Quality as a Business Strategy – Building a System of Improvement*. Austin: API, October 1999.

6 – DONABEDIAN, A. *Revista de Calidad Asistencial. Monográfico sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Selección de sus principales artículos publicados*. Barcelona: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento no. 1200, vol. 16, 2001.

7 – RUMMLER, G.A. & BRACHE, A.P. *Melhores Desempenhos das Empresas*. São Paulo: Makron Books, 1992.

8 – LANGLEY, J.G.; NOLAN, M.K.; NOLAN, T.W.; NORMAN, C.L.; PROVOST, L.P. *The Improvement Guide – A Practical Approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Josey-Bass A Wiley Company, 1996.

9 – ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT. *Manual de Melhoria: Apostilas do Curso de Formação do Programa Black Belt*. Imecc UNICAMP. Volumes 1 e 2. Campinas, 2º semestre 2004.

10 – CAMPOS, E.R.; LIMA, M.B.B.P.B.; MARTINEZ, M.H.S.L.; MONTICELLI, N.A.M. *Metodologia de Gestão por Processos (GEPRO)*. Campinas: UNICAMP, Novembro/2003.

11 – SCHEIN, E. *Defining Organizational Culture, Uncovering the Levels of Culture, Content and Levels of Culture*. In: *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1985.

12 – FERRO, J.R. *Como são formadas as culturas organizacionais*. In: *Decifrando Culturas Organizacionais*. 1991. Tese (Doutorado) – EAESP, FGV. São Paulo, 1991.

13 – PETERS, T. & WATERMAN, R. *Man Waiting for Motivation e Managing Ambiguity and Paradox*. In: *In Search of Excellence*. New York: Warner, 1984.

14 – KOTTER, J. & HESKETT, J. *The Performance Question: what kind of corporate cultures enhance long term economic performance*. In: *Corporate culture and performance*. New York: Free Press, 1992.

15 – ADIZES, I. *Gerenciando as Mudanças*. São Paulo: Pioneira, 1991.

16 – LEITÃO, A.C.M.T.; MEKBEKIAN, G.; SANTOS, M.M.; SILVA, M.A.C.; SOUZA, R. *Sistema de Gestão da Qualidade para Empresas Construtoras*. Centro de Tecnologia de Edificações (CTE). São Paulo: SEBRAE SINDUSCON, 1993-1994.

17 – BERTALANFFY, L.V. *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Vozes, 1975.

18 – BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). *Lei No. 8.080, de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Set 1990.

19 – VASCONCELOS, C.M. *Notas sobre a Crise dos Hospitais Universitários no Brasil*. Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Campinas.

20 – MERHY, E.E. *Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para a gestão da mudança*. Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Campinas, 1999.

21 – JORGE, A.O. *A Gestão Hospitalar sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

22 – LIMA, L.P. *O Desafio Gerencial da Multiinstitucionalidade dos Hospitais Universitários: o Caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, fevereiro de 2004.

23 – MIRSHAWKA, V. *Hospital: Fui bem Atendido – A vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.

24 – BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. *Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*. São Paulo: Makron Books. 1995.

25 – QUINTO NETO, A.; GASTAL, F.L. *Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

26 – NOVAES, H.M. *Implementação de Programas de Garantia de Qualidade em Hospitais na América Latina e no Caribe*. Hospital – Administração e Saúde, vol. 18, n^o 3, maio/junho 1994.

27 – QUINTO NETO, A.; BITTAR, O.J.N. *Hospitais: administração de qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

28 – GONCALVES, J.E.L. *As Empresas são Grandes Coleções de Processos*. Administração de Empresas, vol. 40, n^o 1, janeiro/março 2000.

29 – CAMPOS, E.R. *A Gestão da Qualidade e o Processo de Informatização Norteador das Mudanças Organizacionais para Atingir a Qualidade Total*. 1998. Tese (Mestrado em Gestão da Qualidade) – Instituto de Matemática, Estatística e Ciência da Computação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

30 – ASSESSORIA DE QUALIDADE DO HC-UNICAMP. *Metodologia de Gerenciamento de Processos (Redesenho) do Programa de Qualidade do HC-UNICAMP*. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

31 – MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec – Lugar Editorial, 1997.

32 – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Acesso em abril 2002. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/a_unicamp.

33 – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP. Acesso em abril 2002. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/sobre> , <http://www.fcm.unicamp.br/assistencia> e <http://www.fcm.unicamp.br/administracao/caaaas>.

34 – HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. Acesso em abril 2002. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/institucional>.

35 – LIMA, M.B.B.P.B.; ROCHA, M.R.A.; PINSETTA, W.J.M. *Diagnóstico da Unidade Hospitalar do Hospital de Clínicas da UNICAMP*. TCC (Curso de Capacitação Gerencial para Dirigentes Hospitalares) – Instituto de Administração e Ciências da Saúde (IAHCS) / Reforço ao Sistema Único de Saúde (REFORSUS). São Paulo: Agosto de 2002.

36 – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Acesso em julho 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades@>.

37 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acesso em julho 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/busca/pesquisa_satisfação.

38 – HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. *Pesquisa de Opinião sobre o Grau de Satisfação dos Usuários do Hospital de Clínicas da UNICAMP*. Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

39 – RUFFINI, S. *Gestão da Qualidade*. Apostila do Curso de Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares. IAHCS / Projeto REFORSUS. São Paulo, 2002.

40 – KRONMEYER Fo., O.R. *Gestão da Informação e Documentação*. Apostila do Curso de Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares. IAHCS / Projeto REFORSUS. São Paulo, 2002.

41 – LIMA, M.B.B.P.B.; ROCHA, M.R.A.; PINSETTA, W.J.M. *A Organização do Sistema de Referência e Contra-referência Ambulatorial e de Urgência no Hospital de Clínicas da UNICAMP*. TCC (Curso de Capacitação Gerencial para Dirigentes Hospitalares) – Instituto de Administração e Ciências da Saúde (IAHCS) / Reforço ao Sistema Único de Saúde (REFORSUS). São Paulo: março de 2003.

42 – TORO, I. F. C. et al. *Planejamento Estratégico do HC-UNICAMP*. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

43 – SENGE, P.M.; KLEINER, A.; ROBERTS, C.; ROSS, R.; ROTH, G.;; SMITH, B. *A Quinta Disciplina – A Dança das Mudanças – Os Desafios de Manter o Crescimento e o Sucesso em Organizações que Aprendem*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

44 – LIMA, M.B.B.P.B. *Dimensões da Cultura Organizacional do Hospital de Clínicas da UNICAMP e a Implantação de um Programa de Gestão da Qualidade*. Trabalho da disciplina Cultura Organizacional do Mestrado em Gestão da Qualidade – IMECC Unicamp. Campinas: setembro de 1997. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

45 – SEAGAL, S. & HORNE, D. *Human Dynamics Um Novo Contexto para Compreender Pessoas e Realizar o Potencial de Nossas Organizações*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

46 – LIMA, M.B.B.P.B. *Qualidade nos Serviços Públicos Hospitalares*. Controle da Qualidade, vol. 43, ano 5, dezembro 1995.

47 – LIMA, M.B.B.P.B. *Gestão da Qualidade na área Hospitalar*. Trabalho da disciplina Seminário de Gestão da Qualidade do Mestrado em Gestão da Qualidade – IMECC Unicamp. Campinas: junho de 1996. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

48 – GRUPO DE FACILITADORES DA QUALIDADE DO HC-UNICAMP. *Projeto para Desenvolvimento de Organização de Qualidade no HC-UNICAMP*. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

49 – GRUPO DE FACILITADORES DA QUALIDADE DO HC-UNICAMP. *Relatório de 98/99 e Planejamento 2000 do Programa de Qualidade do HC-UNICAMP*. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

50 – GRUPO DE FACILITADORES DA QUALIDADE DO HC-UNICAMP. *Relatório de 00/01 e Planejamento 2002 do Programa de Qualidade do HC-UNICAMP*. Campinas, 2001. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

51 – GRUPO DE FACILITADORES DA QUALIDADE DO HC-UNICAMP. *Relatório de 02 e Planejamento 2003 do Programa de Qualidade do HC-UNICAMP*. Campinas, 2002. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

52 – ASSESSORIA DE QUALIDADE E NÚCLEO DE INFORMÁTICA DO HC-UNICAMP. *Projeto de Manualização de Normas e Rotinas do HC-UNICAMP*. Campinas, 2002. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

53 – ASSESSORIA DE QUALIDADE DO HC-UNICAMP. *Relatório de Atividades 2003*. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade>.

54 – ADIZES, I. *Os Ciclos de Vida das Organizações*. São Paulo: Pioneira, 1993.

55 – ARANHA, G.T.C. *Estudo de um dos Indicadores do Custo da Qualidade: o Desperdício*. 2001. Tese (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade) – Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

56 – CAMPOS, E.R.; LIMA, M.B.B.P.B.; PADOVEZE, M.C. *A Gestão da Qualidade na Saúde e o Controle de Infecção Hospitalar*. *Prática Hospitalar Edição Especial*, ano VII, no. 41, setembro/outubro 2005.

57 – GONCALVES, J.E.L. *Processo, Que Processo?* *Administração de Empresas*, vol. 40, nº 4, outubro/dezembro 2000.

58 – GUIMARAES, L.M. *QFD – Quality Function Deployment: Uma análise de aspectos culturais organizacionais como base para definição de Fatores Críticos de Sucesso (FCS) na Implementação da Metodologia*. Junho 2003. Tese (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade) – Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

59 – NEGRI, B.; GIOVANNI, G.D. *Brasil – Radiografia da Saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001.

60 – NOGUEIRA, L.C. *Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde*. Rio de Janeiro: EDG, 1999.

61 – OLIVEIRA, S. *Modelagem Organizacional*. Apostila do Curso de Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares. IAHCS / Projeto REFORSUS. São Paulo, 2002.

62 – QUINTO NETO, A.; QUINTO, G.G. *Abordagem integrada entre gestão do negócio e processos de atendimento ao cliente/paciente*. *Administração em Saúde*, vol. 6, n^o 22, janeiro/março 2004.

63 – RÉ, C.A.T. *Recursos Humanos*. Apostila do Curso de Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares. IAHCS / Projeto REFORSUS. São Paulo, 2002.

64 – SCHERKENBACH, W.W. *O Caminho de Deming para a Qualidade e Produtividade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1990.

65 – TORELLI, F.A. *Planejamento Estratégico*. Apostila do Curso de Capacitação Gerencial de Dirigentes Hospitalares. IAHCS / Projeto REFORSUS. São Paulo, 2002.

Anexo I

Mapas de Relacionamento do HC-UNICAMP



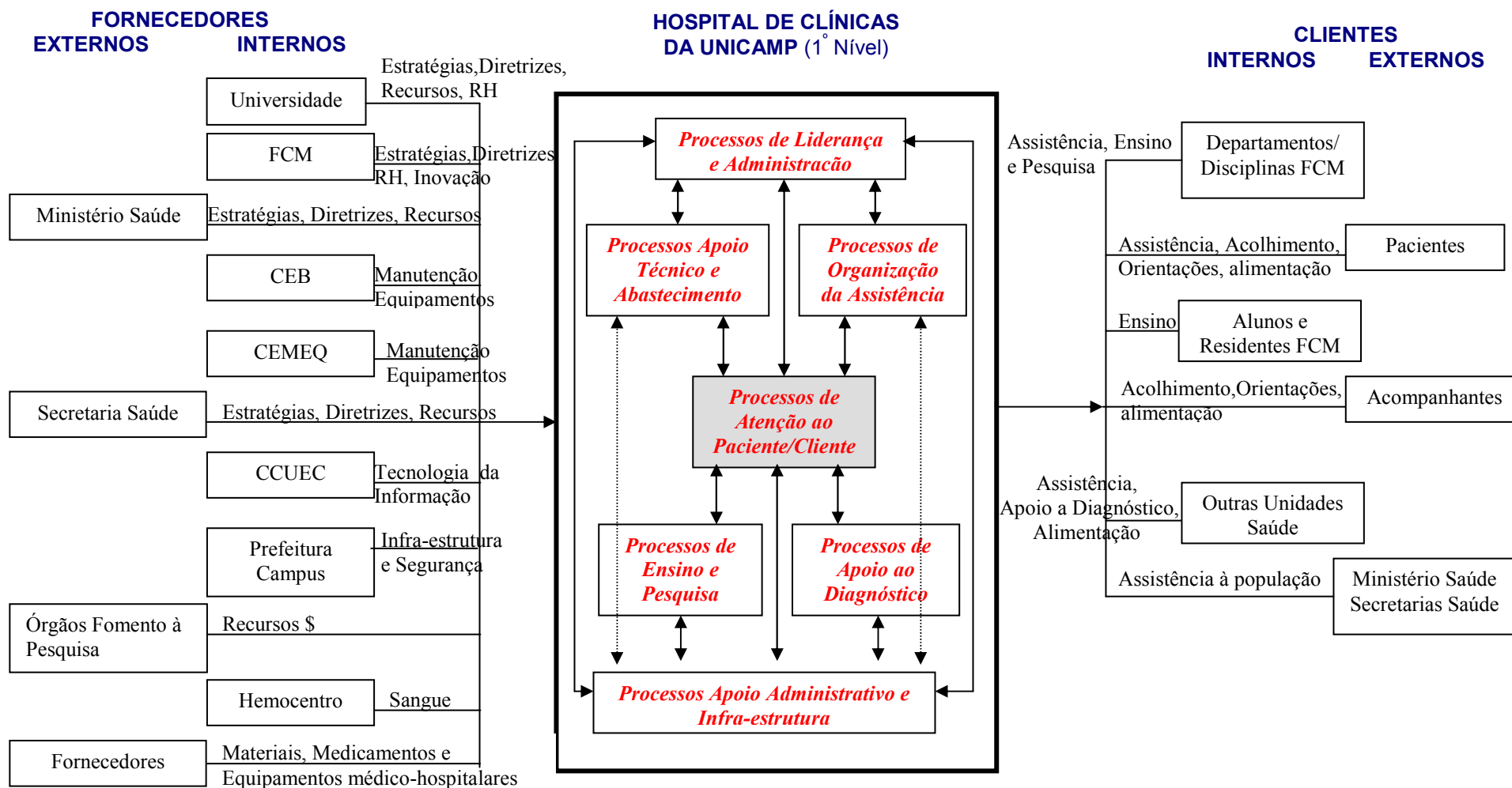
MAPA DE RELACIONAMENTOS



Unidade: Hospital de Clínicas

Data: 20/08/04

Processo: Assistência a Pacientes, Ensino e Pesquisa em Saúde





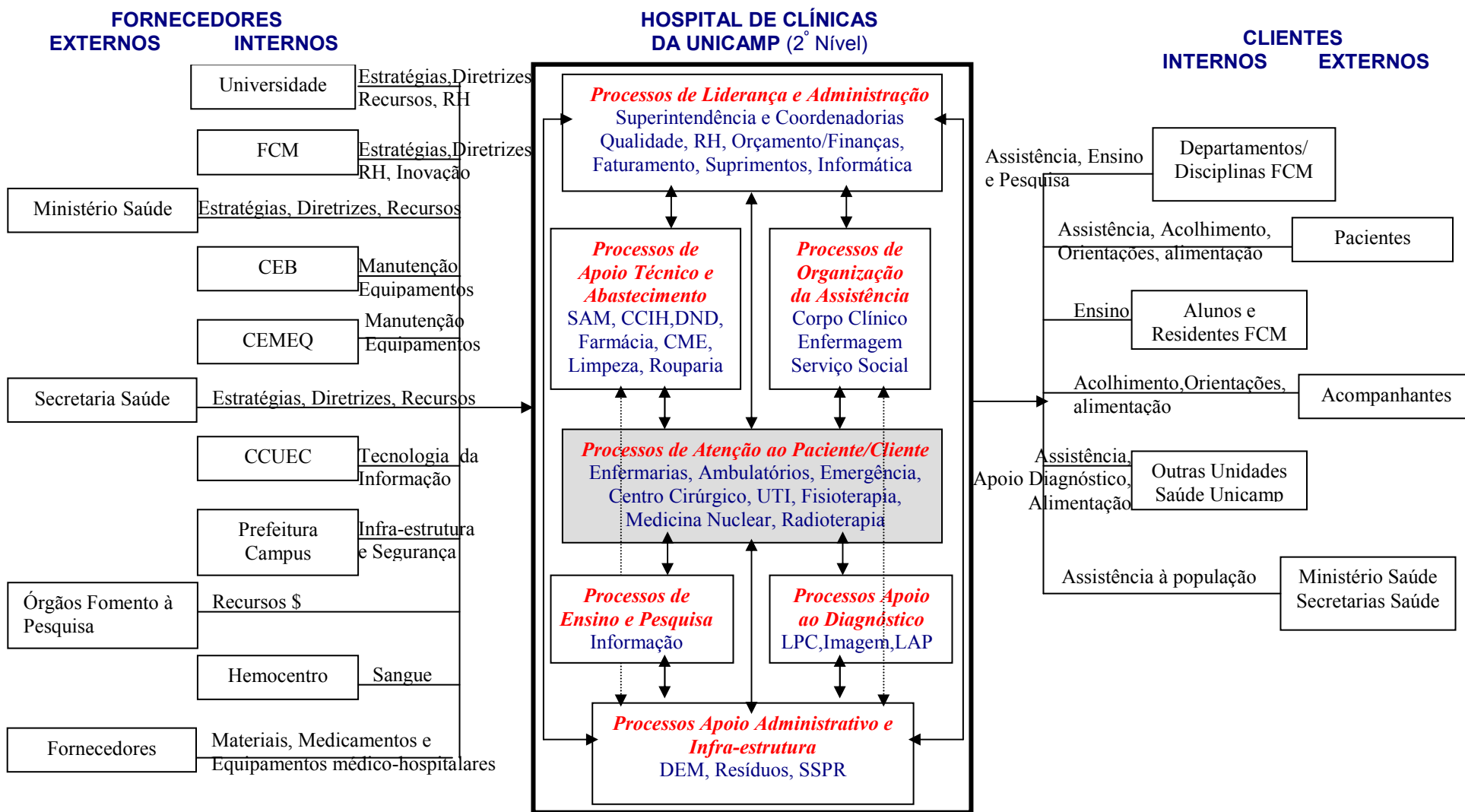
MAPA DE RELACIONAMENTOS



Unidade: Hospital de Clínicas

Data: 20/08/04

Processo: Assistência a Pacientes, Ensino e Pesquisa em Saúde



ANEXO II

Redesenho de Processos na Radioterapia do HC-UNICAMP

Melhoria de Processos

Etapa I – Definição da Equipe de Melhoria

Grupo: Dr. Nestor, Dr. Roger (Coord. Admin. e Assistência)
Dr. Werner, Dra. Ludmila (médicos)
Heloísa, Réa, Lourdes, Dulce (enfermagem)
Ernesta, Rosana (serviço social)
Vilma, Wagner (física médica)
Diogo, Vera, Rubens, Erika, Suzi (recepção)
Christian, Eliene, Gislaine, Valéria (técnicos)
Carlos (admin. RX)
Bernadete (Qualidade)

Maio a Novembro/2003

Etapa II – Visão Estratégica do Processo

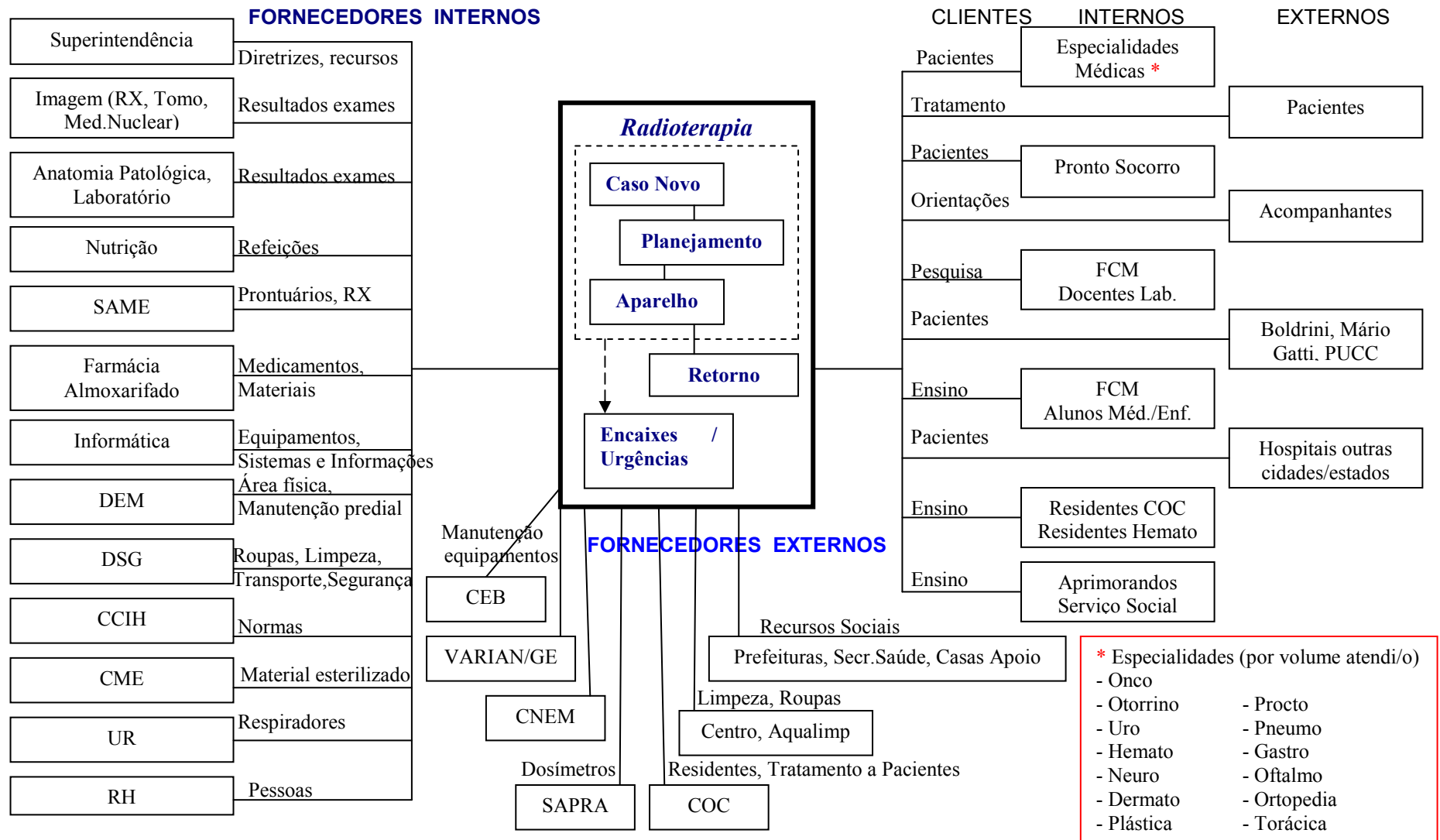
II.1 - OBJETIVOS

Objetivos do Processo:

- ◆ Aplicar tratamento por radiação prioritariamente em pacientes oncológicos; adultos e crianças; em pré, pós operatórios ou exclusivo; com intenção curativa, remissiva ou paliativa; de especialidades do HC-Unicamp, ou externos desde que já diagnosticados.
- ◆ Fazer o seguimento dos pacientes tratados e controlar os efeitos colaterais do tratamento, garantindo a adesão e condições dos mesmos ao tratamento, da melhor forma possível e humanizada, orientando-os em bons hábitos de vida, visando a prevenção e melhor tolerância ao tratamento.
- ◆ Ensino e Pesquisa em Radioterapia.

Etapa II – Visão Estratégica do Processo

II.2 – MAPA DE RELACIONAMENTOS DO PROCESSO



- * Especialidades (por volume atendi/o)
- Onco
 - Otorrino
 - Uro
 - Hemato
 - Neuro
 - Dermato
 - Plástica
 - Procto
 - Pneumo
 - Gastro
 - Oftalmo
 - Ortopedia
 - Torácica

Etapa II – Visão Estratégica do Processo

II.4 - NECESSIDADES / MELHORIAS DOS CLIENTES EM RELAÇÃO AO PROCESSO E VICE-VERSA

Cientes: Especialidades Médicas

- ◆ Gastro:
Criar protocolos em parceria radioterapia com as especialidades (Grupo Onco/Radio).
Criar a fila de espera referenciada, a partir dos protocolos criados (Grupo Onco/Radio).
- ◆ Otorrino:
Cabeça e pescoço: reunir onco, radio e otorrino para discussão/construção de protocolos (Grupo Onco/Radio).
Apoio para Exames subsidiários (radiologia), leitos, Centro Cirúrgico que muitas vezes não tem vaga.
Sugestão: fazer uma reunião mensal (5as.feiras às 7hs) a partir de 16/10/03.
- ◆ TMO:
Tratamento de radioterapia aos sáb./dom. em casos de urgência. Para isso, é necessário plantão/hora extra para técnico, físico e médico. As urgências são muito raras, esporádicas.
Para rotina: 1)mini-transplantes (2 por mês) pode jogar durante semana; 2)leucemia aguda (1 a cada 3 meses) depende C.C.
Exames subsidiários - Sugestão: implantar cotas para casos ambulatoriais de urgência para exames de ECG, Ultrassom, Endoscopia Digestiva Alta, etc... (Área de Imagem)
- ◆ Onco/Quimio:
Exames de ECG, Ultrassom, Colonoscopia, Tomografia tem cota mas não são suficientes (Área de Imagem).
Necessário sincronismo entre a Radioterapia e a Onco/Quimio para tratamentos, protocolos em conjunto(Grupo Onco/Radio)

Cientes: Pacientes e Acompanhantes

- ◆ Tratamento conjunto entre Quimioterapia e Radioterapia. (Grupo Onco/Radio).
- ◆ Área Física para enfermagem e consulta médica. → falta de privacidade do paciente (Grupo Administrativo).
- ◆ Melhorar a espera: bancos são muito duros; cadeiras quebradas; local para espera inadequado. (Redesenho SSPR).
- ◆ Melhorar os Sanitários - inadequados e insuficientes (Acreditação Hospitalar)
- ◆ Cancelamento excessivo de cirurgias (por falta de leitos na UTI, falta de exames complementares, ..) (Redesenho C.Cirúrgico)
- ◆ Ambulatórios com microfone alto, outros sem dificultam os pacientes ouvir a chamada (Redesenho SSPR).
- ◆ Sinalização do hospital muito ruim (Redesenho SSPR e Acreditação Hospitalar)

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.1 – ATIVIDADES DO SUB-PROCESSO – Caso Novo

Atividades	Responsável	Observações
Paciente chega à recepção do ambulatório de Radioterapia.		
Verificar se é Caso Novo , ou se é Planejamento ou se está em tratamento (Aparelho) ou se é Retorno (periódico) ou Encaixe/Urgência .	Recepção	
Caso Novo – Agendamento		
Verificar se paciente tem: CIC, encaminhamento da especialidade / cidade, exame anátomo-patológico, tomografias, exames imagens e outros.	Recepção	
Levar encaminhamento do paciente para avaliação médica.	Recepção	
Triar paciente pelo encaminhamento e exames (verificar se tem indicação de radio, se é urgência, se tem todos os exames):	Médico	
◆ Se não tem indicação de radio, justificar no encaminhamento e devolver para a Especialidade / Cidade .	Médico	
◆ Se não estão presentes todos os exames realizados, providenciar exames que faltam.	Médico	
◆ Se é urgência, encaminhar para Encaixe/Urgência (consulta, planejamento, e 1 vez no aparelho - tudo no mesmo dia).	Médico	
Devolver encaminhamento e exames para Recepção.	Médico	
Agendar : CNovo – 2/período (M/T) ; Planejamento – 3/período; Aparelho – 25/período; Retorno – 6/período; Encaixe – 2/período.	Recepção	Agenda da Radio: horário fixo: 7h/13h
Se caso não for ser tratado no aparelho do HC (câncer de próstata), anotar na fila de espera do Centro de Oncologia Campinas (COC).	Recepção	Com o acelerador linear, passou a tratar tudo na Unicamp.
Dar orientações ao paciente (folha de orientações, agendamento no computador, exames,..)	Recepção	
Encaminha paciente para Agendamento no 3º andar (computador).	Recepção	Horário escalonado diferente Ag. Radio

Atividades	Responsável	Observações
Caso Novo - Dia da Consulta		
Paciente chega na Recepção.		
Anotar dados do paciente no caderno de presença: HC, nome, tipo-CN,RET,Plan, Ap, especialidade, etc., e colocar a ordem de chegada. → estatísticas mensais pelo caderno.	Recepção	Não usará+caderno c/ implant.sist. Onco
Anotar a ordem de chegada na folha do computador (orientações do agendamento).	Recepção	Não precisa quando horário escalonado
Juntar pasta, ficha azul, orientações agendamento(computador), biópsia, exames, encaminhamento, CIC	Recepção	
Verificar se tem pasta SAME: se não tem (“F” na lista do Same), rastrear a pasta até achar: preencher vale e ir buscar a pasta no Same, ou na especialidade, no PS, nas Enfs., nos Ambs., etc... ; se tem pasta Same, verificar se tem as fichas do Onco na pasta.	Recepção	Paciente CN não é atendido na Radio sem a pasta Same.
Verificar se já tem pasta na Onco (no sistema da Onco): se não tem, abrir pasta da Onco, imprimir “Ficha do Paciente” (2 vias) e “Ficha Exame Físico”.	Recepção	
Colocar número de chegada na listagem de agendamento do dia (SAME) e solicitar ao paciente aguardar atendimento.	Recepção	Não precisa quando horário escalonado
Entregar “Ficha do Paciente” para Assistente Social e entregar documentos (encaminhamento, exames, ...) e pastas para Enfermagem..	Recepção	
Entrevista Social		
Chamar paciente/acompanhante para entrevista social (ficha padrão Serv.Social HC).	Serviço Social	
Avaliar com o paciente os benefícios sociais (auxílio doença, benef. LOAS, FGTS, ...) → preencher formulários próprios,solicitar pasta à recepção e solicitar médico o preenchimento	Serviço Social	
Fornecer recursos sociais dependendo do caso: leite comum e de soja, cesta básica, passes, medicação, transporte (casas apoio, outras instituições, Hemocentro, CAISM), ...	Serviço Social	
Negociar recursos de saúde e recursos sociais com as Prefeituras.	Serviço Social	
Avaliar local de residência e necessidade de acompanhante, para encaminhamento às casas de apoio durante o tratamento.	Serviço Social	
Pedir alimentação preencher a “Requisição de gêneros Alimentícios” (2 vias-DND e Contas)	Serviço Social	Reavaliar com DND
Encaminhar para a DND e buscar a comida.	Enfermagem	Não é papel Enferm
Reforçar a importância do tratamento (seqüência e aderência), para o paciente e família.	Serviço Social	

Atividades	Responsável	Observações
Pré consulta de enfermagem		
Levantar dados cadastro (cidade, idade, ...), encaminhamento (destino, motivo, ...) e patologia	Enfermagem	
Chamar o paciente/acompanhante por ordem de chegada ou prioridade (urgências, crianças, idosos,...)	Enfermagem	Faltam critérios padrões p/urgências
Colher sinais vitais (peso, pressão, ...), queixa principal do paciente, anotar na “evolução médica”. Assinar e carimbar.	Enfermagem	
Deixar documentos (encaminhamento, exames, ...) e pastas na mesa para o médico.	Enfermagem	
Consulta Médica		
Pegar documentos (encaminhamento, exames, ...) e pastas.	Médico	
“Destrichar” a pasta → triar informações que interessam.	Médico	
Passar informações relevantes para ”Ficha do paciente” (2 vias – pasta Onco e SAME).	Médico	
Chamar paciente para consulta.	Médico	
Consulta Caso Novo: ouvir o paciente (queixas), dirigir perguntas, fazer exame físico geral ou específico (depende do caso) → preencher “Ficha Exame Físico” (diagnóstico, exames pedidos e prescrição médica inclusive de alto custo). Preencher “Ficha Azul” (cobrança).	Médico	
Se paciente não tem indicação de radioterapia, justificar a contra-indicação nas 2 pastas. Se informações do paciente não são suficientes, pedir exames complementares ou outras informações e informar ao paciente para agendar Retorno na Recepção. Se paciente tem indicação de radioterapia e se informações são suficientes, informar ao paciente para marcar Planejamento na Recepção. Se Urgência encaminhar para Planejamento no mesmo dia. Em casos de dúvida, levar para reunião de estudos de caso às 6 ^{as} .feiras. Orientar o paciente quanto ao tratamento e encaminhá-lo para pós consulta enfermagem.	Médico	
Pós consulta de enfermagem		
Verificar se tem necessidade de algum tratamento imediato, na “Prescrição Médica”.	Enfermagem	
Fazer procedimentos de enfermagem baseada na prescrição: Exs. Hormonoterapia, hidratação com soro, curativos, sonda naso-enteral, etc.)→preencher“Ficha Azul”(cobrança)	Enfermagem	
Orientar paciente e família: entregar “folheto informativo”, folhetos sobre “cuidados”, medicação, higiene, efeitos colaterais, auto cuidado, etc.	Enfermagem	
Recepção – Completar dados da “Ficha Azul”.	Recepção	

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.1 – ATIVIDADES DO SUB-PROCESSO – Planejamento

Atividades	Responsável	Observações
Planejamento - Agendamento		
Paciente chega à recepção do ambulatório de Radioterapia.		
Se paciente de Planejamento , anotar no caderno (fila de espera para Planejamento).	Recepção	
Montar agenda diária de Planejamento (3/período) , a partir do caderno da fila de espera → pegar próximo da fila, e encaixar na agenda física (data/hora).	Física/Dosimetr	Eliminar caderno, acaba essas 4 ativ.
Passar para Serviço Social convocar paciente para Planejamento (dia/hora).	Física/Dosimetr	
Convocar paciente para Planejamento. Se confirmado, avisar Física.	Serviço Social	
Passar para Recepção a confirmação da agenda.	Física	
Marcar na agenda.	Recepção	
Dia do Planejamento		
Paciente chega na Recepção.		
Juntar todos os documentos exigidos do Caso Novo, as 2 pastas (SAME e Onco), exames recentes, ficha azul, abrir as fichas “APAC” e “Controle de Frequência SUS” (cobrança). Grampear 3 cópias da biópsia (1 APAC, 1 pasta Onco, 1 pasta Same).	Recepção	
Anotar dados do paciente no caderno de presença: HC, nome, tipo-CN, RET, Plan, Ap, especialidade, etc → estatísticas mensais pelo caderno.	Recepção	Não usará+caderno c/ implant.sist. Onco
Solicitar ao paciente aguardar atendimento.	Recepção	
Entregar documentos para Física e Médico para planejamento.	Recepção	
Processo de Planejamento (onde, quanto irradiar, ...).		
Chamar paciente para planejamento.	Física/Dosimetr	
Se caso de cabeça e pescoço, fazer molde de máscara.	Física/Dosimetr	
Marcar os campos na máscara.	Médico	
Se caso em outras regiões do corpo, marcar campos no corpo com caneta ponta porosa.	Médico	
Colar fio de solda nas marcas da caneta.	Física/Dosimetr	
Radiografar o paciente na sala de RX ou direto no acelerador linear.	Física/Dosimetr	
Revelar o RX. Se RX OK, marcar com micropore as marcas de caneta, senão repetir RX.	Física/Dosimetr	
Entregar RX para médico.	Física/Dosimetr	

Atividades	Responsável	Observações
Anotar apoios usados para sempre reproduzir situação idêntica (necessário acessórios em duplicidade para RX e aparelho).	Física/Dosimetr	
Analisar RX. Se necessário correção de campo encaminhar paciente para Física corrigir.	Médico	
Corrigir campos (tirar marca anterior e fazer novas marcas no paciente ou na máscara).	Física/Dosimetr	
Repetir RX, verificar se posição correta.	Física/Dosimetr	
Abrir “Ficha Técnica” – colocar dados para irradiação no Planejamento Técnico e Médico.	Médico	
Preencher dados na APAC (cobrança).	Médico	
Levar paciente para aparelho.	Física/Dosimetr	
Colher dados/parâmetros no aparelho (tamanho de campos, medidas necessárias p/ cálculos, etc.) e dose prescrita pelo médico.	Física/Dosimetr	
Fazer cálculos (com fórmulas e parâmetros) na calculadora. Cálculos mais complexos, usar software de planejamento do CAISM para calcular as curvas de isodose (pacientes de pelve=20 a 30%) → Imprimir os parâmetros pelo software e transcrever dados para o equipamento.	Física/Dosimetr	Com o acelerador linear, necessário novo software Planejamento
Se acelerador linear, digitalizar os campos para colimação automática utilizando o multileaf.	Física/Dosimetr	
Fazer redução de órgãos vitais (Ex: medula). Repetir RX, Planejamento, etc...	Física/Dosimetr	
Colocar na “Ficha Técnica” os dados para irradiação no Planejamento Físico.	Física/Dosimetr	
Se Planejamento OK, agendar paciente para irradiação no aparelho (15’ /paciente para 2 a 3 campos no cobalto; 3 horários vagos no fim da tarde para atrasos).	Física/Dosimetr	
Encaminhar paciente para: Enfermagem (pós-consulta); Serviço Social (recursos); ou para Aparelho (irradiar no mesmo dia - Urgência).	Física/Dosimetr	
Pós consulta de enfermagem		
Verificar se tem necessidade de algum tratamento imediato, na “Prescrição Médica”.	Enfermagem	
Fazer procedimentos de enfermagem baseada na prescrição e exame físico: Exs.curativos, hormonioterapia, hidratação, sonda naso-enteral, etc.) → preencher “Ficha Azul”(cobrança)	Enfermagem	
Orientar paciente e família quanto a efeitos colaterais, auto-cuidado, rotina, ...	Enfermagem	
Preencher folha de sistematização da assistência de enfermagem	Enfermagem	
Entregar cremes e medicações do auto-cuidado	Enfermagem	
Serviço Social Avaliar quantidade de aplicações e agendar recursos sociais para todos os dias (casas de apoio, transporte, acompanhante, ...)	Serviço Social	
Recepção - Completar dados na APAC (cobrança).	Recepção	

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.1 – ATIVIDADES DO SUB-PROCESSO – Aparelho

Atividades	Responsável	Observações
Paciente chega na recepção.		
Anotar dados do paciente no caderno de presença: HC, nome, tipo-CN, RET, Plan, Ap, espec. → estatísticas mensais pelo caderno.	Recepção	Não usará+caderno c/ implant.sist. Onco
Solicitar ao paciente aguardar atendimento.	Recepção	
Ver horário no caderno de presença dos técnicos.	Técnico	
Ler “Ficha Técnica” (dados da ficha, tipos de apoio,...)	Técnico	
Colocar dados do paciente no aparelho.	Técnico	
Chamar paciente para Aparelho. Se o paciente faltou, avisar Serviço Social para convocar .	Técnico	
Preencher a ficha SUS “Controle de Frequência da Radioterapia” com a data. Se for 1ª vez, entregar a ficha para o paciente assinar.	Técnico	Necessário esse documento?
Posicionar paciente no aparelho.Verificar tamanho campo, medidas paciente, medidas laser.	Técnico	
Tirar “portal” do paciente - 2ª sessão: desenhar campo com chumbo (contorno); colocar régua de magnificação; fazer RX 1º tempo; tirar chumbo e abrir o campo; fazer RX 2º tempo	Física e Técnico	
Verificar “portal” (checar Planejamento com tratamento) e corrigir no Portal. – 2ª sessão	Médico	
Refazer os cálculos/planejamento (correções, máscara,..) – 2ª sessão	Física/Dosimetr.	
Rechecar os cálculos (conferência) dos pacientes novos - 3ª sessão	Física	
Sair da sala do aparelho.	Técnico	
Digitar no monitor parâmetros da dose de radiação.	Técnico	
Ligar aparelho(aplicar radiação) e acompanhar no monitor movimentação do paciente.	Técnico	
Se acabou aplicação, acionar botão para abrir a porta (motor).	Técnico	
Verificar sinais e quadro geral do paciente. Se alguma intercorrência chamar Enfermagem.	Técnico	
Triar/verificar a se tem necessidade do médico.	Enfermagem	
Retirar paciente do aparelho.	Técnico	
Dispensar o paciente e convocá-lo para a próxima sessão.	Técnico	
Anotar na “Ficha Técnica“ os dados da sessão, somar a dose (acumulada) e colocar obs	Técnico	
Anotar dados no caderno de presença “Controle dos Técnicos” → no fim do dia, fazer o censo diário do atendimento técnico no caderno.	Técnico	Esse caderno é uma exigência legal

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.1 – ATIVIDADES DO SUB-PROCESSO – Retorno

Atividades	Responsável	Observações
Paciente chega à recepção do ambulatório de Radioterapia.		
Verificar se é Caso Novo , ou se é Planejamento ou se está em tratamento (Aparelho) ou se é Retorno (periódico) ou Encaixe/Urgência .	Recepção	
Agendar : CNovo – 2/período (M/T); Planejamento – 3/período; Aparelho – 25/período; Retorno – 7/período ; Encaixe – 2/período.	Recepção	Agenda da Radio: horário fixo:7h/13h
Dar orientações ao paciente (folha de orientações, agendamento no computador, exames,..)	Recepção	
Preencher “Solicitação para Agendamento” com a data prevista para retorno. Encaminhar paciente para Agendamento no 3º andar (computador).	Recepção	Horários escalonados diferentes da Agenda da Radio
Retorno - Dia da Consulta		
Paciente chega na Recepção.		
Anotar dados do paciente no caderno de presença: HC, nome, tipo-CN,RET,Plan, Ap, especialidade, etc., e colocar a ordem de chegada. → estatísticas mensais pelo caderno.	Recepção	Não usará+caderno c/ implant.sist. Onco
Anotar a ordem de chegada na folha do computador (orientações do agendamento).	Recepção	Não precisa quando horário escalonado
Juntar as 2 pastas, ficha azul, orientações de agendamento (computador), exames de urgência (se houver).	Recepção	
Colocar número de chegada na listagem de agendamento do dia (SAME) e solicitar ao paciente aguardar atendimento.	Recepção	Não precisa quando horário escalonado
Serviço Social (esporádico nos retornos semanais, freqüente nos retornos mais distantes)		
Chamar paciente/acompanhante para avaliar recursos sociais (transporte, passes, ...).	Serviço Social	
Preencher documentos necessários (relatório de perícia médica, declaração de comparecimento, etc.)	Serviço Social	
Reforçar a importância do tratamento (seqüência e aderência), para o paciente e família.	Serviço Social	

Atividades	Responsável	Observações
Pré consulta de enfermagem		
Chamar o paciente/acompanhante por ordem de chegada ou por prioridade (urgências, crianças, idosos, ...)	Enfermagem	Faltam critérios padrões p/urgências
Colher sinais vitais (peso, pressão, ...) e queixa principal do paciente, anotando na “evolução médica”. Assinar e carimbar.	Enfermagem	
Rechegar exames novos.	Enfermagem	
Deixar documentos (encaminhamento, exames, ...) e pastas na mesa para o médico.	Enfermagem	
Consulta Médica		
Pegar documentos (encaminhamento, exames, ...) e pastas.	Médico	
Avaliar informações complementares.	Médico	
Passar informações relevantes para ”Folha de Evolução” na pasta da Onco.	Médico	
Chamar paciente para consulta.	Médico	
Consulta Retorno: ouvir o paciente (queixas), dirigir perguntas, fazer exame físico geral ou específico (depende do caso) → preencher “Folha Evolução” (diagnóstico, exames pedidos e prescrição médica inclusive de alto custo). Observar área irradiada, resposta tumoral e tolerância ao tratamento. Receitar medicamentos necessários. Preencher “Ficha Azul” (cobrança).	Médico	Fazer resumo de alta, ou relatório de tratamento para incluir na pasta do SAME.
Encaminhar para Especialidade/Cidade os casos que estão curados, ou casos em progressão sem situação para irradiar.	Médico	
Encaminhar paciente para Enfermagem (pós-consulta)	Médico	
Pós consulta de enfermagem		
Verificar se tem necessidade de algum tratamento imediato, na “Prescrição Médica”.	Enfermagem	
Fazer procedimentos de enfermagem baseada na prescrição e exame físico. Exs. curativos, hormonoterapia, hidratação, sonda naso-enteral, etc.)→preencher “Ficha Azul” (cobrança).	Enfermagem	
Orientar paciente e família quanto à efeitos colaterais, auto cuidado, rotina, ... Dependendo do caso, encaminhar para Serviço Social.	Enfermagem	
Preencher folha de sistematização da assistência de enfermagem.	Enfermagem	
Entregar cremes e medicações do auto-cuidado.	Enfermagem	
Encaminhar paciente para agendar novo retorno na Recepção	Enfermagem	
Recepção – Completar dados da “Ficha Azul”. Agendar novo retorno.	Recepção	

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.2 – SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA O PROCESSO – Radioterapia (Geral)

Melhorias	Sugestões	Grupo ou Melhoria-I,M,L
Melhorar espaço físico, garantir privacidade ao paciente (S.Social, Enferm., sala espera, refeições,..)	Terminar a área física nova, reformar a área antiga.	(Imediata) Gr.Administrat
Diminuir demanda reprimida: fila espera HC(3 a 4 sem); COC(6m a 1 ano); Cobalto=50 pacs./dia (2 turnos-7às 18:30hs) Acelerador=80 pacs./dia (3 turnos-7 às 21hs)	Avaliar ampliação do serviço: 2 aparelhos, estrutura física, RH/turnos, materiais, métodos/procedimentos. Priorizar vagas p/ DIR XII. Tratar pacientes internados à noite.	(Médio Prazo) Grupo Administrativo
Diminuir demanda do sul de Minas(+20% pacientes atendidos).	Regular essa demanda via DIR. Devolver pacientes (desde que não estejam em tratamento concomitante com a Quimo) para Poços de Caldas.	(Médio Prazo) Grupo Administrativo
Estudar o melhor modelo para a Radioterapia na estrutura do hospital (Amb/Proced??, Imagem??, Onco/Radio??).	Mudar a Estrutura Organizacional, visando atender uma melhor integração do serviço com o hospital, chefias menos segmentadas, chefia administrativa local, etc. Ter reuniões administrativas sistematicamente (mensal).	(Médio Prazo) Grupo Onco/ Radio
Inserir os residentes ao serviço no início do ano. Orientações aos residentes qto às rotinas administr.	Incluir os residentes da Radio no evento dos residentes do início do ano, e orientá-los. Conseguir cópia Manual dos Residentes e aumentar cota.	(Imediata) Réa Dete - OK
Implantar a residência médica em radioterapia na UNICAMP.	Estudar em conjunto com a FCM (Com.Residência), Dr.Sérgio Esteves (CAISM), Dr. Werner, Dr. Roger	(Médio Prazo) OK Gr.Admin.
Manutenção dos equipamentos.	Ter contrato de manutenção preventiva e corretiva imediata. Cobalto – CEB; Acelerador - VARIAN	(Imediata)-OK Gr.Administrat
Manutenção dos equipamentos.	Ter reserva financeira para peças de reposição?	Gr.Administrat
Aquisição de software p/ Planejamento (CADPLAN)	Escrever projeto para Min.Saúde para financiamento. Adquirir o software.	(Imediata)-OK Roger.Werner
Infra-estrutura para a área nova (equipamentos, mobiliário, ...).	Listar necessidades, cotar preços. Viabilizar recursos.	Réa,Clara- OK Gr.Administrat

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.2 – SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA O PROCESSO – Radioterapia (Processo Interno)

Melhorias	Sugestões	Grupo ou Melhoria-I,M,L
Pacientes de triagem que são atendidos como encaixe CN, não passem na frente da fila de CN. Encaminhamentos externos (cidades) e internos (especialidades HC) vem incompletos (sem inf.)	Definir critérios (protocolos de encaminhamento, indicações de Radio, exames necessários) p/ casos novos e urgências. Divulgar internamente e na DIR XII. Agendar parte dos Casos Novos (cota para cidades de fora) na própria DIR.	(Médio Prazo) Grupo Normas e Rotinas
Melhorar as informações e orientações aos pacientes.	Rever/estudar folhetos informativos/cartilhas p/ pacientes, e padronizar as informações e quem fornece	(Imediata) Gr Normas Rotinas
Caderno da “fila de espera” para planejamento.	Eliminar caderno a partir do momento que a demanda estiver mais ordenada (fila pequena de até 15 dias).	(Imediata) Vilma, Recep.
Ficha “Atendimento Radioterápico” com datas de aplicação não é real, são datas previstas.	Eliminar essa ficha. Ficar só com a “Ficha Técnica” que tem as datas de aplicação realmente realizadas. Substituir a ficha por um cartão de identificação da Radio.	(Imediata)-OK Carlos, Diogo, Réa, Dete
Convocação de pacientes pelo Serviço Social.	Convocação ser feita somente pela Radioterapia com a antecedência possível, e não centralizada no 3º andar.	(I) Ernesta, Rosana - OK
Interrupção dos procedimentos de enfermagem para chamar pacientes para consulta/tratamento.	Chamada de pacientes pela ordem de chegada ser feita pela Recepção, respeitando gravidade e casos críticos.	(M) após área nova pronta
Eliminar duplicidade de pastas (SAME e Onco)	Estudar possibilidade de eliminar a pasta Onco, ou pasta transitória enquanto o paciente está em tratamento intenso.	(Méd Prazo)OK Gr. Onco/ Radio
Melhorar as informações da Radioterapia para as especialidades médicas.	Fazer relatório resumo de alta ou relatório de tratamento, após o término do tratamento de Radio para incluir na pasta	(Imediata) OK Gr. Onco/ Radio
Ter +1 funcionário no serviço (mensageiro, copeiro?)	Fazer atividades que precisam sair (pastas, exames, comida)	(I) Diogo - OK
Melhorar interrupções dos médicos para cuidar de burocracia.	Reservar horário na agenda médica para burocracia ao final do período(M/T), juntar todos papéis para preencher. Criar documentos pré-formatados no Word (máscaras).	(Imediata)-OK Normas Rotinas (Imediata) OK
Padronizar as rotinas do serviço.	Criar Manual de Normas e Rotinas do serviço. Treinar toda a equipe nas novas normas e rotinas.	(Méd Prazo)OK Normas Rotinas

Etapa III – Análise do Processo Atual (Mapeamento)

III.2 – SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA O PROCESSO – Radioterapia e Fornecedores

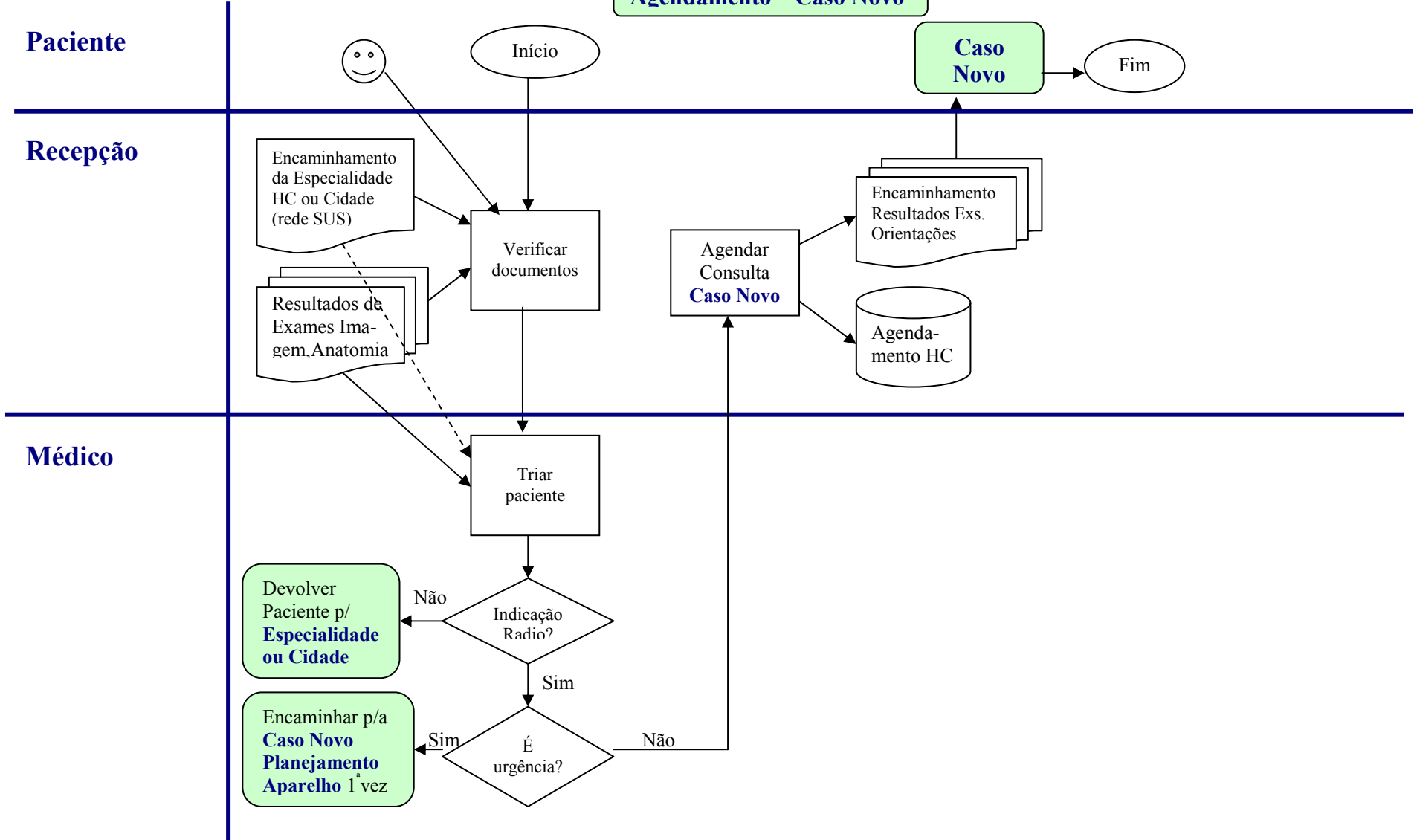
Melhorias	Sugestões	Grupo ou Melhoria-I,M,L
Informática		
Paciente esperar menos tempo no dia da consulta. Paciente não precisar subir ao 3º andar p/ agendar.	Agendamento ser feito no computador na própria Radio, eliminando agenda manual e form.solicitação agendamento.	(Imediata)-OK
Diminuir saídas dos recepcionistas da Radio, para agendar / buscar resultados de exames, buscar informações de prontuários no SAME e na Onco.	Computador da Recepção deve conter os sistemas on-line: Agendamento, Imagem, Prontuários da Onco e SAME, resultados exames Labs. Compatibilizar o Sistema da Onco/Radio na mesma versão. Agendar exames de Imagem na Radio (cotas). Eliminar caderno de presença com implantação sist. Varis.	(Imediata)-OK (Imediata)-OK (I) Diogo (Médio Prazo) (Imediata) Gr.Informática OK
Compatibilizar o Sistema da Onco/Radio na mesma versão (hoje 1 por HC, 1 por no. interno)-OK e on-line (carga é feita cada 15 dias) → gerando muita duplicidade de pacientes.	Quando paciente tem mais de uma consulta no mesmo dia, o Sist. Agendamento imprimir na relação do SAME a ordem da consulta no dia (1º, 2º,) e destino do prontuário (1º amb).	
Imagem		
Agilizar exames Ultrassom e ressonância para pacientes oncológicos. Agilizar todos exames de Imagem e ECG.	Ter cotas de exames para pacientes da Onco e Radio, (como já acontece com Tomo e Med.Nuclear). Implantar cotas por especialidade e reservar para urgência.	(Imediata) Diogo OK (Imediata) OK
Contas e Convênios		
Orientações sobre cobrança de procedimentos, principalmente os de enfermagem. Rever os itens da ficha azul e APAC, e todos os tipos de cobrança possíveis da Radioterapia.	Procedimentos da rede básica não podem ser cobrados → sondas, traqueo(proced./limpeza), inalação, tricotomia, oxigênio, curativo simples. Informar só p/ estatística. Podem ser cobrados: medicamentos(+1 vez); irradiação meio corpo e inteiro; narcose em crianças; curativo complexo (+1campo) Fazer planilha com todos os códigos possíveis de cobrança. Alterar APAC para acrescentar códigos novos de cobrança. Eliminar Ficha Frequência. Verificar processo de cobrança da APAC (Radio e Contas), e como é checado tratamento previsto e o realizado.	(I) - 21/8 - OK Recepção, Médicos, Enfermagem (I) Diogo - OK (I) Dete - OK (I) Zezé - OK (I) Reunião em 30/10 -OK

Melhorias	Sugestões	Grupo ou Melhoria-I,M,L
Anatomia Patológica		
<p>0-Margem esquerda do laudo está pequena (quando anexa a pasta SAME, parte do resultado esconde).</p> <p>1- Diminuir tempo de espera dos laudos dos pacientes oncológicos (cerca de 3 semanas).</p> <p>2- Resultados Exames estarem na pasta no dia da consulta.</p> <p>3- Disponibilizar resultados da Anatomia na rede.</p> <p>4- Resultados exames do Gastrocentro são difíceis de identificar e acessar os laudos.</p> <p>5- Colocar data do exame no laudo.</p>	Colocar margem esquerda maior na folha de resultados	<p>(Imediatas e Médio Prazo)</p> <p>0-OK</p> <p>1-1/2 OK</p> <p>2-OK</p> <p>3-</p> <p>4-</p> <p>5-OK</p> <p>LAP, NIHC</p>
SAME		
Diminuir pastas “faltantes” (F) do SAME.	<p>SAME enviar cartas com pastas “F” para as especialidades para diminuir incidência de faltas.</p> <p>Radio buscar pastas “F”no SAME um dia antes da consulta.</p>	<p>(Imediata)</p> <p>a partir dez/03</p> <p>(Imediata)-OK</p>
Informações da pasta do SAME.	<p>Faltam resultados de exames na pasta SAME, e que muitas vezes estão no SAME para serem anexados na pasta.</p> <p>Verificar duplicidade de impressão dos anátomo-patológicos</p> <p>Organização interna da pasta SAME (incluir divisórias coloridas físicas nas pastas para separar as seções).</p>	<p>(Imediata) OK</p> <p>Diogo,</p> <p>Flávia,SAME</p> <p>(Médio Prazo)</p> <p>SAME</p>
Devolução no SAME dos exames de RX para os pacientes. RX “interditados” há 1 ano, sem acesso pelos usuários → estão repetindo exames porque não podem retirar da estante.	<p>Identificar (carimbo grande) os envelopes com exames da Radio (“portais”), e orientar o SAME a não entregá-los mais.</p> <p>Comprar carimbo.</p> <p>Comprar estantes.</p>	(Imediata)-OK
Verificar se é possível a Radio usar as fitas coloridas de separação da revisão das pastas ou etiquetas coloridas da pasta SAME (item estoque?)	Usar 4 cores nas pastas da Onco para separar pastas de pacientes dos 2 aparelhos (Cobalto e Acelerador) e dos 2 turnos (M e T).	(Imediata)-OK

Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.1 – FLUXO DO SUB-PROCESSO

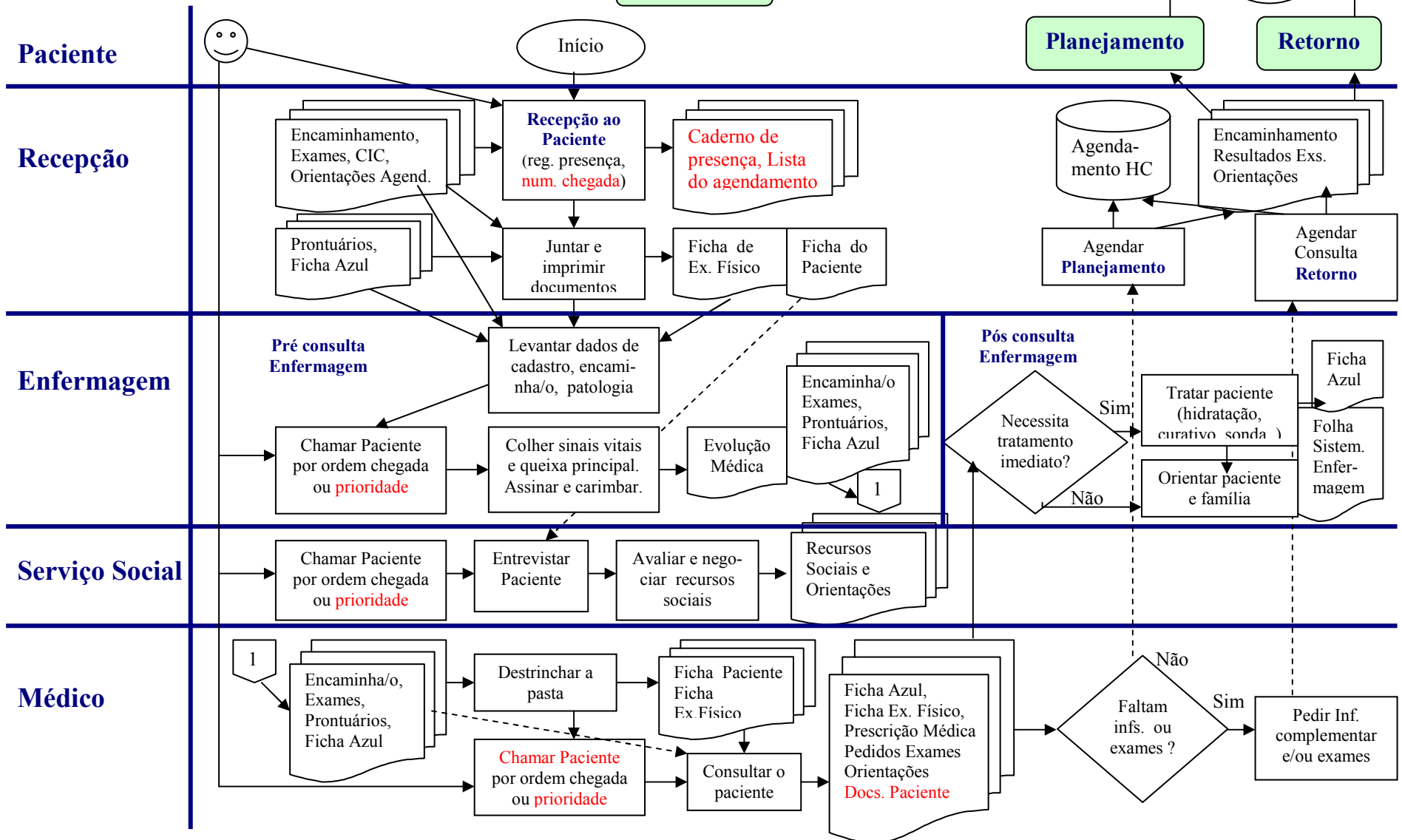
Agendamento – Caso Novo



Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.1 – FLUXO DO SUB-PROCESSO

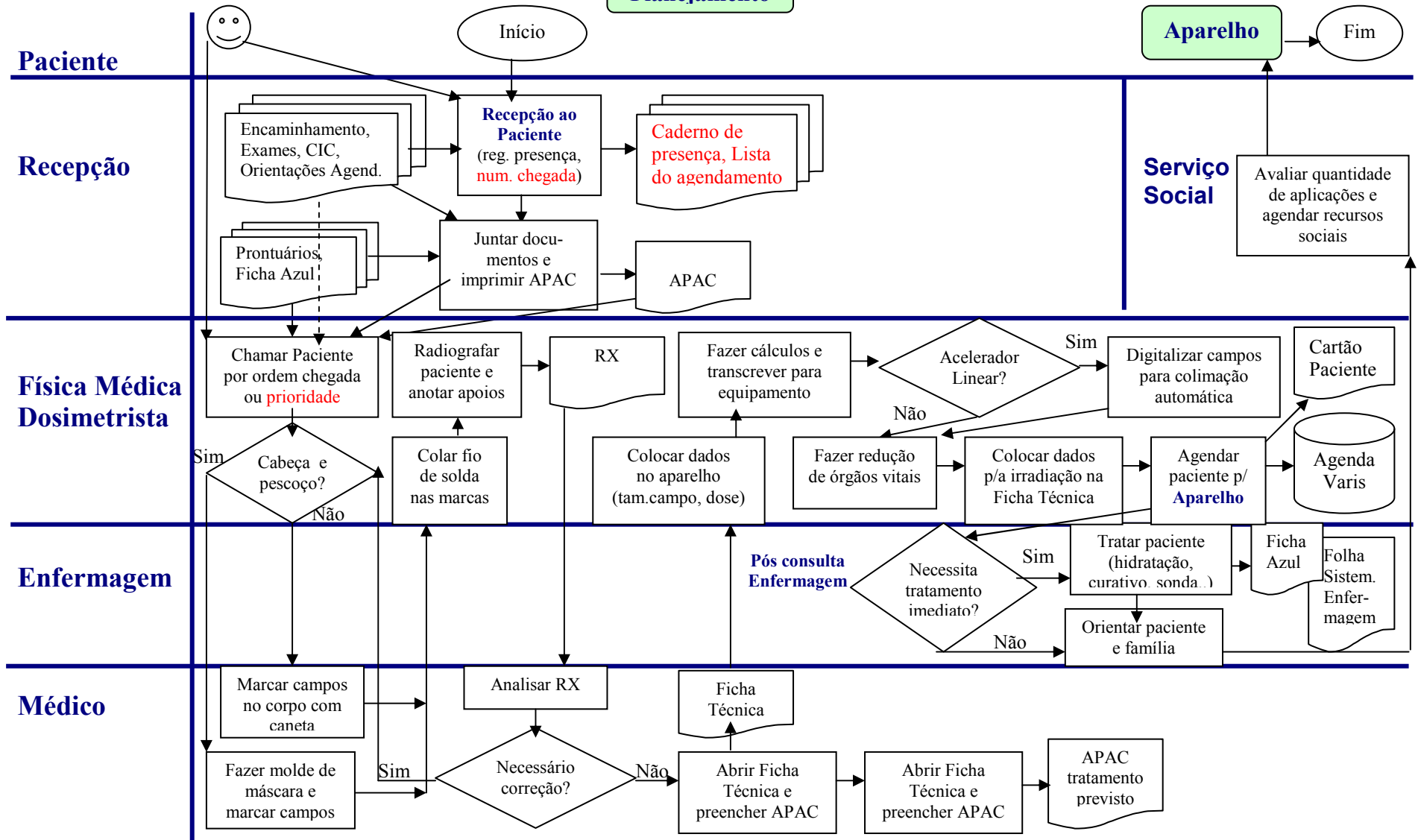
Caso Novo



Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.1 – FLUXO DO SUB-PROCESSO

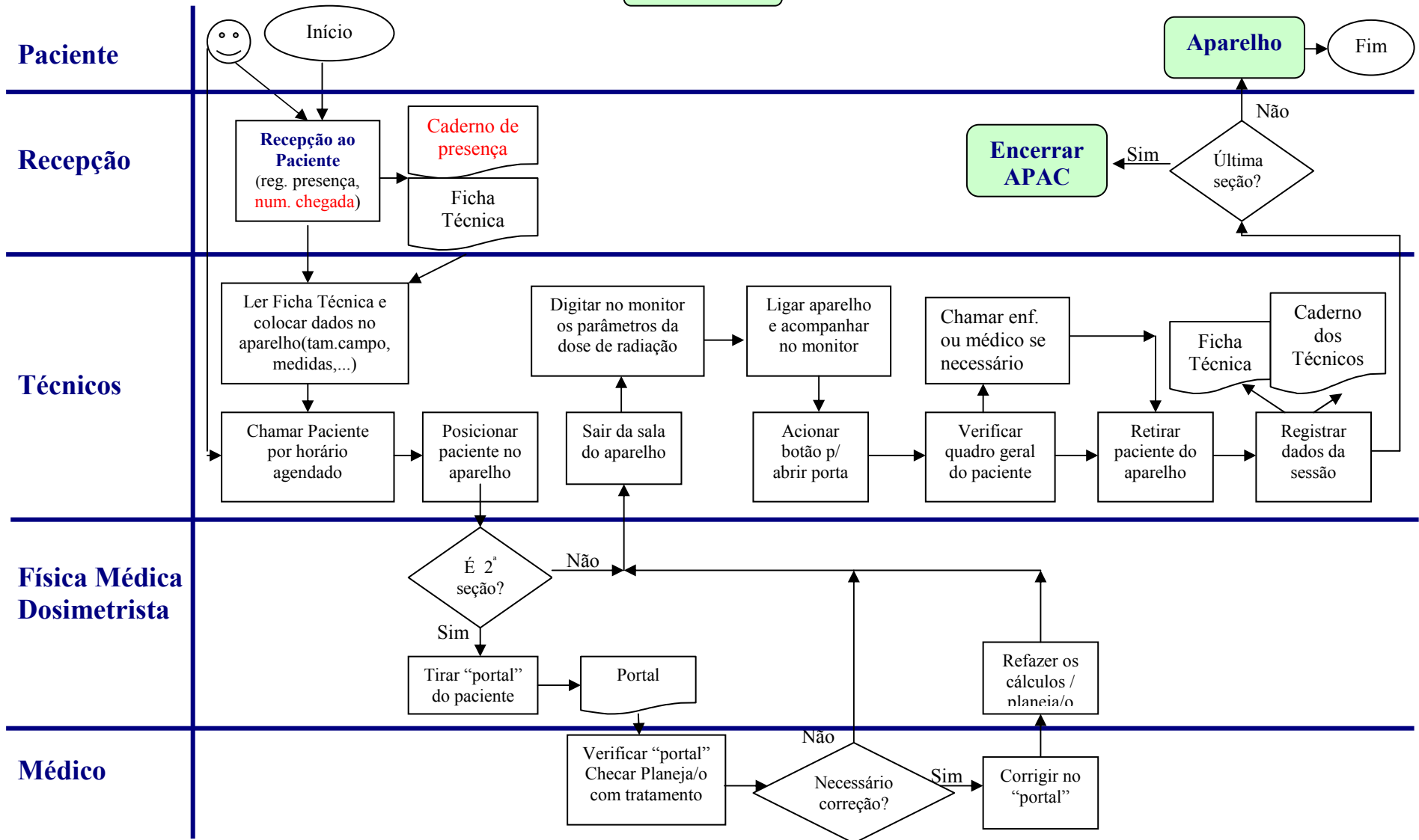
Planejamento



Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

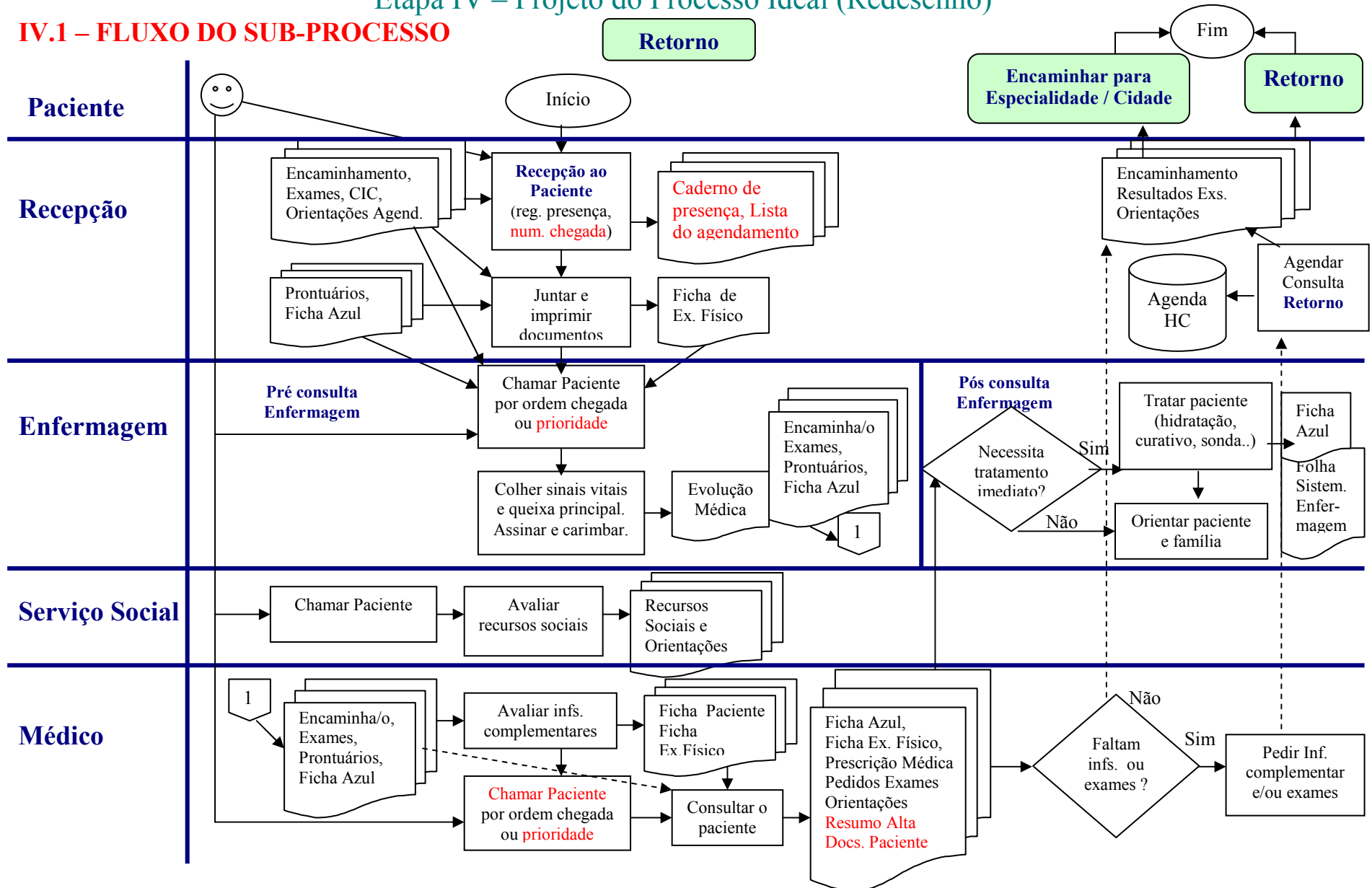
IV.1 – FLUXO DO SUB-PROCESSO

Aparelho



Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.1 – FLUXO DO SUB-PROCESSO

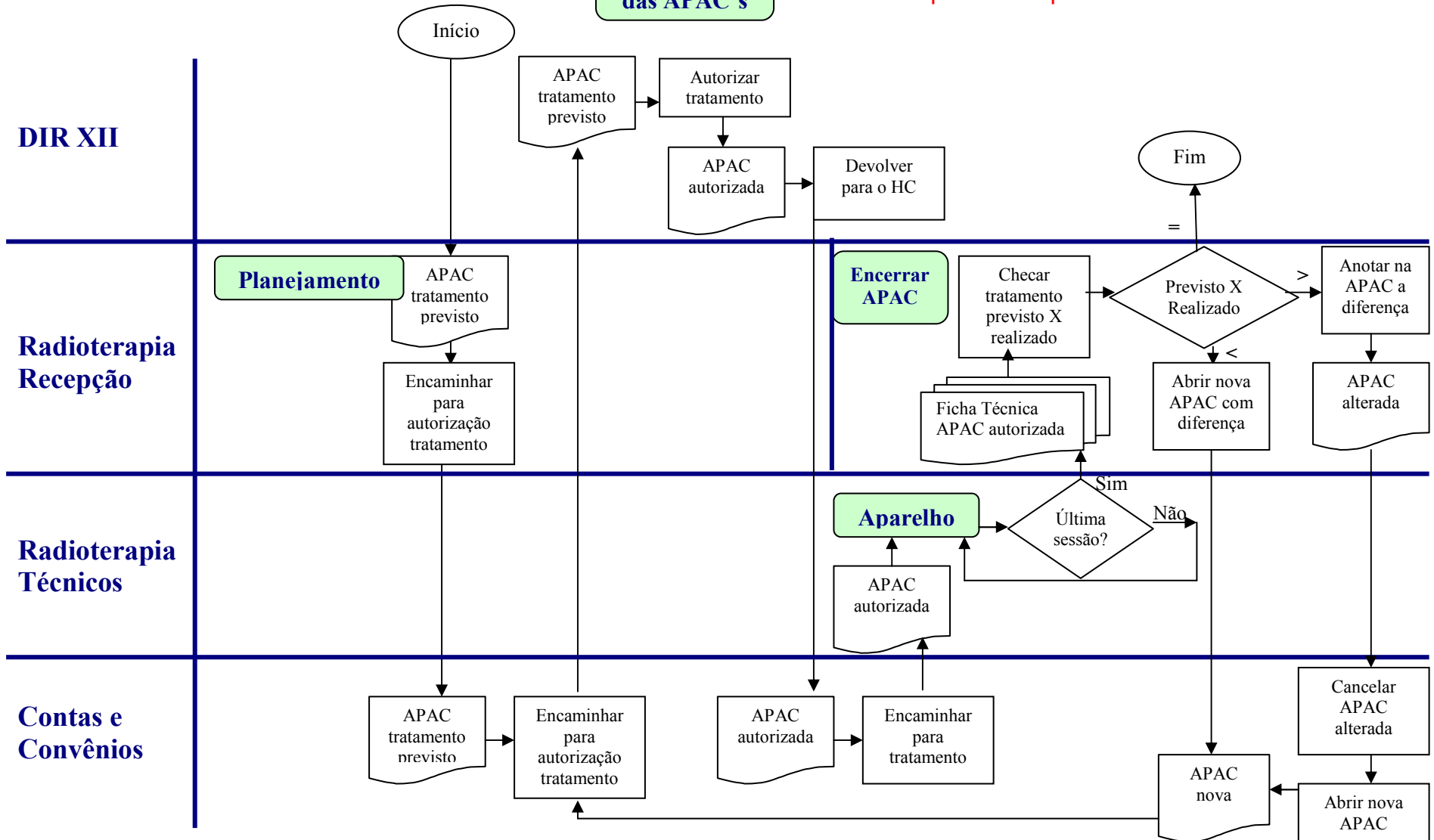


Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.1 – FLUXO DO SUB-PROCESSO

Cobrança das APAC's

Fluxo novo implantado a partir de 1/11



Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.2 – PLANOS DE AÇÃO (GRUPO ADMINISTRATIVO) – 5W2H

O QuÊ (WHAT) NECESSIDADE DE ATUAÇÃO (AÇÃO)	PARA QUE (WHY) JUSTIFICATIVA / BENEFÍCIOS	QUEM (WHO) RESPON- SÁVEL	QUANDO (WHEN) PRIORIDADE	ONDE (WHERE) QUE ÁREA	COMO (HOW) – ATIVIDADES NECESSÁRIAS PARA IMPLEMENTAR	QUANTO CUSTA (HOW MUCH)
Terminar construção da área física nova. Reformar a área antiga. Viabilizar recursos para infra-estrutura da área nova (equipamentos, mobiliário, ...).	Melhorar espaço físico, garantir privacidade ao paciente(S.Social, Enferm., Consultas, sala de espera, ...) Exigência da Acreditação Hospitalar.	Dr. Roger, Dr. Nestor, Dr. Werner	Médio Prazo Em andamento	Radioterapia (área nova e antiga)		R\$100.000 R\$50.000 R\$120.000
Ampliar o serviço: 2 aparelhos, RH/turnos, materiais, métodos.	Diminuir demanda reprimida: fila de espera HC(3/4 sem); Cobalto=40 pacs./dia (2 turnos 7 às 19hs); Acelerador=40 pacs./dia	Dr. Roger, Dr. Werner, Vilma, Réa,Heloísa	Médio Prazo	Radioterapia (área nova e antiga)	Implantar +1 turno do Cobalto (manhã). Estender horário acelerador (até 19hs) p/ “total skin”. Contratar 1 técnico/1 téc.enf.	OK OK OK
Regular a demanda via DIR.	Diminuir demanda do Sul de Minas (+-20% pacientes atendidos)	Dr. Roger, Dr. Werner	Imediata	Radioterapia	Máscaras	OK
Implantar a residência médica em Radioterapia.	Ensino/assistência de residência em radioterapia.	(Comitê Executivo)	Médio Prazo 2006	Radioterapia (HC CAISM)	Estudar em conjunto com a FCM	OK
Adquirir peças de reposição dos equipamentos.	Manutenção dos equipamentos.	Vilma,Diogo Admin.HC	Imediata	Radioterapia Sala Cobalto	Comprar peças imediatamente.	OK
Adquirir software p/ Planejamento (CADPLAN).	Qualificar o tratamento dos pacientes, através do planejamento tridimensional.	Dr. Roger, Caism, HC, FCM	Longo Prazo	Radioterapia	Adquirir o software.	R\$450.000 OK
Quando paciente tem mais de uma consulta no mesmo dia, o Sist. Agendamento imprimir na relação do SAME a ordem da consulta no dia (1º,2º,...) e destino do prontuário (1º amb). Imprimir também um * que indique mais de uma consulta mesmo dia p/ facilitar arquivo	Diminuir pastas faltantes do SAME.	Diogo, NIHC	Imediata	Radioterapia	NIHC avaliar possibilidade com o SAME. Sistema já imprime ambas. de consulta no mesmo dia, SAME não dobrar mais o relatório para retirada no arquivo.	OK

Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.2 – PLANOS DE AÇÃO (GRUPO ONCO/RADIO) – 5W2H

O QUÊ (WHAT) NECESSIDADE DE ATUAÇÃO (AÇÃO)	PARA QUE (WHY) JUSTIFICATIVA / BENEFÍCIOS	QUEM (WHO) RESPON- SÁVEL	QUANDO (WHEN) PRIORIDADE	ONDE (WHERE) QUE ÁREA	COMO (HOW) – ATIVIDADES NECESSÁRIAS PARA IMPLEMENTAR	QUANTO CUSTA (HOW MUCH)
Rever a Estrutura Organizacional, visando atender uma melhor integração do serviço com o hospital, chefias menos segmentadas, chefia administrativa local, etc.	Estudar melhor o modelo para a Radioterapia na estrutura do hospital (Amb/proced??, Imagem??, Onco/Quimio??).	Projeto Onco (Comitê Executivo)	Médio Prazo	Radioterapia Oncologia, Imagem	Rever os organogramas e os Planos de Certificação dessas áreas (NAMPE, Imagem, Radio, Quimio)	OK
Estudar em conjunto com a Onco, possibilidade de eliminar a pasta da Onco, ou ter uma pasta transitória enquanto o paciente está em tratamento, após o que passaria tudo p/ SAME.	Eliminar duplicidade de pastas (SAME e Onco)	Dr. Werner, Vilma, Réa, Diogo, Rubens, Onco	Médio Prazo Prioridade 1	Radioterapia Oncologia	Estudar a possibilidade e proposta da Radio. Depois estudar a proposta com a Onco/Quimio. Implantar a proposta.	OK - Junho/04
Fazer relatório de alta ou relatório do tratamento de Radio para incluir na pasta SAME.	Melhorar as informações da Radioterapia para as especialidades médicas.	Dr. Daniel, Onco	Imediata Prioridade 1	Radioterapia Oncologia	Elaborar um padrão para o relatório (máscara no Word).	OK - Junho/04
Definir protocolos de encaminhamento e assistenciais de Onco, Quimio e Radio (indicações de Quimio, de Radio, exames necessários para casos novos, urgências e retornos, etc...)	Padronizar os protocolos assistenciais para pacientes oncológicos. Encaminhamentos externos (cidades) e internos (especialidades HC) vem incompletos (sem inf.). Pacientes de triagem que são atendidos como encaixe CN, não passem na frente da fila.	Projeto Onco (Comitê Executivo)	Médio Prazo	Radioterapia Onco, Quimio	Discutir em conjunto os protocolos da Otorrino e Pneumo como piloto. Cria fila de espera referenciada, a partir dos protocolos clínicos criados. Definir critérios de encaminhamento. Divulgar esses critérios internamente e na DIR XII.	

Legenda: em verde – ações implantadas; em preto – ações pendentes na área; em azul – ações pendentes com outras áreas; em vermelho – ações que não foram possíveis implantar.

Etapa IV – Projeto do Processo Ideal (Redesenho)

IV.2 – PLANOS DE AÇÃO (GRUPO NORMAS E ROTINAS) – 5W2H

O QUÊ (WHAT) NECESSIDADE DE ATUAÇÃO (AÇÃO)	PARA QUE (WHY) JUSTIFICATIVA / BENEFÍCIOS	QUEM (WHO) RESPON- SÁVEL	QUANDO (WHEN) PRIORIDADE	ONDE (WHERE) QUE ÁREA	COMO (HOW) – ATIVIDADES NECESSÁRIAS PARA IMPLEMENTAR	QUANTO CUSTA (HOW MUCH)
Estudar folhetos informativos e cartilhas para pacientes.	Melhorar e padronizar as informações e orientações aos pacientes.	Réa, Heloísa Diogo, Érica S.Social	Médio Prazo	Radioterapia	Rever as propostas de folhetos existentes. Criar novos folhetos sobre “cuidados” (enfermagem).	RS ??
Eliminar caderno da “fila de espera” para planejamento.	Evitar espera muito longa, e ordenar mais a demanda (fila pequena de até 15 dias).	Vilma, Recepção	Imediata (após expansão dos turnos).	Radioterapia	Esperar - motivo de limitação de horário.	
Chamar pacientes pela ordem de chegada ser feita pelo médico ou técnicos por microfone respeitando gravidade e casos críticos.	Evitar interrupção dos procedimentos da enfermagem para chamar os pacientes.	Diogo	Imediata Prioridade 1	Radioterapia	Providenciar Interfone.	OK
Criar máscaras no Word (máscaras), que facilitem e diminuam os campos necessários para preencher.	Médico preencher e entregar ao paciente no momento da consulta, evitando que o paciente retorne somente para buscar documentos.	Diogo, Recepção	Imediata	Radioterapia	Levantar receiptuários e todos documentos. Fazer máscaras no Word. Implantar máscaras o micro.	OK
Implantar a sistematização de assistência de enfermagem.	Padronizar os procedimentos de enfermagem.	Réa, Heloísa	Médio Prazo	Radioterapia		
Elaborar Manual de Normas e Rotinas do serviço.	Padronizar as rotinas, qualificando o serviço e diminuindo a variabilidade.	Equipe Radioterapia	Médio Prazo Prioridade 1	Radioterapia	Criar o Manual seguindo padrão do QualiHC.	OK- Junho/04
Ter programa de Educação Continuada (exigência da Acreditação Hospitalar).	Treinamento de toda equipe multidisciplinar.	Réa, Heloísa, Diogo, Érica	Médio Prazo	Radioterapia	Treinar toda a equipe nas novas normas/rotinas – 2004. Fazer Plano Treinamento anual	
Ter reuniões administrativas sistematicamente (mensal) com toda a equipe multidisciplinar.	Melhorar integração funcions. (entre turnos, profissões) e repassar informações (entre níveis hierárquicos)	Dr. Eduardo	Imediata Julho/05	Radioterapia		OK

Anexo III

Redesenho de Processos nos Serviços Gerais e Rouparia do HC-UNICAMP



CONTRATO DE TRABALHO



Unidade: Divisão de Serviços Gerais (DSG)

Data: 07/01/04

Projeto: Redesenho de Processos

Objetivo do Projeto:

Redesenhar o processo de prestação de serviços da Divisão de Serviços Gerais (DSG) do HC, visando sua otimização e melhoria, valorizando a **qualidade no atendimento**, a **inovação** das soluções encontradas, e o **compromisso com os resultados** a alcançar.

Incômodo(s) que justifica(m) o projeto:

- Falta de padronização geral da documentação administrativa da Divisão;
- Escassez de recursos (humanos, equipamentos, materiais, área física)

Importância do Projeto (ligação com o Planes e os clientes):

Esse projeto está inserido no Planejamento Estratégico do HC realizado em 2003, através da Questão Estratégica 4 “*Ser um hospital humanizado, com qualidade na gestão e assistência hospitalar.*”, Ação 4.2 “*Implementar em todas as áreas o modelo de revisão e racionalização de processos de trabalho, desenvolvendo a cultura da melhoria contínua.*”

Além disso, projetos dessa natureza alteram as rotinas para os clientes com melhorias significativas, e sempre racionalizam recursos (humanos, materiais, equipamentos, etc..).

Esses fatores são de extrema importância, visto que no momento o hospital passa por uma crise financeira.

Processo(s) envolvido(s) no projeto (nome, início, fim):

- 1- Atendimento Administrativo** da Divisão e de seus respectivos Serviços (Segurança, Portaria e Recepção - SSPR; Transportes – ST; Rouparia; e Higiene e Limpeza – SHL).
- 2- Serviço de Rouparia** (Implantação da multifunção e Projeto Camareiras)
- 3- Serviço de Segurança, Portaria e Recepção (SSPR)** – retomada do redesenho iniciado em 2002.

Restrições e Premissas:

- Não aumentar quadro de pessoal.
- Restrições Financeiras.
- Investimento mínimo em tecnologia da informação para suportar os processos.
- Investimento na reorganização da área física da Divisão e dos Serviços.
- Suporte de um profissional para desenho de formulários/impressos, conforme padrões do HC e da Universidade (Projeto de Impressos do HC).



CONTRATO DE TRABALHO



Unidade: Divisão de Serviços Gerais (DSG)

Data: 07/01/04

Projeto: Redesenho de Processos

Ganhos esperados:

- 1- otimização dos processos e documentos que transitam pela Divisão; racionalização de Recursos Humanos e Equipamentos da área Administrativa; padronização dos documentos entre os 4 Serviços da Divisão, com a finalidade de ser o piloto para toda a padronização de documentos / impressos do Hospital.
- 2- implantação da multifunção (camareiras, coleta, pacote, rouparia); qualificação dos serviços prestados aos clientes nas enfermarias; racionalização de recursos. Ampliação do Projeto Camareiras.
- 3- qualificação do serviço de segurança e atendimento da recepção; racionalização de Recursos Humanos (revisão do quadro, jornadas); padronização dos processos de recepção.

Projeto 1– Atendimento Administrativo

Indicadores	Desempenho antes	Meta	Desempenho depois	Redução de custo
Tipos de documentos existentes	43	Reduzir 20%	35	
Volume de documentos (cota xerox)	1673	Reduzir 15%	1519 (redução 180 folhas/mês)	R\$ 250,00
Quantidade de equipamentos das secretárias, supervisores e diretores.	6 micros 5 impressoras	Reduzir 5% Compartilhar os micros/impressoras entre os Serviços e a Divisão	6 micros 3 impressoras	R\$ 600,00
Quantidade de Recursos Humanos secretárias/ supervisores	5 secretárias 14 supervisores		3 secretárias 6 supervisores	R\$ 2.400,00 R\$ 6.000,00
Roupa lavada	R\$ 104.400,00		R\$ 94.591,00	R\$ 9.809,00
Fralda Geriátrica			Redução 250 unidades/mês	R\$ 204,10
			Total =	R\$ 18.265,10



CONTRATO DE TRABALHO



Unidade: Divisão de Serviços Gerais (DSG)

Data: 07/01/04

Projeto: Redesenho de Processos

Plano de Trabalho / Plano de Ação (5W2H)						
O QUÊ (WHAT) NECESSIDADE DE ATUAÇÃO (AÇÃO)	PARA QUE (WHY) JUSTIFICATIVA / BENEFÍCIOS	QUEM (WHO) RESPONSÁVEL	QUANDO (WHEN) PRIORIDADE /PRAZO	ONDE (WHERE) QUE ÁREA	COMO (HOW) – ATIVIDADES NECESSÁRIAS PARA IMPLEMENTAR	QUANTO CUSTA (HOW MUCH)
Etapas 2 e 3	Conhecer a Divisão (DSG)	M. Amélia Bernadete	07/01/04	DSG	Entendimento do negócio da DSG e seleção dos processos críticos.	
Etapa 5	Analisar o processo e os documentos atuais	M. Amélia Bete Mariza Bernadete	12 e 14/01/04	DSG e Serviços	Mapear processos e identificar desconexões e melhorias.	
Etapa 4	Levantar Requisitos dos Clientes	M. Amélia, Bete, Mariza, Bernadete, Diretores, Supervisores	20 e 21/01/04	DSG e Serviços	Levantar sugestões de melhorias em relação às secretarias.	
Etapas 2 a 5	Revisão e planejamento	M. Amélia, Paula, Bernadete	17/03/04	DSG e Serviços	Rever a documentação e próximos passos	
Etapa 5	Processo Atual	M. Amélia, Bernadete, Sandra, Mariza, Bete, Paula	6 e 15/04/04	Rouparia	Mapear processos e identificar desconexões e melhorias.	
Etapa 6	Redesenhar o processo	M. Amélia Bete, Paula, Mariza, Sandra, Bernadete	22 e 28/04/04	Admin. e Rouparia	Decidir sobre o novo processo, e planejar sua implementação.	
Etapa 7	Implementar o novo processo	M. Amélia Bete, Paula, Mariza Bernadete	A partir de Maio	DSG e Serviços	Implantar as ações melhoria sugeridas e por prioridade/ viabilidade.	
Etapa 8	Gerenciar o novo processo	M. Amélia e Diretores	Julho em diante	DSG e Serviços	Acompanhar o processo.	
Etapa 4	Levantar Requisitos dos Fornecedores	M. Amélia Bete, Paula, Bernadete RH, DEM, NIHC	Maio em diante	Adminis- trativo	Levantar sugestões de melhorias das secretarias em relação aos fornecedores.	
Etapa 4	Levantar Requisitos dos Fornecedores e Clientes	Rouparia, Clientes e Fornecedores	Julho em diante	Rouparia	Levantar sugestões de melhorias dos clientes da Rouparia e da Rouparia em relação ao fornec	
Perfil		Representantes (Nome/Área)				
Patrocinador		Coordenador de Administração				
Dono Processo		Maria Amélia – Diretora da Divisão				
Colab. Táticos		Ricardo, Sandra, Rose e Elói – Diretores dos Serviços				
Agente Melhoria		Bete, Paula, Mariza – Secretárias da Divisão e dos Serviços				
Facilitadores		Bernadete, Sandra				
Clientes		Diretores e Supervisores dos Serviços da DSG				
Fornecedores		RH, DEM, NIHC, DS/Almoxarifado, Patrimônio, etc..				

Data: 30/04/04

Patrocinador

Dono do Processo



PROCESSOS CRÍTICOS



Unidade: Divisão de Serviços Gerais (DSG)

Data: 07/01/04

Projeto: Redesenho de Processos

Processos Críticos Selecionados:

A Divisão de Serviços Gerais (1 diretor, 2 secretárias) conta atualmente com 4 tipos de processos de prestação de serviços com o seguinte quadro de pessoal:

- ◆ Serviço de Transporte (ST) – 1 diretor, 2 supervisores, 17 motoristas.
- ◆ Serviço de Segurança, Portaria e Recepção (SSPR) – 1 diretor, 5 supervisores, 2 secretárias, 96 recepcionistas e seguranças.
- ◆ Serviço de Rouparia – 1 diretor, 1 secretária, 6 costureiras, 33 auxiliares de lavanderia
- ◆ Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) – 1 diretor, 2 administrativos (resíduos)

Com base no Planejamento Estratégico do HC de 2003 (questão estratégica 4 *“Ser um hospital humanizado, com qualidade na gestão e assistência hospitalar”*, ação 4.2 *“Implementar em todas as áreas o modelo de revisão e racionalização de processos de trabalho, desenvolvendo a cultura da melhoria contínua”*), pela dimensão e natureza dos 4 tipos de serviços prestados, e com base nos problemas e/ou oportunidades de melhoria identificadas como de maior impacto sobre o Hospital e a DSG, a diretoria da Divisão definiu como seus processos críticos para 2004:

- ◆ Redesenho de Processos da área Administrativa da DSG e de seus Serviços (início Janeiro/04 - fim Junho/04);
- ◆ Redesenho de Processos do Serviço de Rouparia, com a Implantação gradativa do Projeto Camareiras e da Multifunção nas funções de camareiras, coleta, pacote, e rouparia;
- ◆ Redesenho de Processos do Serviço de Segurança, Portaria e Recepção (SSPR) – continuação de projeto iniciado em 2002 e interrompido em 2003.

Data: 07/01/2004

Dono do Processo

Alta Administração



UNICAMP

Unidade: Divisão de Serviços Gerais

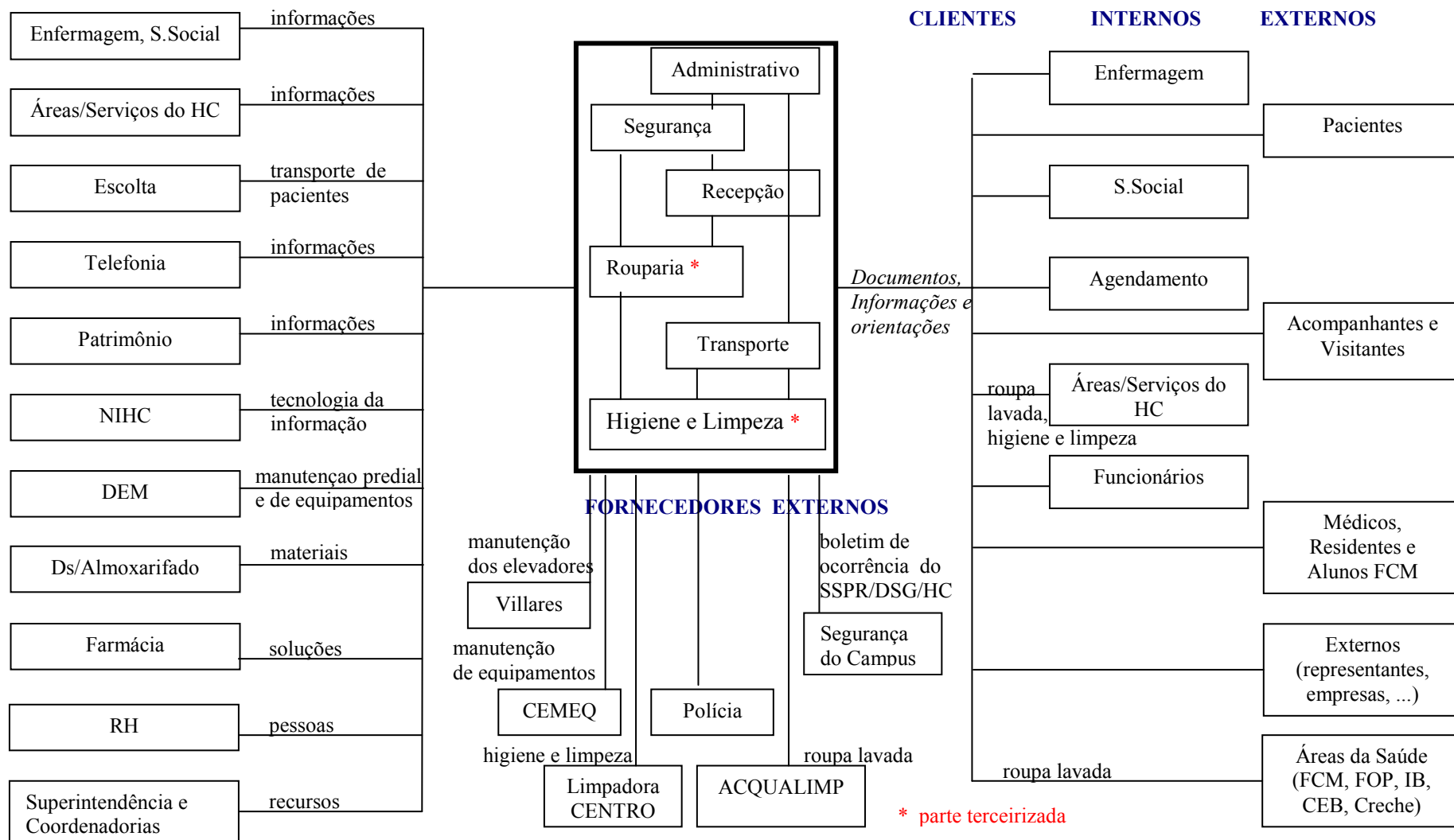
Processo: Rouparia

FORNECEDORES INTERNOS

MAPA DE RELACIONAMENTO



Data: 20/01/04





UNICAMP

Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Processo: Rouparia

MAPA DE RELACIONAMENTO

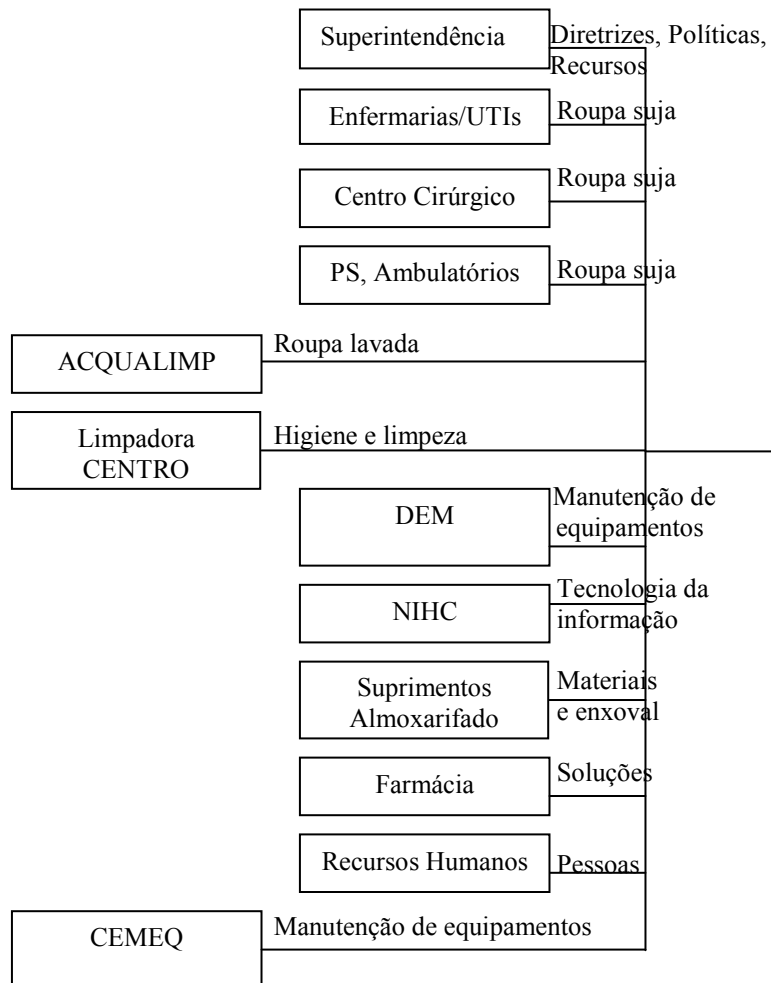


Data: 20/01/04

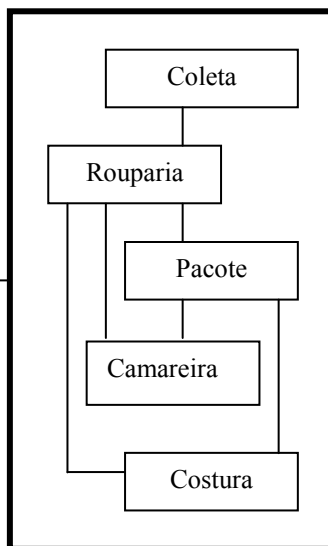
FORNECEDORES

EXTERNOS

INTERNOS



PROCESSO ROUPARIA

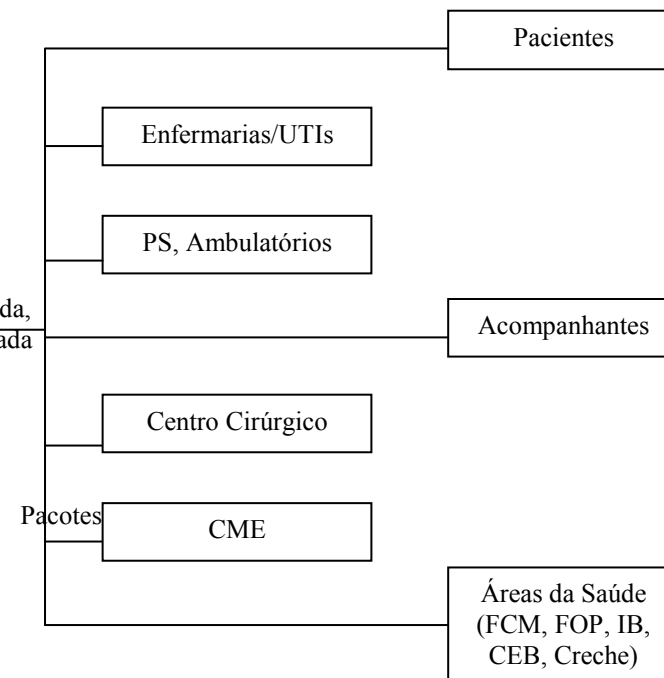


Roupa lavada, confeccionada e reparada

CLIENTES

INTERNOS

EXTERNOS





UNICAMP

Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Processo: Rouparia

MAPA DE RELACIONAMENTO



Data: 20/01/04

Objetivos do Processo:

- Prestar serviços de interface entre o hospital e a firma terceirizada, no que diz respeito à lavagem e recolhimento da roupa hospitalar.
- Coletar a roupa suja nas unidades, entregar a roupa limpa, fazer pacotes de campos cirúrgicos,
- Confeccionar peças de enxoval e fazer reparos.

Início: Coletar a roupa suja nas unidades do hospital.
Confeccionar e reparar peças de enxoval.

Fim: Entregar a roupa limpa nas unidades do hospital.
Entregar as peças de enxoval prontas.



REQUISITOS DO PROCESSO



Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Processo: Rouparia

Data: 16 a 19/08/04

Necessidades do Processo em relação aos Fornecedores:

- ✓ Trapos e compressas não são carimbados, e se misturados no mesmo hamper se perdem na Acqualimp.
Sugestão: Colocar num hamper separado (ou saco de lixo). Deixar sanitos pequenos com roupeiras nos andares. Roupeiros verificar onde está implantado ou não, e implantar nos locais onde não tiver. **Em andamento**
- ✓ Lençóis com nós nas pontas atrapalham processo de lavagem na Acqualimp, e tem que relavar.
Sugestões: Aumentar tamanho de lençol para evitar os nós; **OK**
Usar elásticos para amarrar lençol ao invés dos nós; **Não foi possível pois o elástico derrete na lavagem estragando a peça.**
- ✓ Consumo excessivo de hamper nas unidades e camisolas nos ambulatórios. Sugestão: Comprar hamper e camisolas descartáveis.
Com o recebimento regular da peças confeccionadas, não está havendo falta de hamper e camisolas de ambulatório. OK
- ✓ Informações e rotinas preconizadas com o Departamento de Enfermagem não chegam aos funcionários.
Sugestões: Divulgação melhor das rotinas pelo DENF;
Implantar nas áreas e unidades as normas da Rouparia, com ciência de todos os funcionários. **As normas foram afixadas em todas as Unidades. OK**
- ✓ Não existe controle da roupa suja.
Sugestão: Enfermagem anotar controle de roupa suja que ficaria em uma prancheta amarrada no hamper, como em outros hospitais. **Não foi viável de implantar.**
- ✓ Não existe controle da evasão de roupa.
Sugestão: Controlar a evasão de roupa por unidade. **OK**

Necessidades dos Fornecedores em relação ao Processo:

- ✓ Horário de coleta entre 11 e 12hs não sincronizado com enfermagem.
Sugestão: horário bom seria às 13hs. Não mudou horário, mas com os roupeiros nos andares a roupa está indo mais no horário. **OK**
- ✓ Enfermagem não ter que levar roupa no expurgo.
Sugestão: Coletor passar na porta do posto de enfermagem em horários pré-estabelecidos.
O problema ainda existe, está sendo feito levantamento de quais áreas são mais problemáticas.
Verificar se expurgos tem conexão física direta com a área suja da Lavanderia.
- ✓ Coleta da noite arrastando hamper no chão e entrando na enfermaria. **OK**



REQUISITOS DO PROCESSO



Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Processo: Rouparia

Data: 16 a 19/08/04

Necessidades do Processo em relação aos Clientes:

- ✓ Rever estoque/cotas de enxoval nas unidades. **OK**
Sugestão: Revisão das cotas com roupeiros nos andares gerou **economia de 20% nas cotas**. Após a revisão das cotas, fazer processo educativo nas unidades com a equipe de trabalho (médicos, residentes, enfermagem, admin) levando indicadores de evasão e economia.
- ✓ Dormitórios dos médicos “entulhados” de roupas. Levam roupa das unidades para os dormitórios, roupas não são colocadas no hamper. **O roupeiro no andar controla a organização nos dormitórios dos médicos. OK**
Sugestões: Transferir os funcionários do SSPR que atendem a residência na Rouparia.
- ✓ Acompanhantes / pacientes com sacola levando enxoval.
Colocar quadro de orientações nos quartos para acompanhantes e pacientes.
- ✓ Perda de lençóis nas transferências
Sugestão: Trabalho com os motoristas para avaliar perda de lençóis nas transferências, e conscientizá-los para devolver. **OK (não está havendo perda)**

Necessidades dos Clientes em relação ao Processo:

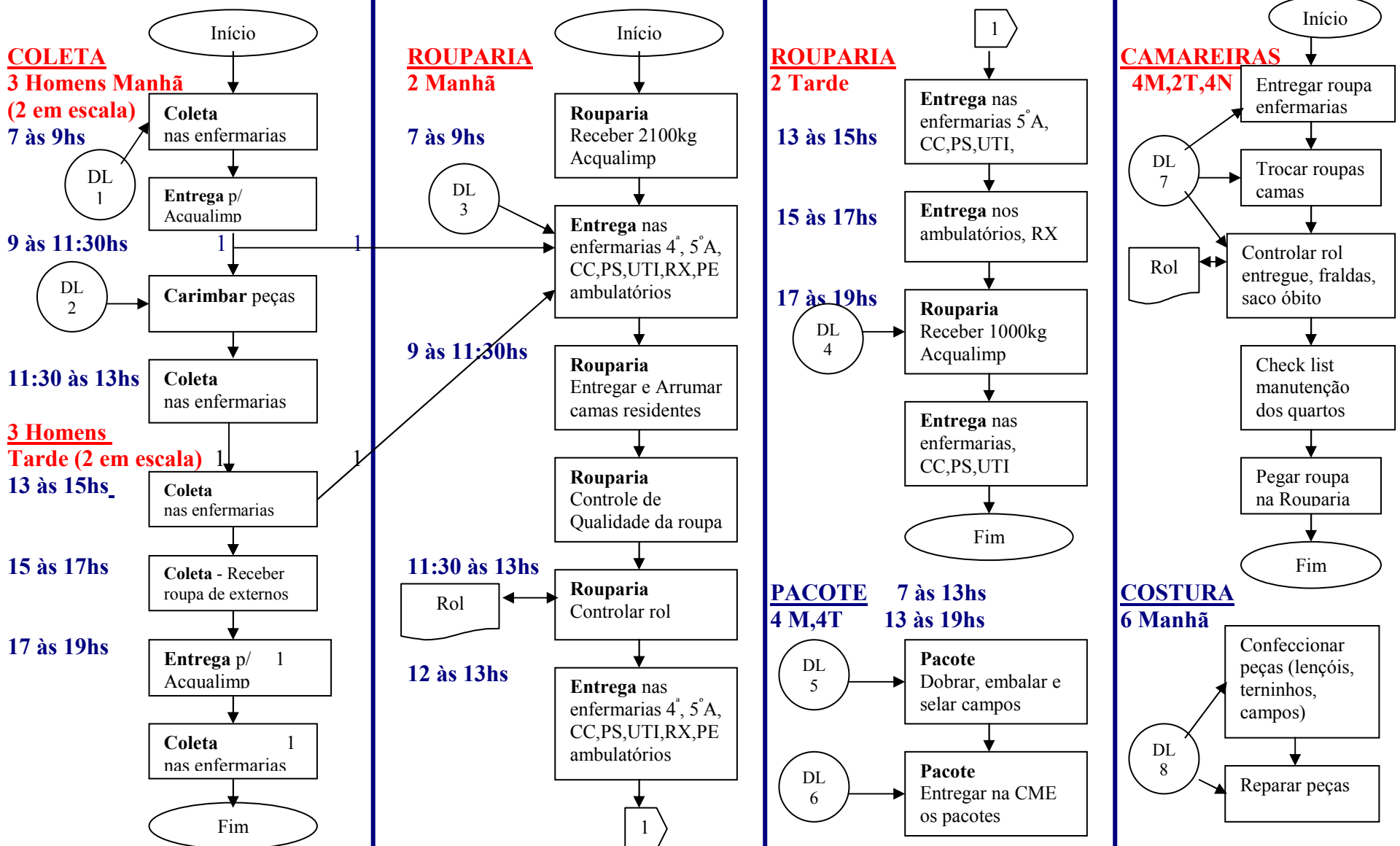
(ouvidas 40 pessoas da Enfermagem nos turnos Manhã, Tarde e Noite)

- ✓ Falta de enxoval:
Sugestão: Repor peças de enxoval.
 - ✓ Camisolas no Ambulat. Ginecologia. Cota necessária: 100 camisolas/mês. **OK**
 - ✓ Pijamas especiais para traumato e PS; Campos para Med. Laser; **OK**
 - ✓ Toalhas de banho para pacientes; **Inviável devido à evasão**
 - ✓ Roupa para obesos; **OK**
 - ✓ Trapos, cobertores e fronhas; **Permanece o problema com o fluxo de trapos; adquiridos fronhas e cobertores(aguardando entrega) OK**
 - ✓ Faixas de contenção na Psiquiatria - faltam orientações para encaminhar as faixas para terceirizada. Sugestão: roupeira centralizar faixas p/a encaminhar. **OK**
 - ✓ Rolos e travesseiros; **OK**
 - ✓ Fraldão - aumentar cota para CT/EE; **OK**
 - ✓ Lençóis e fronhas pequenos. Sugestão: Aumentar tamanho. **OK**
 - ✓ Perda e desperdício de enxoval nos ambulatórios. **As entregas e solicitações estão momentaneamente regularizadas. OK**
 - ✓ Roupas de enxoval sendo usadas como trapos.
Sugestão: Enviar cotas de trapos para as unidades. **OK**
 - ✓ Plantão 3 noturno não está recolhendo roupa. **OK**
- Sugestões:
- ✓ Centralizar distribuição de campos na CME.
 - ✓ Pedido de compressa diário para pacote. **OK**
 - ✓ Colocar uma roupeira para NAMPE e Ambulatório. **OK**
 - ✓ Entregar kit de roupa na internação. **Implantar piloto numa unidade.**
 - ✓ Distribuir roupeiros noturnos: 1 na 4ª Reta e 1 no 6ª **OK**
 - ✓ Carrinhos muito barulhentos à noite, atrapalham pacientes da psiquiatria.
 - ✓ Distribuir folder da internação no PS também e atualizar com novas orientações.

Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Data: 09/06/04

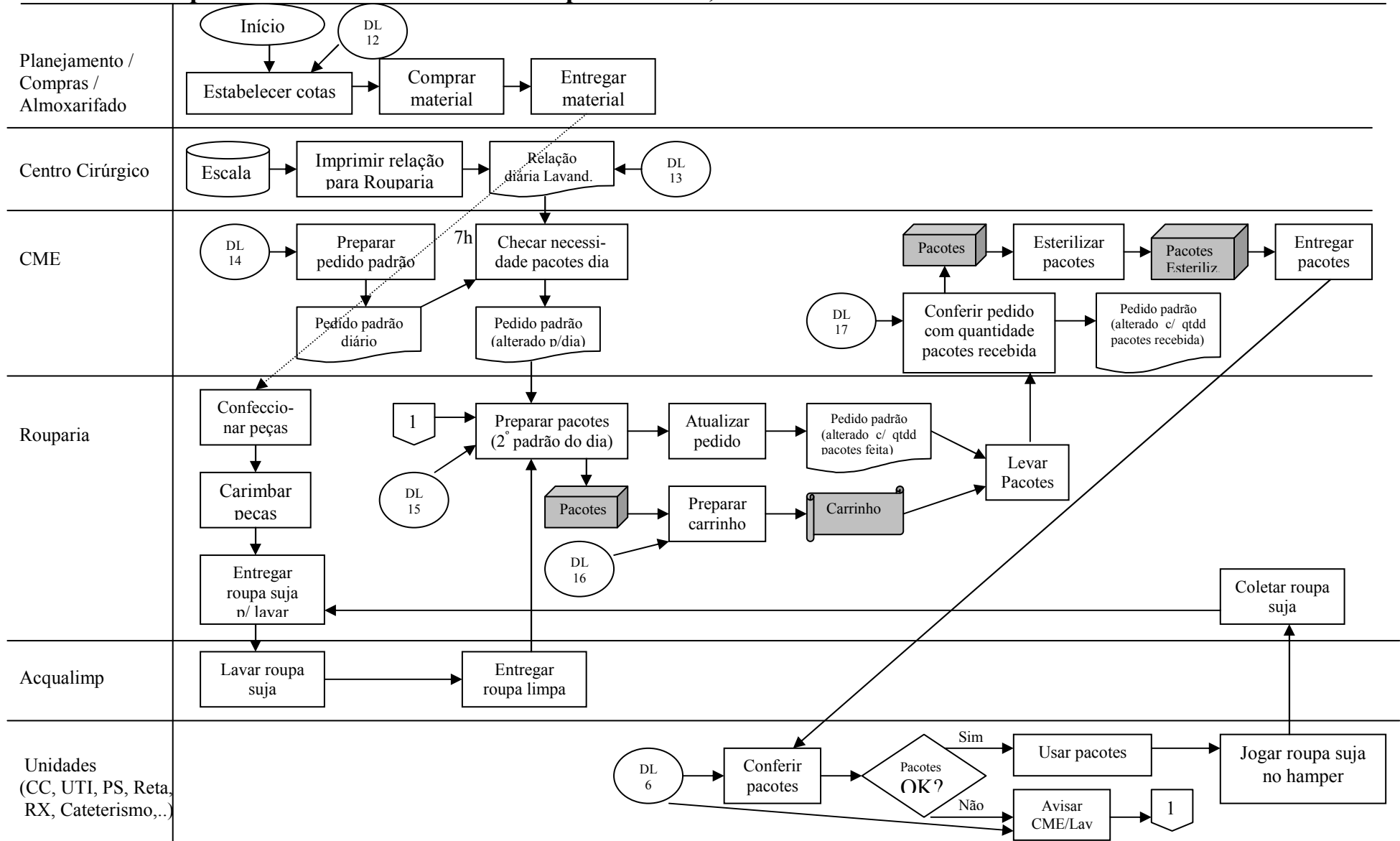
Processo: Rouparia - Fornecimento de Pacotes para a CME, CC e Unidades



Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Data: 09/06/04

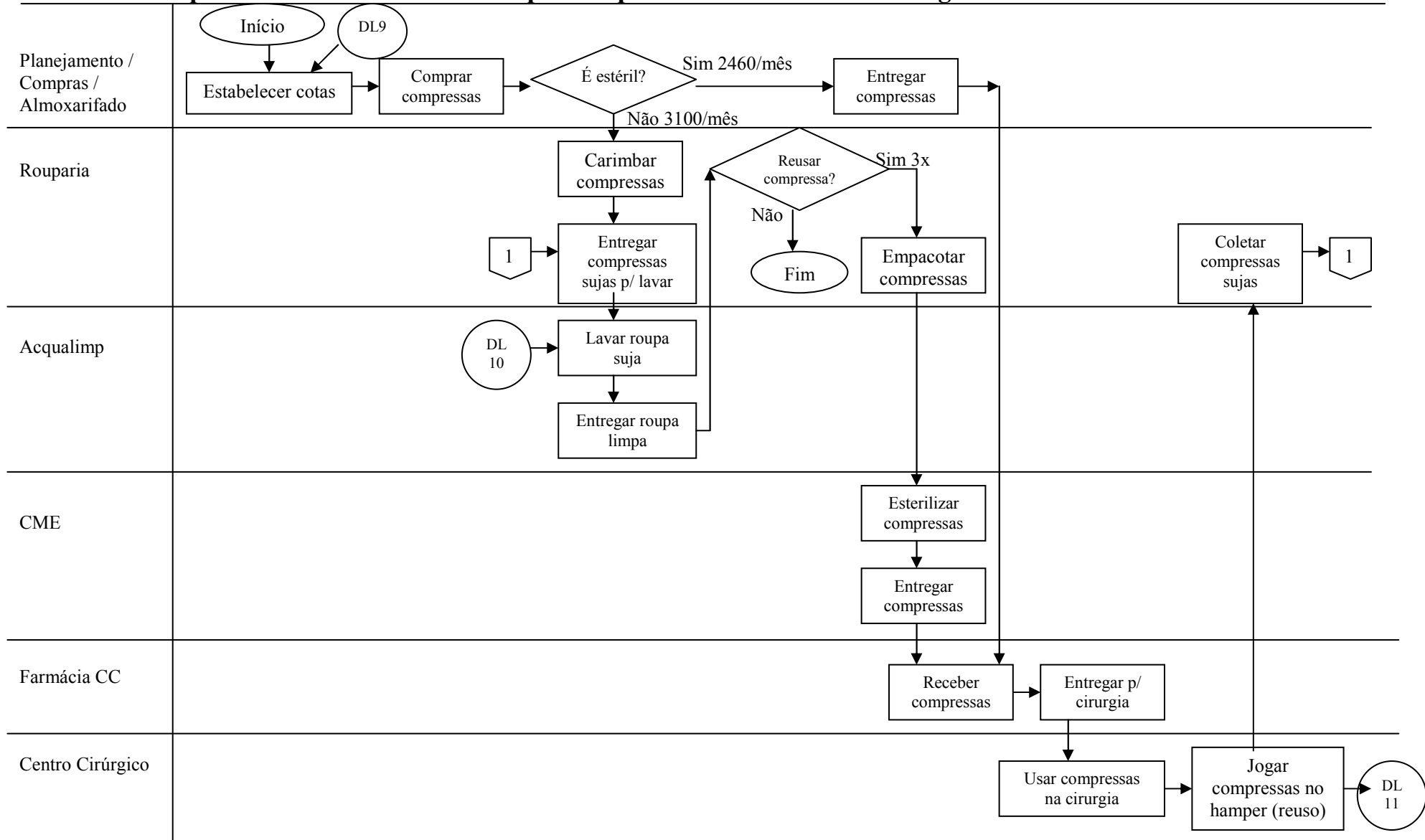
Processo: Rouparia - Fornecimento de Pacotes para a CME, CC e Unidades



Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Data: 09/06/04

Processo: Rouparia - Fornecimento de Compressas para a CME e Centro Cirúrgico





PLANILHA DE DESCONEXÕES



Unidade: Divisão de Serviços Gerais
Processo: Rouparia – todos os subprocessos

Data: 27/04/04

DESCONEXÕES	SUGESTÕES	GRUPO
DL1 – Início da coleta às 7hs da manhã. Acqualimp chega às 7hs para entregar roupa e espera término coleta às 8:30hs p/ levar roupa	Transferir 1 funcionário da coleta para a noite, de maneira que às 7hs toda a roupa suja já esteja pronta para entrega a Acqualimp.	Imediata - OK
DL2 - Déficit de pessoal. Eliminar trabalho de carimbar peças (repetitivo, gerador de laudos).	Eliminar carimbo das peças, repondo pessoal para rouparia/camareiras. Substituir tecido dos lençóis com logotipo. Substituir tecido dos lençóis de cretone branco para misto → tecido mais leve (custo de lavagem 20% menor), mais largo (menos metragem para comprar) → <i>Custo de R\$ 6.840/mês a menos.</i> <i>Teste no lençol não foi aprovado, tecido ruim (mais fraco e amarelou)</i>	Médio Prazo p/ 2005 OK Médio Prazo Não aprovado
DL3 – Entrega de roupa nesse horário é um gargalo.	Implantar Projeto Roupeiros p/ outros andares, acaba essa entrega.	Médio Prazo-OK
DL4 – Horário das 17hs da Acqualimp é um gargalo.	Acabar a entrega das 12hs e passar para 16hs a 17hs. Possível somente quando houver sobra de enxoval (+ 1 troca reserva). <i>Encontramos dificuldade pois terceirizada não mantém regularidade na entrega</i>	Não foi possível
DL5 – Déficit de pessoal. Trabalho repetitivo, gerador de laudos.	Propor horário administrativo para o pacote sem sáb./dom., reduz necessidade de 8 p/ 6 funcs → realocar 2 p/ Projeto Camareiras. Terceirizar os pacotes (verificar custo). Usar RH dos pacotes para projeto camareiras. <i>Avaliado como alto risco → não terceirizar</i>	Imediata – OK Médio Prazo Não aprovado
DL6 – Problemas no fluxo dos pacotes para CME. Pacotes vão p/a CME, não chegam ao cliente com a quantidade feita pelo pacote (Cateterismo, RX, A3Q3, UTI, ...). No. de pacotes que sai da Rouparia p/ CME não bate com o no. que a CME recebe e nem com o que o cliente final recebe (não existe conferência). Usuários ligam na Rouparia p/ reclamar falta de peças no pacote. Quando não precisa mais, a unidade ou CME não avisa a Rouparia.	Rever fluxo Pacote → CME → Usuário. <i>Na verdade é uma desconexão sazonal, sempre que relaxamos o controle, aparece alguma dificuldade.</i>	Imediata – OK
DL7 – Déficit de pessoal. Projeto Camareiras implantado somente no 6º andar. Necessidade de expansão para outros andares. Necessidade: para 5º e 6º andar = 22 pessoas (atualmente 10), sendo 5 por período X 2 (M, T) + (4 Noite X 3); para projeto completo = 4 por andar (M,T) + 2 por andar (N).	Negociar com RH realocação de funcionários com laudo de outras áreas para Camareiras. Negociar com RH e DENF a realocação dos atendentes de enfermagem (verificar onde estão lotadas, qual função). Implantar projeto em todos os andares com roupeiros, ao invés de camareiros (1 por andar). Esse projeto ser o piloto de um Projeto maior de Apoio Admin. às Unidades de Internação (Arsenal, Roupa, Transporte, Pastas, etc.) Estamos pleiteando contratações, baseados em aposentadorias ocorridas no período e na real necessidade na célula pacote	Médio Prazo Não foi possível Médio Prazo Não foi possível Imediata - OK Longo Prazo Médio Prazo



PLANILHA DE DESCONEXÕES



Unidade: Divisão de Serviços Gerais

Data: 27/04/04

Processo: Rouparia - Pacotes

DESCONEXÕES	SUGESTÕES	GRUPO
<p>DL9 – Estoque de compressas crítico (cotas insuficientes). Muita perda no CC e na Acqualimp por causa do reuso das compressas (cerca de 40% de perda, 3x de reuso de cada compressa) Hoje 2460/mês não estéreis; 3100/mês estéreis.</p> <p>DL10 – Compressas estéreis não são identificadas (carimbadas), ocasionando perda pela Acqualimp (+- 1/3 das compressas).</p> <p>DL11 – Compressas usadas no CC são jogadas no saco preto, e muitas vezes não são reaproveitadas.</p> <p>Processo com muitas interfaces para compressas não estéreis e com reuso(Planejamento→Rouparia→CME→Farmácia CC→CC).</p>	<p>Aumentar cotas.Necessidade 1200compressas/dia(240 pacotes/dia) Solicitar novo aumento da cota para +1000 Cremer ou 2000 Medhouse.</p> <p>Simplificar o processo, eliminar tarefas e retrabalho, comprando compressas estéreis e sem reuso. Jogar compressas no saco preto, e colocá-lo no container específico para reuso. Estudar custo X benefício da compra de compressas estéreis X não estéreis. Comprar só estéreis, elimina várias etapas do processo.</p>	<p>Imediata - OK Imediata</p> <p>Médio prazo Não foi possível Imediata - OK</p> <p>Imediata – OK Não compensa</p>
<p>DL12 – Falta de material – principalmente campos, aventais, compressas. Cotas insuficientes por causa da evasão. Rever cotas.</p>	<p>Pedido desses itens foi liberado pelo Planejamento para ser mensal e não semanal deve melhorar o estoque. Medir indicadores de evasão de roupa. Rever cotas anuais.</p>	<p>Imediata - OK</p> <p>Médio Prazo</p>
<p>DL13 – Quantidade de pacotes marcada na relação não é real, principalmente p/ CCA. Pedido feito pela escala com overbook.</p>	<p>Rever no sistema do CC as quantidades de roupa por cirurgia → Usar relação roupa que sai da escala, acaba com processo manual na CME. CC levantar c/ NIHC relação últimos 3 meses só de roupa. CC olhar preenchido/gasto cirúrgico item roupa (18 a 22/10). Fazer intervenção com Enf. p/ acerto no gasto, e medir gasto de novo. Acertar tabela de acordo com dados da relação NIHC e do gasto.</p>	<p>Médio Prazo</p>
<p>DL14 – Pedido padrão semanal não adequado, números muito diferentes do real.</p>	<p>Transformar o pedido semanal em diário. Pedido diário ser feito com um dia de antecedência. Rever padrão diário incluir % p/ urgências.</p>	<p>Imediata - OK</p>
<p>DL15 – Dificuldade na distribuição dos pacotes por pessoa.</p>	<p>Escala de funcionários do pacote ser por tipo de pacote.</p>	<p>Imediata - OK</p>
<p>DL16 – Pacotes no carrinho vem todos misturados. Gargalo na chegada dos carrinhos na CME dificulta conferência.</p>	<p>Carrinhos serem preparados com pacotes por setor.A cada carrinho pronto, subir para a CME (um por vez), Tarde após 14:30hs.</p>	<p>Imediata - OK</p>
<p>DL17 – Retrabalho na conferência dos pacotes (2 formulários – 1 para Lav. e 1 p/ CME)</p>	<p>Usar um único formulário, com 2 colunas (qtdd que saiu da Lavand., qtdd que chegou CME).</p>	<p>Imediata - OK</p>
<p>Área física dos pacotes. Retrabalho: por os pacotes nas prateleiras, e depois tirar para colocar nos carrinhos e levar para as unidades.</p>	<p>Guardar os pacotes em gaiolas e/ou carrinhos , ao invés das prateleiras. Avaliada como não viável. Tirar as prateleiras da parede e adquirir carrinhos.</p>	<p>Médio Prazo Não foi possível</p>
<p>Falta de pessoal no pacote.</p>	<p>Marileide (supervisora) assumir no pacote período da manhã.</p>	<p>Imediata - OK</p>
<p>Pacotes de campo oftálmico despadronizados, muitos tipos.</p>	<p>Diminuir pacotes de catarata em 50% (-10/dia). Fazer 2 campos de 1x1 (10 pacotes/dia)</p>	<p>Imediata - OK</p>
<p>Gargalo no processo de produção pacotes em função dos horários (manhã prepara p/ cirurgias da manhã, tarde p/ cirurgias da tarde).</p>	<p>Inverter o processo: Pacotes da manhã feitos para cirurgias da tarde e os da tarde feitos para as cirurgias da manhã seguinte.</p>	<p>Imediata a partir de 8/9 - OK</p>



PLANILHA DE DESCONEXÕES



Unidade: Divisão de Serviços Gerais
Processo: Rouparia - Costura e Camareiras

Data: 27/05/04

DESCONEXÕES	SUGESTÕES	GRUPO
DL8 – Déficit de pessoal.	Mudança horário da costura (horário admin.) Transferir 1 costureira (T) para Projeto Camareira. Terceirização parcial de algumas peças/mês = R\$ 1.700,00/mês. Terceirização total da costura, exceto reparos.	Imediata – OK Imediata - OK Imediata - OK Médio Prazo- OK
Roupa muito velha, rasga muito → demora na costura → compensa mais confeccionar , do que consertar.	Dar mais baixa na roupa velha. Critério: Qualidade do tecido e tempo de uso Confeccionar mais roupas novas.	Imediata - OK
Trabalho muito intenso com poucas pessoas, sujeito a gerador de laudos.	Sistematizar as paradas a cada período para alongamento, e horário de almoço.	Imediata - OK
Sala das camareiras entulhadas, bagunçadas e sujas. As unidades de internação (enfermarias) estão muito cheias de “tralhas”.	Camareiras em conjunto com Enfermagem desobstruir a sala, por ordem e limpar.	Imediata - OK exceto Pediatria
Falta de enxoval: hoje 5800 lençóis; futuro 6000 lençóis; 8000 lençóis (ideal c/ reserva).	Paciente que vai para exames usar lençol de papel na maca ao invés de pano.	Imediata - OK
Carrinhos para roupa limpa muito ruins. Falta de carrinhos para roupa suja.	Consertar, dar manutenção nos carrinhos. Comprar carrinhos de roupa suja (está sendo comprado pela DS).	OK Imediata
Mal uso da roupa pelos pacientes, acompanhantes e enfermagem.	Conscientizar sobre o bom uso da Roupa. Feito pelos roupeiros agora nos andares. Incluir nas normas de internação. Colocar as normas na porta/parede dos quartos. Camareiras fazerem vistoria nos armários a cada alta de paciente.	Médio Prazo-OK Médio Prazo Imediata - OK
Falta de travesseiros, cobertores e coxins. Há muita perda, estão colocando travesseiros no hamper.	Travesseiros, cobertores e coxins, serem cuidados e controlados pelas camareiras.	Imediata - OK
Atuação ainda limitada dos roupeiros nos andares.	Ampliar atuação dos roupeiros com outras atividades: arrumação das camas, vistoria de manutenção (Enga.) nos quartos, etc...	Médio Prazo
Falta de identificação dos funcionários (camareiras, rouparia e coleta).	Providenciar uniformes novos: 3 para cada funcionário, que levaria para casa para lavar.	Médio Prazo- OK

Unidade: Divisão de Serviços Gerais
Processo: Rouparia - Rouparia e Coleta

Data: 25/06/04

DESCONEXÕES	SUGESTÕES	GRUPO
Área física da rouparia. Retrabalho: tirar roupas das gaiolas para colocar nas prateleiras, e depois tirar das prateleiras para subir para as unidades.	Negociar com a Aqualimp para as gaiolas já virem com a roupa separada por unidade. Rouparia passaria as quantidades por gaiola. Avaliada como não viável.	Imediata Não foi possível
Falta de enxoval, principalmente Fronha e Fraldão	Comprar mais enxoval e pedido de confecção externa.	Imediata - OK
2 elevadores do fundo (Rouparia e Nutrição) estão quebrados dificuldade e demora para subir aos andares. Mal uso pelos func. →	Consertar. Conscientizar os funcionários quanto ao uso dos elevadores	Imediata Imediata
Rols e papéis utilizados na rotina operacional estão desatualizados.	Analisar cada um, é possível reduzir muito (Projeto Formulários).	Médio Prazo
Sapato como EPI para rouparia/coleta ?	Bota de PVC é EPI para func. da coleta, mas não da rouparia.	Não é EPI
Localização do armário da UTI pediátrica ruim, dificultando para passar com carrinho de roupa no meio dos leitos/equipamentos.	Mudar o armário que guarda roupa na UTIP, para um local de mais fácil acesso como era antigamente.	Imediata - OK
Gaiolas ficam desorganizadas nas enfermarias que não tem camareiras.	Identificar com etiqueta nas gaiolas o tipo de roupa em cada prateleira. Conscientizar a enfermagem para manter em ordem. Ampliar o projeto camareira nos outros andares.	Imediata - OK
Foi tirado o lanche dos funcionários da manhã e tarde	Voltar a fornecer o lanche (30 pães e leite por turno)?	Não é possível
Insalubridade do pessoal da coleta passou de 40% para 20%, embora as atividades de lidar com a roupa suja continuem.	Reavaliar a possibilidade de retornar para 40%.	Não é possível avaliado SESMT
Banheiro da Área suja (Coleta) está sem porta.	Colocar porta no banheiro.	Imediata
Horário de Coleta das 11hs às 12hs, não está sincronizado com horário da enfermagem levar roupa para o expurgo. Encontram pouca roupa no expurgo, e tem que buscar na enfermaria. Às 13hs o expurgo está cheio, e a coleta já passou.	Enfermagem colocar roupa no expurgo mais cedo, ou mudar horário da entrega p/ AQUALIMP de 12hs para 16hs. Fixado o horário das 11hs e a Enfermagem colocar roupa mais cedo.	Médio Prazo-OK

Anexo IV

Projetos de Melhoria de Processos do HC-UNICAMP

GESTÃO DE PROCESSOS – PROJETOS DE MELHORIA

No	Contrato	Ciclos PDSA	Processo	Facilitador	Dono Processo	Coach	Patrocinador	Data Contrato	Etapa Gepro
1	Garantia da assistência prestada com o prontuário		Prontuário médico	Carlos	Carlos	Eneida	Dr. Nestor	24/06/04	Etapa 8
2	Back-up diários e disaster-recovery		Informatização	Kitaka	Pi	Eneida	Dr. Nestor	01/07/04	Etapa 8
3	Garantia da cobrança da assistência prestada, desde o atendimento até os diversos relatórios estatísticos.	1– Ambulatório Oftalmo, Otorrino, Dermato	Cobrança SUS	Ana Paola, Cristiano	Dono da área/especialidade foco	Dete, Eneida	Sonia, Dr.Nestor	24/05/04	Etapa 8 Etapa 8 Etapa 8
4	Classificação de Risco no PS		Pronto Socorro	Luciana	Fátima, Neder	Eneida	Dr. Paulo	08/06/04	Etapa 8
5	Serviços Gerais (Administrativo, Rouparia, SSPR)	1 – área admin. 2 – rouparia 3 – SSPR	DSG	Dete, Sandra, Ricardo, Miriam	Maria Amélia	Dete	Folegatti Dr Nestor	07/01/04	Etapa 8 Etapa 8 Etapa 7
6	Manutenção de Equipamentos	1 – CC e CCA 2 – UTI 3 – UTI Pediat.	Manutenção de Equipamentos	Reynaldo facilitador área foco	Dono da área foco	Eneida	Dr. Nestor	19/01/04 03/04 09/11/04	Etapa 8 Etapa 7
7	Assistência em terapia intensiva	1 – Pendências (LPC,CC)	Terapia Intensiva (UTI)	Claudinéia Bete	Dr.Sebastião, Bete	Dete	Dra. Cristina	21/07/04	Etapa 7
8	Nutrição		Nutrição	M.Teresa	Harumi	Dete	Dra. Cristina		
9	Atendimento em Radioterapia	1- Redesenho 2- VISA	Radioterapia	Dete, Diogo	Dr. Eduardo	Dete	Dr. Roger	05/03	Etapa 8 Etapa 7
10	Planejamento Cirurgia Eletiva		Cirúrgico	Eneida	Dr. Chaim, Margareth	Ademir (Imecc)	Dr. Nestor	10/05/04	Black Belt
11	Medir Eventos Centro Cirúrgico	1- todo CC 2- avaliação ciclo pre-operat	Cirúrgico	Rose	Dr. Chaim, Margareth	Eneida	Dr. Nestor	13/05/04	Etapa 8
12	Descarte de materiais pérfuro-cortantes		Assistência	Solange, Wilma, Filó	Rose(Resíduo),Dire-tor da área	Eneida	Vera, Dra.Cristina		Etapa 5
13	Revisão de Entrada de Exames	1- Ambulatórios 2- P.S. 3- Enfermarias	Patologia Clínica	Lucélia, Kitaka	Dra Angélica, Ana	Dete	Dr. Roger	24/06/04	Etapa 8

GESTÃO DE PROCESSOS – PROJETOS DE MELHORIA

No	Contrato	Ciclos PDSA	Processo	Facilitador	Dono Processo	Coach	Patrocinador	Data Contrato	Etapa Gepro
14	Dieta para Acompanhantes	1- Pediatria 2- Outras Enfermarias	Internação Pediátrica	Ana Paula, Teresa	M.Isabel, Harumi	Dete	Dra. Cristina	01/07/04	Etapa 8
15	POP's para Manipulação de Quimioterápicos		Quimioterapia	Cristina (Farmácia)	Rose	Dete	Dr. Luís Roberto	08/04	Etapa 8
16	Manuais de Procedimentos da Enfermagem	1-ControleSurto 2-Técnicas Enf. 3-Administrativo	Assistência	Filó,Vilma	Dono da área	Dete, Eneida	Vera, Coord.área	05/08/04 24/09/04	Etapa 8
17	Gerenciamento de Resíduos nos Laboratórios	1- LAP 2- LPC	Anat.Patológ. Parasitologia	Rose,GinaA ngela	Rose (Resíduo)	Eneida	Dr. Roger	19/10/04	Etapa 8
18	Gerenciamento de Resíduos do Glutaraldeído	1-CC/CME	Cirúrgico	Rose, Mirtes	Rose (Resíduo)	Eneida	Dr. Nestor		Etapa 8
19	Gerenciamento de Resíduos de RX		SAM	Rose, Carlos	Rose (Resíduo)	Eneida	Dr. Nestor		Etapa 8
20	Materiais Consignados		Cirúrgico	Bia, Rose-CC, Rose-CME	Dr.Chaim, Margareth	Eneida	Dr. Nestor		Etapa 7
21	Gerenciamento de Equipamentos	1-Aquisição de Equipamentos	Unidade Respiratória	Luis Cláudio,Reinaldo,Rosana Sueli	Luis Cláudio	Eneida	Dr. Nestor	30/09/04	Etapa 7
22	Transporte de Pacientes em Ambulância		Unidade respiratória	Rosana	Luis Cláudio	Eneida	Dr. Nestor		Etapa 2
23	Tomografia		Imagem	Diogo, Sonia	Dra.Elisa	Dete	Dr. Roger	10/09/04	Etapa 4 e 5
24	Serviços Administrativos da Imagem		Imagem	Dete, Diogo, Sonia	Dra. Elisa	Dete	Dr. Roger	01/10/04	Etapa 7

Legenda: verde – encerrado; preto – em andamento;