

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 486

Implantando a Gestão da Qualidade em Hospitais: A Experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre — RS

Antonio Carlos da R. Xavier
Fábio Ferreira Batista
Fátima Marra
Rose Mary Juliano Longo

JUNHO DE 1997

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 486

Implantando a Gestão da Qualidade em Hospitais: A Experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre — RS

*Antonio Carlos da R. Xavier**

*Fábio Ferreira Batista***

*Fátima Marra****

*Rose Mary Juliano Longo*****

Brasília, junho de 1997

* **Coordenador da Coordenação de Qualidade e Produtividade da Diretoria de Políticas Sociais do IPEA.**

** **Técnico da Diretoria de Políticas Sociais do IPEA.**

*** **Consultora do convênio IPEA/CEPAL.**

**** **Pesquisadora da EMBRAPA.**

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
Ministro: *Antônio Kandir*
Secretário Executivo: *Martus Tavares*



Presidente
Fernando Rezende

DIRETORIA

Claudio Monteiro Considera
Gustavo Maia Gomes
Luís Fernando Tironi
Luiz Antonio de Souza Cordeiro
Mariano de Matos Macedo
Murilo Lôbo

O IPEA é uma fundação pública, vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, cujas finalidades são: auxiliar o ministro na elaboração e no acompanhamento da política econômica e promover atividades de pesquisa econômica aplicada nas áreas fiscal, financeira, externa e de desenvolvimento setorial.

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 190 exemplares

SERVIÇO EDITORIAL

Brasília — DF:
SBS Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES, 10^o andar
CEP 70076-900
E-mail: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro — RJ:
Av. Presidente Antonio Carlos, 51, 14^o andar
CEP 20020-010
E-mail: dipes@ipea.gov.br

SUMÁRIO

SINOPSE

1	INTRODUÇÃO	7
2	A SANTA CASA	8
3	OS ANTECEDENTES	9
4	O NOVO MODELO GERENCIAL	9
5	RESULTADOS ALCANÇADOS	17
6	DIFICULDADES	18
7	FATORES DE SUCESSO E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA DA QUALIDADE	19
	ANEXOS	21
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

SINOPSE

Os objetivos do presente texto são analisar o processo de implantação, a partir de 1993, da gestão da qualidade na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre — RS e apresentar os resultados do processo de modernização gerencial, iniciado em 1983.

No período de 1983 a 1992, a Santa Casa adotou uma política de modernização administrativa, que criou condições favoráveis para a implantação da gestão da qualidade. As inovações gerenciais, adotadas nos últimos treze anos, causaram melhoria significativa da qualidade dos serviços prestados pela instituição. De organização considerada ultrapassada na década de 70 e início dos anos 80, a Santa Casa (embora ainda enfrente sérias dificuldades internas e externas) passou a ocupar posição de destaque, no Brasil e na América Latina, nas áreas de assistência médico-hospitalar e gerencial.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 70 e no início dos anos 80, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre — RS viveu sob condições precárias de funcionamento: instalações pobres e sucateadas; verbas escassas; administração amadora; funcionários desanimados; médicos prescrevendo apenas medicamentos disponíveis, etc. A mídia noticiava, periodicamente, ameaças de fechamento. Havia pouco auxílio governamental, e a sobrevivência da Santa Casa correu sério risco.¹

Em 1983, com a posse de uma equipe de administradores profissionais, essa realidade começa a se modificar. No período 1983—1992, a Santa Casa adota uma política de modernização administrativa, que criou condições favoráveis para a implantação, a partir de 1993, de um novo modelo gerencial: a gestão da qualidade. Essas inovações gerenciais produziram uma mudança significativa na Santa Casa.

Atualmente, a Santa Casa (embora ainda enfrente sérias dificuldades internas e externas) caracteriza-se por: excelência no atendimento ao binômio materno-fetal (recebeu, em 1995, do UNICEF, o título Hospital Amigo da Criança); excelência e pioneirismo em transplante de órgãos (único complexo hospitalar na América Latina a realizar todos os tipos de transplantes); modelo na implantação da gestão da qualidade total na área de saúde (recebe convites freqüentes de instituições interessadas em conhecer seu sistema de gestão); reconhecimento dos pacientes (as pesquisas de satisfação demonstram altos índices de aprovação), da imprensa (recebeu, em 1994, o

¹ Extraído de editorial intitulado “Um hospital que constrói a sua história”, de autoria de José Camargo. Santa Casa Notícias, agosto/setembro — 1995.

troféu **Destaque do Ano**, do **Jornal do Comércio de Porto Alegre**, de empresários (a instituição recebe doações regulares do setor privado) e da comunidade em geral (matérias elogiosas na imprensa). De organização considerada ultrapassada na década de 70, a Santa Casa passou a ocupar posição de destaque, no Brasil e na América Latina, nas áreas de assistência médico-hospitalar e gerencial.

Os objetivos do presente texto são analisar o processo de implantação, a partir de 1993, da gestão da qualidade na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e apresentar os resultados do processo de modernização gerencial iniciado em 1983. O trabalho se concentra no programa da qualidade e aborda, apenas como o antecedente, o período de 1983 a 1992, quando se iniciou o processo de mudança, que culminou com a adoção desse novo modelo gerencial.

2 A SANTA CASA

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é uma instituição filantrópica, de direito privado, sem fins lucrativos. Sua principal função social é manter hospitais e serviços assistenciais à população, além de ser um centro de educação, ensino e pesquisa. Fundada em 1803, a instituição não é, como se poderia imaginar, um único hospital. Trata-se, na verdade, de um complexo composto de seis unidades hospitalares com 1 349 leitos. A Policlínica Santa Clara (600 leitos) desempenha atividades de um hospital geral. O Hospital São Francisco (130 leitos) é especializado em cirurgias cardiovasculares e transplantes. O Hospital São José (84 leitos) presta serviços de neurocirurgia. O Pavilhão Pereira Filho (80 leitos) dedica-se à pneumologia clínica e cirúrgica. O Hospital Santa Rita (203 leitos) trata de oncologia clínica e cirúrgica. O Hospital da Criança Santo Antônio, única unidade que não se localiza na sede da

organização, no centro de Porto Alegre, realiza serviços de pediatria.

A instituição conta com um moderno sistema de informações (ver anexo 1). A análise de dados desse sistema (em agosto de 1995) mostrou que a Santa Casa realiza, anualmente, 74 631 consultas ambulatoriais e 4 890 internações hospitalares. A maioria dos pacientes internados (76,1%) reside na Grande Porto Alegre, enquanto que os demais são de outras localidades do estado (ver anexo 2).

Duas fontes básicas financiam as múltiplas atividades da instituição: o Sistema Único de Saúde (SUS) e os recursos de convênios e particulares. O atendimento a pacientes do SUS gera a maior parte da receita operacional (85,93%), enquanto que os serviços que a instituição presta a pacientes particulares ou de outros convênios respondem pelo restante (14,07%). Em novembro de 1995, previa-se uma receita total de US\$ 85 milhões anuais.

A Santa Casa realiza, por ano, 456 partos (31,8% partos cesáreos e 68,2% partos normais) e 4 368 procedimentos cirúrgicos. Outros indicadores da Santa Casa são também expressivos: a taxa de ocupação é de 85,3% do total de leitos; a média de permanência dos pacientes hospitalizados é de 7,6 dias; o índice de rotação de leitos é de 3,6%; a taxa de óbito é de 3,5%; 4 949 profissionais têm vínculo empregatício com a instituição; realizam-se, anualmente, 176 586 exames laboratoriais e 19 854 exames radiológicos; servem-se 263 516 refeições; e processam-se 248 118 kg de roupas (a relação de indicadores de qualidade e produtividade utilizados encontram-se no anexo 3).

A instituição dispõe, ainda, de diversos protocolos e rotinas (ver anexo 4) e publicações regulares (ver anexo 5).

Graças a essas características, a Santa Casa é considerada um dos maiores complexos hospitalares do país.²

Além de enfatizar a assistência, a Santa Casa se ocupa, ainda, com o ensino e a pesquisa na área médico-hospitalar. A instituição mantém vínculo com a Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, fundada em 1953, e oferece regularmente programas de graduação e cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) na área médica.

A Assembleia Geral (órgão soberano que reúne os membros da irmandade), a Mesa Administrativa, a Provedoria e a Direção Executiva formam a estrutura organizacional da Santa Casa.

3 OS ANTECEDENTES

Em 1983, o governo do Rio Grande do Sul cedeu um grupo de administradores para gerir a Santa Casa de maneira profissional. Iniciou-se, então, um processo que trouxe profundas mudanças na organização.

No período 1983—1987, a Santa Casa procurou soluções para seus problemas básicos. Mudou o modelo da estrutura diretiva e o quadro de gerências. Racionalizou os serviços e investiu em infra-estrutura básica. Retomou os serviços de terceiros. Como resultado, conseguiu o saneamento financeiro, o resgate do crédito e da credibilidade junto aos fornecedores, o reconhecimento como hospital-escola, o suprimento das necessidades básicas e o desenvolvimento de recursos humanos.

Entre 1988 e 1992, a instituição priorizou a modernização da sua estrutura organizacional.

² Relatório Institucional da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre para a Avaliação do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (1995).

Para conseguir atingir esse objetivo, definiu a estrutura funcional, implantou o planejamento estratégico, realizou investimentos diversos, enfatizou a produtividade e democratização das informações, formou e capacitou recursos humanos (técnicos e gerentes), adotou a administração por objetivos e disseminou a cultura da informática (ver anexo 6).

4 O NOVO MODELO GERENCIAL

De 1993 até o momento atual, a Santa Casa vem implantando uma política institucional com o objetivo de melhorar e ampliar a assistência médico-hospitalar. Com isso, a instituição espera ampliar o atendimento ao segmento de pacientes privados e de convênios. Essa foi a alternativa identificada para garantir a sobrevivência e o crescimento da organização (completa, no ano 2003, 200 anos de existência). O principal instrumento que a Santa Casa utiliza para alcançar esse objetivo é a implantação da gestão da qualidade (ver anexo 6).

A implantação do Programa de Gestão da Qualidade começou em 1993 e se divide em quatro etapas (ver anexo 7): mobilização gerencial para a qualidade; capacitação de recursos humanos (educação e treinamento); planejamento da implantação; e aplicação da gestão da qualidade.

4.1 A Mobilização Gerencial para a Qualidade A primeira etapa (mobilização gerencial para a qualidade) ocorreu no primeiro semestre de 1993, com a constituição do Conselho e do Núcleo da Qualidade, a formação dos Grupos de Solução de Problemas (GSP), e a identificação e contratação de consultoria externa.

O Conselho da Qualidade tem a função de deliberar sobre a estratégia e as ações do programa de qualidade. Participam do conselho a Direção

Executiva, as chefias setoriais (gerências) e as chefias intermediárias (supervisores).

O Núcleo da Qualidade exerce o papel executivo na implantação da gestão da qualidade. A tuam no órgão os gerentes financeiro e de recursos humanos (Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos —DDRH), o assessor da direção médica e o chefe da seção continuada do DDRH.

Contrariando a prática comum de muitos programas de qualidade total, a Santa Casa não nomeou uma equipe de tempo integral para trabalhar no Núcleo da Qualidade. Dos membros do Núcleo, três exercem funções de chefia e um, de assessoria. Um aspecto positivo dessa decisão é o fato de os membros do núcleo participarem, ativamente, da implantação do gerenciamento da rotina nas unidades que chefiam, reunindo, assim, melhores condições de assessorar as demais Unidades Gerenciais Básicas (UGBs). Cada área da Santa Casa conta com um membro do núcleo para acompanhar e assessorar, mensalmente, as atividades de implantação nas UGBs. A unidade realiza, ainda, oficinas de trabalho trimestrais, para avaliar o andamento dos trabalhos, e seminários semestrais, em que as UGBs apresentam os resultados dos seus trabalhos para o público interno e o externo.

Com o objetivo de procurar soluções para os problemas de infra-estrutura da organização, o Conselho da Qualidade criou os Grupos de Soluções de Problemas (GSPs) e priorizou os principais problemas da organização nos setores de segurança, comunicação e telefonia, vestuário, serviço médico de pessoal, refeitório, roupas e uniformes, e distâncias e trajetos.

No início, os GSPs não adotaram nenhum método específico de solução de problemas. Posteriormente, passaram a utilizar o Método de Identificação, Análise e Solução de Problemas (MIASP) desenvolvido pela JUSE (Japanese Union of Scientists and Engineers), instituição de destaque na

promoção da gestão da qualidade no Japão. Graças ao trabalho dos GSPs foi possível solucionar os seguintes problemas da Instituição:

□ *Instalação do tubo pneumático do laboratório central.* **As unidades da Santa Casa deslocavam, diariamente, funcionários para levar amostras para análise ao laboratório central e para trazer os resultados (laudos) dos exames. Para agilizar esse procedimento, instalou-se um tubo pneumático que permite transportar amostras e resultados dentro de uma cápsula especial, por meio de um dispositivo eletromecânico, controlado por computador.**

□ *Tempo de espera na fila do ambulatório.* **A Santa Casa conseguiu, mediante um novo sistema de agendamento de consultas, reduzir o tempo de espera na fila do ambulatório, de treze horas, em média, em abril de 1994, para oito minutos, em média, em julho de 1995.**

A atualmente, o programa de qualidade, ao invés de enfatizar os GSPs, atribui maior importância ao monitoramento dos processos por meio do uso de itens de controle. O objetivo atual não é resolver problemas de maneira isolada, como era feito antes, mas, pelo bloqueio das causas fundamentais dos problemas, atingir as metas dos itens de controle e, assim, melhorar a qualidade dos processos, produtos e serviços.

4.2 Capacitação de Recursos Humanos para o Programa da Qualidade **A segunda etapa (capacitação de recursos humanos — educação e treinamento), embora considerada permanente, ocorreu, principalmente, no segundo semestre de 1993 e no primeiro semestre de 1994. Para a efetiva capacitação dos funcionários, a Santa Casa desenvolveu as seguintes atividades:**

□ *ciclo de palestras internas e externas sobre gestão da qualidade.* **Objetivo: sensibilizar a direção, gerências, supervisores e técnicos de nível superior. Contou com a participação de empresas com o Gerdau, Banco Nacional,**

Johnson e Johnson, Fundatec, Hospital Albert Einstein, entre outras;

□ *visitas a empresas. Objetivo: buscar referências institucionais (benchmarking). Chefias e profissionais de nível superior da Santa Casa visitaram empresas que implantavam, com êxito, a gestão da qualidade. Os programas da Belgo Mineira e do Grupo Gerdau foram os que mais chamaram atenção dos dirigentes;*

□ *participação de funcionários em eventos externos. Objetivo: capacitar por meio de cursos, treinamentos, seminários, congressos e outros eventos de educação e treinamento em gestão da qualidade;*

□ *ciclo de palestras internas. Objetivos: (i) sensibilizar todos os funcionários, por meio da apresentação dos princípios e conceitos da gestão da qualidade; (ii) apresentação dos motivos que levaram a instituição a adotar o modelo gerencial; e (iii) apresentação da estrutura de funcionamento do programa;*

□ *capacitação em 5 S. Objetivo: preparar um grupo específico para coordenar a implantação do Programa 5 S; e*

□ *curso interno (ministrado a partir de 1994). Objetivo: aprofundar o nível de conhecimento sobre o método gerencial de todos os funcionários da organização. O curso, com duração de 28 horas/aula, é ministrado pelas chefias da Santa Casa e conta com o apoio do Consórcio Kellog.³ Até setembro de 1995, a instituição capacitou 24 turmas, com uma média de 36 participantes por turma. Participaram, além de profissionais da Santa Casa, representantes de 41 instituições públicas e privadas do setor de saúde.*

A Santa Casa realizou, no período de agosto de 1993 a julho de 1995, 1 968 horas de eventos de

³ O Consórcio Kellog é um consórcio interinstitucional cuja missão é promover e desenvolver a melhoria da gestão em saúde. Integram o consórcio: a Santa Casa de Porto Alegre, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

educação para a qualidade, com a presença de 8 968 participantes (média de 50 horas por participante). Ainda nesse período, a direção ratificou seu compromisso com o programa de gestão da qualidade.

4.3 O Planejamento da Implantação A terceira etapa (planejamento da implantação) desenvolveu-se durante o ano de 1994, paralelamente às etapas de educação e treinamento e de aplicação da gestão da qualidade.

O plano de implantação da gestão da qualidade, que o Conselho da Qualidade elaborou, consolidou e oficializou, prevê ações, no período de 1993 a 1998, nas áreas de apoio administrativo-operacional, infra-estrutura médico-assistencial e produto clínico. São as seguintes suas linhas principais: promoção e divulgação; educação e treinamento; crescimento do ser humano; gerenciamento da rotina; gerenciamento pelas diretrizes; e garantia da qualidade.

Ainda na etapa de planejamento, a Santa Casa aderiu, oficialmente, ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP).

4.4 A Aplicação da Gestão da Qualidade A quarta etapa (aplicação da gestão da qualidade) foi iniciada a partir do segundo semestre de 1994, após o cumprimento das etapas preliminares (mobilização, capacitação de recursos humanos e elaboração do plano de implantação). Nessa etapa, estão sendo consolidados o Programa 5 S e a implantação do gerenciamento da rotina e do gerenciamento pelas diretrizes.

Um grupo de vinte gerentes intermediários — que receberam capacitação básica em gestão da qualidade na Fundação Christiano Ottoni, vinculada à Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais — passou a liderar, após o treinamento, o processo de implantação nos diversos setores da Santa Casa. A instituição con-

tratou serviços de consultoria externa somente para definir a estratégia de implantação (terceira etapa do plano de implantação) e antes de iniciar o gerenciamento da rotina.

Desde o início do processo de implantação, o Núcleo da Qualidade assumiu uma postura ativa com relação à consultoria externa. Isso permitiu à instituição absorver conhecimentos importantes de especialistas sem, no entanto, abrir mão da definição da estratégia de implantação do programa.

4.4.1 O Crescimento do Ser Humano

A preocupação com o crescimento do ser humano é um importante aspecto do Programa de Gestão da Qualidade. Além dos eventos de educação e treinamento, a Santa Casa instituiu o programa *Dedique um Elogio*, no qual os funcionários que recebem elogios de pacientes e familiares são homenageados publicamente pela organização. Felicitações por datas festivas e comemorativas, placas de agradecimento ao corpo clínico e faculdades vinculadas são outras formas de reconhecer o trabalho que o quadro funcional realiza.

Outro programa que contribui para a valorização dos funcionários da instituição é o Programa 5 S.⁴ Durante o ano de 1994, implantaram-se os primeiros 3 S: *seiri*: senso de seleção, *seiton*: senso de ordenação, e *seisoh*: senso de limpeza). Em maio, iniciou-se o projeto piloto no Hospital São Francisco. Em julho, o programa se estendeu para a creche e, em setembro, para a área materno-infantil. Finalmente, em novembro, o programa se espalhou para todos os setores da organização. No início, a preocupação era atingir resultados rápidos (reduzir o desperdício com materiais, por exemplo). Com o passar do tempo, o programa se

⁴ Programa com origem no Japão, que visa criar ambiente favorável para a execução das tarefas diárias da organização.

tornou uma importante ferramenta de suporte ao gerenciamento da rotina, pois contribui para a organização interna das unidades. A direção considera que o Programa 5 S é, no momento, uma das principais ações de gerenciamento do ser humano na organização.

Na implantação do programa, dividiu-se a Santa Casa em 128 setores e definiram-se 19 áreas de avaliação. O programa contava, em outubro de 1995, com 28 multiplicadores e 406 facilitadores. Bimensalmente, 40 funcionários (entre eles, o diretor administrativo) avaliam o programa. A cada dois meses, a Santa Casa promove uma cerimônia que visa divulgar os seus resultados e premiar as áreas que se destacaram, no período, na implantação do Programa 5 S. Ambos, direção e funcionários, consideram esse evento uma maneira importante de reconhecer, valorizar e promover o crescimento do quadro de profissionais da organização. A participação no evento é espontânea e conta com a presença de um grande número de pessoas (funcionários, direção executiva, gerências, chefias e coordenação do Programa 5 S).

Na avaliação da coordenação do programa, uma importante mudança comportamental ocorreu entre os funcionários desde o início das atividades. Hoje, as pessoas se consideram responsáveis pelo sucesso do programa em suas áreas. Por isso, participam ativamente, e o programa passou a ser um meio importante de crescimento pessoal e profissional. O programa conta com sala própria, onde se encontram os instrumentos de avaliação e os relatórios com a evolução das pontuações.

A coordenação do programa estabeleceu as seguintes metas para 1996: implantar o quarto e o quinto S (*seiketsu*: senso de saúde; e *shitsuke*: senso de autodisciplina); reestruturar as áreas e unidades participantes; e rever e adequar o sistema de avaliação e premiação.

4.4.2 Gerenciamento da Rotina Para melhorar a qualidade dos seus serviços e aumentar a produtividade no atendimento, a Santa Casa de Porto Alegre iniciou, em julho de 1994, a implantação do gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia (ver anexos 8, 9, 10, 11). A Santa Casa espera, com isso, aumentar a receita anual proveniente de atendimentos a pacientes particulares e de convênios e desenvolver seus diversos setores. Uma equipe de facilitadores e multiplicadores é responsável pela implantação do gerenciamento da rotina em todas as unidades. Chefias intermediárias e profissionais de nível superior integram a equipe de facilitadores e multiplicadores e lideram a execução das atividades do programa nos seus próprios setores.

Desde o início do processo de implantação, as chefias gerenciais assumiram a liderança do processo com o apoio do Núcleo da Qualidade e, posteriormente, da consultoria externa. No planejamento inicial, estabeleceram-se as seguintes metas para as Unidades Gerenciais Básicas (UGBs):

1) Revisar e definir, até dezembro de 1994, o contexto funcional com as seguintes informações das UGBs: missão; macrofluxogramas; processos; produtos/serviços; e clientes e respectivas necessidades.

2) Iniciar, até junho de 1995, o controle estatístico de processos, contemplando as seguintes ações: identificação e implantação dos itens de controle setoriais; controle da efetividade dos processos mediante o acompanhamento dos itens de controle; e início do processo de padronização.

3) Promover, até dezembro de 1995, melhorias, quando necessário, por meio da revisão dos padrões, solução de problemas e inovações.

Em novembro de 1995, a Santa Casa havia alcançado os seguintes resultados:

□ As chefias setoriais cumpriram integralmente a revisão e redefinição do contexto funcional. No seminário interno, realizado em dezembro de 1994, as UGBS apresentaram os resultados desse trabalho.

□ O controle dos processos estava, desde janeiro de 1995, em fase de execução. Os resultados não eram homogêneos entre as 82 UGBS da organização.

□ Sete UGBS da Policlínica Santa Clara já haviam identificado e estavam acompanhando os itens de controle relacionados aos clientes superiores, usuários internos e externos, e equipe. Esses trabalhos serviram de *benchmarking interno* no 2º Seminário do Gerenciamento da Rotina, realizado em julho de 1995, com a participação de 150 profissionais da organização.

□ Tinta e nove UGBS das cinco outras unidades hospitalares (hospitais especializados) estavam implantando o gerenciamento da rotina por meio da execução das seguintes atividades: mapeamento dos processos (fluxogramas); identificação dos processos críticos; e elaboração dos procedimentos operacionais padrão (POP) para, posteriormente, definir e monitorar os itens de controle.

□ As demais unidades (predominantemente das áreas de apoio administrativo e operacional) estavam em diferentes estágios de desenvolvimento.

Em novembro de 1995, a meta fixada para todas as UGBS era alcançar, até dezembro do mesmo ano, os seguintes resultados:

□ obter consenso interno, e com os clientes, com relação ao contexto funcional;

□ padronizar os processos críticos mais relevantes, isto é, elaborar, implantar e acompanhar os procedimentos operacionais padrão (POP);⁵ e

⁵ Desde 1988, a Santa Casa dispõe de procedimentos administrativos, técnicos e operacionais normatizados, o

□ definir, implantar e acompanhar os itens de controle relacionados aos processos críticos.

4.4.3 Gerenciamento pelas Diretrizes A Santa Casa utiliza, desde 1983, a metodologia do planejamento estratégico para traçar suas linhas de ação a curto, médio e longo prazos.

No primeiro semestre de 1995, a instituição adotou o gerenciamento pelas diretrizes (Planejamento Hoshin) como o ferramenta de gestão estratégica (ver anexo 12). Trata-se de um método em que a alta direção desdobra, de forma metódica e articulada, suas diretrizes para todos os níveis organizacionais. No primeiro exercício, realizou-se o planejamento do ano de 1995. A direção decidiu, no planejamento de 1995, desencadear ações que se relacionam a duas questões estratégicas para a organização: o aumento da receita anual proveniente de atendimentos a pacientes particulares e de convênios; e o aumento da produtividade nos atendimentos prestados aos pacientes do SUS.

Nos meses de maio e junho de 1995, a equipe responsável pelo planejamento estratégico definiu e desdobrou, até os níveis de execução, as estratégias e metas do plano. Elaboram-se, ainda, planos de ações setoriais. A Santa Casa definiu duas estratégias para aumentar a receita anual de convênios privados: ampliar o número de atendimentos e tornar mais eficaz o processo de faturamento e cobrança. No desdobramento dessas estratégias, definiram-se as seguintes ações: aumentar a oferta de serviços; estimular a demanda de pacientes; melhorar a qualidade dos serviços (atendimento); aumentar a eficácia dos registros de gastos e serviços prestados; e aumentar a eficácia na elaboração e apresentação de contas/faturas.

que facilita o processo de padronização dos processos críticos.

Para ampliar e melhorar a qualidade da assistência médico-hospitalar, o plano de investimentos da Santa Casa prevê, no período 1993 —1996, alocação de recursos nas áreas físicas, de mobiliário, equipamentos e infra-estrutura.

A direção se reúne, mensalmente, para acompanhar e avaliar as metas do gerenciamento pelas diretrizes. Nesses encontros, avaliam-se os resultados físico-financeiros dos meses anterior e corrente e revisa-se as metas para o período seguinte. Quando necessário, a direção reajusta as metas estabelecidas. Até novembro de 1995, a Santa Casa havia realizado duas reuniões de avaliação para analisar os resultados dos meses de julho e agosto de 1995.

“A liderança da direção é um dos fatores determinantes para a manutenção e melhoria dos níveis de desempenho da instituição”, afirmam chefiadas da Santa Casa. Essas pessoas salientam que a direção participa, de maneira pessoal e permanente, na definição, desdobramento, implantação, acompanhamento e avaliação do gerenciamento pelas diretrizes.

4.4.5 A Participação dos Médicos

A participação ativa dos médicos é um dos grandes desafios que os programas de implantação da gestão da qualidade enfrentam em hospitais e outras instituições de saúde. Para tratar dessa questão, o Núcleo da Qualidade adotou uma estratégia que aborda de maneira diferenciada os processos em que os médicos são clientes e aqueles em que atuam como gerentes. No primeiro caso, não há preocupação de motivá-los a participar ativamente do processo de implantação do gerenciamento da rotina. Já na segunda situação, o médico é convocado para liderar as atividades que visam à melhoria dos processos.

4.4.6 Ações de *Marketing*

A Santa Casa dispõe de um eficiente sistema de análise e disseminação de informações. Desde 1993, a instituição implementa o Sistema de Informações de Marketing (SIM) com o propósito de divulgar suas atividades para o público interno e o externo. A Santa Casa utiliza o SIM para produzir informativos para pacientes, familiares, médicos, entidades conveniadas, além dos próprios funcionários da instituição. Utilizam-se variados veículos de divulgação: cartazes, *folders*, revistas, malas diretas, cartas e correspondências, vídeos, eventos, pesquisas, etc.

As pesquisas de satisfação fornecem importantes informações sobre como os clientes avaliam os serviços prestados pelas unidades da Santa Casa (portarias, recepção, serviços de enfermagem, exames/serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADTS) acomodações, serviços de telefonia, estacionamento, serviços médicos, sistema de agendamento, sistema de acesso aos serviços, tempo de espera e atendimento, etc.), além de permitirem a apresentação de comentários e sugestões. As pesquisas informam, ainda, o perfil da clientela, sua origem, como chegou ou tomou conhecimento dos serviços da instituição, etc.

Anualmente, cada unidade da Santa Casa elabora um documento, no qual se relatam a natureza do serviço, a estrutura e recursos necessários/disponíveis, os níveis de desempenho em relação às metas estabelecidas, a evolução do serviço no ano, e propostas para o ano seguinte. Com base nos relatórios setoriais e nas informações interfuncionais e institucionais, a Santa Casa elabora o relatório da Provedoria, que traz os principais fatos e dados do ano.

A direção executiva coordena, no mínimo, uma reunião anual na qual se divulgam informações institucionais sobre o desempenho assistencial e econômico-financeiro. Nessa reunião revisam-se,

ainda, as diretrizes e políticas internas e externas do ano e para os anos seguintes. Participam do evento, aproximadamente, 200 profissionais dos quadros operacional, estatutário, diretivo, gerencial e de supervisão. Para divulgar suas informações institucionais, a Santa Casa dispõe, também, do Mural da Qualidade, em sua 16ª edição (setembro/95), e de vídeo institucional, com atualizações regulares.

5 RESULTADOS ALCANÇADOS

O programa de implantação da gestão da qualidade segue de maneira lenta, mas gradualmente vai-se consolidando. Passados três anos, observa-se que os líderes do programa possuem sólido conhecimento dos princípios, conceitos e de ferramentas de gestão da qualidade. O moral está elevado; nota-se entusiasmo com os resultados alcançados e disposição em contribuir para a continuidade do processo de implantação.

Como resultado da modernização administrativa e da implantação da gestão da qualidade, a Santa Casa de Porto Alegre recebeu, nos últimos anos, diversas demonstrações de reconhecimento da sociedade civil e de organizações nacionais e internacionais:

□ *Prêmio UNICEF*: em junho de 1995, recebeu do UNICEF o título Hospital Amigo da Criança;

□ *destaque do ano*: em 1994, recebeu, pela qualidade dos processos administrativo e de assistência médico-hospitalar, e pelos programas de ensino, pesquisa e desenvolvimento médico, o Troféu Destaque do Jornal do Comércio;

□ *satisfação dos clientes*: nos últimos anos, as pesquisas de satisfação dos pacientes e familiares demonstram altos índices de aprovação (ver anexos 13 e 14);

□ *reconhecimento da sociedade*: matérias na imprensa e contribuições diretas (doações) de empresários e da comunidade em geral comprovam que o mercado e a sociedade reconhecem a liderança e o desempenho da instituição;

□ *benchmarking concedido*: instituições de todo o país manifestam, com frequência, interesse em visitar a Santa Casa para conhecer o sistema de gestão e as experiências nas áreas técnica e assistencial. O Dia do *Benchmarking Concedido*, que ocorre sempre na última quarta-feira do mês, apresenta a profissionais de empresas privadas e instituições públicas a evolução da gestão na Santa Casa e do programa de implantação da gestão da qualidade. Nesse dia, representantes das organizações podem visitar, se interessados, as diversas áreas do hospital;

□ *convites*: diversas instituições convidam, cada vez com maior frequência, profissionais da Santa Casa para participar como palestrantes em eventos.

6 DIFICULDADES

As dificuldades enfrentadas pela Santa Casa, na implantação da gestão da qualidade, estão ligadas, em grande parte, ao seu pioneirismo. Quando a instituição adotou esse modelo gerencial, em 1993, não existiam, no Brasil, organizações de saúde com experiências práticas que servissem de referência. A gestão da qualidade, apesar de consagrada no setor industrial, não havia sido experimentada em hospitais. A solução foi conhecer as experiências de implantação de empresas privadas e construir uma estratégia de implantação adequada à realidade da Santa Casa.

O processo de implantação privilegiou, no início, a solução de problemas. A Santa Casa percebeu, entretanto, que não estava avançando muito

com essa estratégia, na medida em que, antes de atacar problemas, era preciso analisar, com profundidade, os processos organizacionais. Assim, houve uma mudança de rumo com a implantação do gerenciamento da rotina. Estabelecer um vínculo entre o processo de implantação da gestão da qualidade e o planejamento estratégico foi outro desafio que somente começou a ser vencido em 1995, com a adoção do Plano Hoshin.

O processo de implantação não tem sido, também, homogêneo em todas as Unidades Gerenciais Básicas (UGBs). Algumas avançam bem lentamente, enquanto outras se destacam. Após três anos do início do processo, a Santa Casa ainda enfrenta dificuldades na implantação do gerenciamento da rotina (algumas UGBs não assimilaram, na prática, esse método e apenas cumprem, burocraticamente, o trabalho de elaboração de padrões e de definição de itens de controle).

A crise financeira, que ainda coloca em risco a sobrevivência da instituição, tem representado, também, grande dificuldade. Como quase 90% dos pacientes que a Santa Casa atende são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), a interrupção do aporte mensal de recursos públicos, orçamentados, leva os hospitais da Santa Casa a encontrar muitas dificuldades em manter suas atividades em nível aceitável. Além disso, essa situação restringe a capacidade da instituição de remunerar bem seus funcionários (o salário médio se encontra abaixo do pago pelo mercado) e manter seu moral elevado.

7 FATORES DE SUCESSO E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA DA QUALIDADE

A existência de elementos importantes para a implantação da gestão da qualidade explica os re-

sultados alcançados, até o momento, pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Em primeiro lugar, a busca da sobrevivência organizacional levou a direção da Santa Casa a assumir um compromisso claro e inequívoco com a implantação do programa. Antes mesmo de iniciar esse trabalho, a direção já se empenhava, desde 1983, para reestruturar e reabilitar financeiramente a organização. Essa postura gerencial levou a Santa Casa a investir na capacitação de recursos humanos na área de gestão da qualidade; a implantar o gerenciamento da rotina e o Programa 5 S; a identificar e monitorar indicadores de qualidade e produtividade; e a promover mudanças culturais na organização.

A continuidade administrativa foi outro elemento importante. Os membros da equipe que dirige a Santa Casa e implanta, desde 1993, o programa da qualidade trabalham juntos na organização desde 1983. Essa equipe preservou, também, ao longo desse período, o mesmo propósito de modernizar a organização visando à sua sobrevivência. Para isso, procura melhorar processos e serviços/produtos com o objetivo de satisfazer às necessidades dos clientes (do SUS, de convênios e particulares).

A estrutura de implantação (o Núcleo da Qualidade, a equipe de facilitadores e multiplicadores, o plano de implantação e o sistema de análise e disseminação de informações) é outro aspecto relevante.

A preocupação pragmática de obter resultados (reduzir custos, aumentar a produtividade, otimizar processos, melhorar a qualidade de produtos e serviços, aumentar a participação de convênios e particulares na arrecadação da Santa Casa) o mais breve possível levou a direção a estabelecer uma estrutura que se ocupa com os seguintes assuntos:

- organização do gerenciamento;
-

- resolução de problemas;
- preocupação com a mensuração por meio da definição e do monitoramento de indicadores de qualidade e produtividade;
- padronização de processos críticos;
- realização de pesquisas para avaliar a satisfação dos clientes e o desempenho da instituição; e
- capacitação de recursos humanos (por meio de cursos, treinamentos, seminários, congressos, visitas a outras organizações) para implantar a gestão da qualidade.

A Santa Casa estabeleceu um importante elo entre os objetivos do seu planejamento estratégico e o programa da qualidade. A gestão da qualidade é um instrumento para aumentar a receita anual de convênios privados e para aumentar a produtividade do SUS. Outra característica importante da experiência da organização rio-grandense é o foco no cliente. Os projetos de melhoria, a avaliação da satisfação dos pacientes, o reconhecimento da comunidade indicam que existe disposição concreta de atender às necessidades dos clientes.

Este trabalho apresenta fatos e dados que permitem afirmar que as perspectivas da implantação da gestão da qualidade dependem da continuidade de um círculo virtuoso: o sucesso do programa da qualidade contribui, de maneira decisiva, para que a Santa Casa conquiste o equilíbrio financeiro (e a sobrevivência organizacional) que, por sua vez, garante condições para a continuidade da implantação do programa.

Caso a Santa Casa não reduza sua dependência dos recursos provenientes do governo federal (SUS), por meio do aumento da participação de convênios e particulares na receita da instituição, será difícil, devido às dificuldades financeiras, conservar o moral da equipe elevado, evitar a perda de profissionais qualificados e manter o ritmo de implantação do gerenciamento da rotina e do Programa 5 S. É

precisamente esse fator (sobrevivência organizacional), entretanto, que serviu, até o momento, de propulsor para o programa da qualidade.

Equacionada a questão financeira e mantidas as condições internas atuais (compromisso da direção, continuidade administrativa, manutenção dos profissionais qualificados, constância de propósitos, participação ativa das chefias intermediárias e funcionários), são positivas as perspectivas de sucesso, para os próximos anos, do programa da qualidade, além de ser viável a possibilidade de a Santa Casa atingir a meta de conquistar, em 2003, o Prêmio Nacional de Qualidade.

ANEXOS

ANEXO 1 PRINCIPAIS MÓDULOS E RELATÓRIOS INTEGRANTES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES

□ **Sistemas de informações contábeis, com balancetes mensais de situação e resultados, e demonstrativos de custos e resultados por setor.**

□ **Demonstrativos de resultados por produto (procedimento), utilizados para avaliação de resultados específicos e/ou realização de investimentos (estudos de viabilidade).**

□ **Sistemas de indicadores hospitalares e de produção, com indicadores de volumes de produção setorializados e globais, bem como indicadores de desempenho.**

□ **Sistemas de divulgação de normas e procedimentos no relacionamento legal e operacional com os diferentes clientes (SUS, convênios, pacientes particulares, médicos, etc.).**

□ **Sistema de Informações de Marketing — SIM.**

□ **Sistemas de gerenciamento da assistência ambulatorial.**

□ **Sistemas de gerenciamento de leitos hospitalares.**

□ **Sistemas de gerenciamento de centros cirúrgicos.**

□ **Sistemas de gerenciamento de SADTs.**

□ **Sistema de assuntos jurídico-patrimoniais.**

□ **Sistemas de administração de materiais.**

□ **Sistemas de administração de pessoal.**

ANEXO 2 RESULTADOS DE INDICADORES DE SER -

VIÇOS PRESTADOS E DE CAPACIDADE INSTALADA (AGOSTO/1995)

- 74 631 consultas ambulatoriais.
- 4 890 internações hospitalares, sendo:
 - 76,1% pacientes procedentes da grande Porto Alegre;
 - 23,9% pacientes procedentes de outras localidades;
 - 87,2% pacientes atendidos por meio do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (SUS); e
 - 12,8% pacientes atendidos por meio de outras entidades e/ou particulares.
- 456 partos, sendo 31,8% partos cesáreos e 68,2% partos normais.
- 4 369 procedimentos cirúrgicos.
- 85,3% de taxa de ocupação dos 1 349 leitos hospitalares.
- 7,6 dias de média de permanência dos pacientes hospitalizados.
- 3,6 o índice de rotação de leitos.
- 3,5% a taxa de óbito.
- 4 949 profissionais com vínculo empregatício.
- 176 856 exames laboratoriais.
- 19 854 exames radiológicos.
- 263 516 refeições produzidas e fornecidas.
- 248 118 kg de roupas processadas.

ANEXO 3 INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE

- Indicadores econômico-financeiros:
-

□ liquidez, endividamento, imobilizações, margens de resultado, retorno do capital, prazos médios de recebimento, prazos médios de pagamento, idade média dos estoques, margens de contribuição dos itens de custo/receita, curva ABC de materiais.

□ Indicadores de desempenho hospitalar:

□ taxa de ocupação de leitos hospitalares, média de permanência dos pacientes hospitalizados, índice de rotação de leitos, índice de partos normais/cesáreos, taxa de ocupação/utilização de salas cirúrgicas, índice funcionários/leito hospitalar, índices de infecção hospitalar, índices de mortalidade, índice de suspensão de cirurgias.

□ Indicadores de produção (quantidades produzidas) e capacidade instalada:

□ número de consultórios, consultas ambulatoriais, leitos hospitalares existentes, internações hospitalares, salas cirúrgicas, procedimentos cirúrgicos, procedimentos obstétricos, exames complementares, refeições produzidas e fornecidas, quilograma de roupas processadas, metro quadrado de obras realizadas, requisições de serviços e materiais.

□ Indicadores de recursos humanos:

□ taxa de rotatividade, taxa de absenteísmo (atestados e faltas), horas/treinamento por funcionário.

□ Indicadores de satisfação dos clientes:

□ grau de avaliação dos serviços obtidos por meio das pesquisas junto aos pacientes e acompanhantes, índice de utilização/indicação dos serviços da Santa Casa por segmentos.

□ Orçamento empresarial. Demonstra: desempenho assistencial e econômico-financeiro, operacional e não-operacional, com informações históricas e projeções sistemáticas de situação e resultados, permitindo o estabelecimento de dire-

trizes e metas físico-financeiras, a partir de diferentes cenários.

▣ **Indicadores do desempenho assistencial e econômico.**

▣ **Parâmetros do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde:**

▣ **taxa de ocupação dos leitos hospitalares;**

▣ **média de permanência dos pacientes hospitalizados, geral e por procedimento;**

▣ **índices de consultas ambulatoriais por hora/médico;**

▣ **índice de exames complementares por paciente/internação;**

▣ **índice de partos normais/cesáreos; e**

▣ **custo/m² de construção de estabelecimentos de saúde.**

▣ **Parâmetros médicos relacionados ao produto clínico, realizado pelo corpo clínico no desenvolvimento de suas atividades.**

▣ **Parâmetros dos programas de excelência para laboratórios médicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.**

▣ **Relatórios anuais de outros hospitais.**

▣ **Itens componentes do índice de custo hospitalar (ICH) — IEPE/RS:**

▣ **na área de salários e serviços técnicos;**

▣ **materiais de consumo hospitalar; e**

▣ **fretes.**

▣ **Comparações dos custos com materiais e publicações da indústria farmacêutica — Brasíndice.**

▣ **Tendências do mercado hospitalar obtidas por meio do relacionamento com fornecedores (preços, prazos, materiais alternativos, etc).**

▣ **Pesquisas salariais no mercado hospitalar.**

- Pesquisas de preços dos serviços prestados, entre hospitais do mercado.
- Pesquisas de tempos de atendimento nas áreas assistenciais, entre hospitais do mercado.
- Parâmetros de indicadores de recursos humanos — rotatividade.

ANEXO 4 PROTÓCOLOS E ROTINAS

- Manual e fluxos de emergência e pronto atendimento ambulatorial adulto e pediátrico.
 - Fluxos de realização de consultas eletivas, serviço cirúrgico ambulatorial, e solicitação e realização de exames.
 - Rotinas do pré-natal e admissão na maternidade.
 - Manuais técnicos e administrativos da área de enfermagem, nutrição, serviço social.
 - Manuais de rotinas de anestesiologia, terapia intensiva, pediatria, neonatologia, unidade de internação obstétrica, atendimento a gestantes de alto risco, controle de infecção puerperal, segmento de pacientes com doença trofoblástica, centro obstétrico, atendimento para pacientes com malária.
 - Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno.
 - Sistema de padronização de medicamentos de uso médico-hospitalar.
 - Protocolos para a realização de transplantes.
 - Protocolos para a realização de cirurgias cardíacas.
 - Rotinas para realização de exames laboratoriais, do banco de sangue, de imagenologia, especializados, radiológicos, endoscópicos.
-

ANEXO 5 PUBLICAÇÕES REGULARES

- ▣ **R**evista Médica da Santa Casa de Porto Alegre.
- ▣ **S**anta Casa Notícias — jornal bimensal de circulação interna e externa.
- ▣ **S**anta Casa Serviços — jornal bimensal de circulação interna e externa.
- ▣ **B**oletim da Qualidade — boletim mensal do Programa da Qualidade Total.
- ▣ **J**ornal da Qualidade — jornal do Programa da Qualidade Total encartado no Santa Casa Notícias.

ANEXO 6 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PARA A MELHORIA DO DESEMPENHO E QUALIFI- CAÇÃO DOS SERVIÇOS

- ▣ **P**lano de expansão — 1988/1992 — com o objetivo de obtenção/aplicação de recursos em investimentos assistenciais e de apoio.
 - ▣ **P**lano de investimentos — 1993/1996 — complementar ao Plano de Expansão.
 - ▣ **P**lano institucional de redução de desperdícios e contenção de custos — out./89.
 - ▣ **P**lano institucional de melhoria do desempenho assistencial — pesquisa diagnóstica ambulatorial, revisão e melhoria do fluxo dos pacientes internados, revisão e redução de serviços em áreas deficitárias, etc. — 1991.
 - ▣ **P**olítica de assistência integral ao paciente — 1992.
 - ▣ **P**lano de racionalização — jul./94 — com o objetivo de adequar os custos, em especial custos com pessoas, à política de preços do Ministério da Saúde e ao Plano Real, bem com o reestruturação de áreas assistenciais (clínica médica).
-

- **Programa da Qualidade Total — dez./92.**
- **Projeto de ampliação da assistência aos pacientes particulares e de convênios — iniciado em 1989 com “Santa Casa uma Empresa Vendável”, porém efetivamente colocado em prática a partir de 1992, com a estruturação da área de *marketing* e do programa da qualidade.**
- **Plano institucional do PQT — gerenciamento pelas diretrizes — mai./jun./95.**
- **Direcionamento do Hospital São Francisco para as especialidades de cirurgias cardiovascular e transplantes — 1991.**
- **Incorporação do Hospital Santa Rita e resgate de sua especialização em oncologia — jul./89.**
- **Integração do Hospital Santo Antônio à estrutura funcional centralizada, com revisão da política assistencial — mar./95.**
- **Reestruturação de áreas de apoio, com racionalização dos níveis hierárquicos — 1984/1989/1992/1995.**

ANEXO 7
PROGRAMA DA QUALIDADE TOTAL —
PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA GQT (1993—
1998)

Etapas	Linhas de Implantação	Responsáveis
1 — Promocão e divulgação da GQT	Estrutura para a coordenação do Programa da Qualidade Total	Direção — coordenação
	Consultorias e parcerias institucionais	Direção — coordenação
	Sensibilização para a qualidade total	Núcleo — chefias
	Divulgação do Programa da Qualidade Total	Núcleo — comunicação — MK
	Gestão econômico-financeira do Programa da Qualidade Total	Núcleo — finanças
2 — Educação e treinamento para a GQT	Formação dos facilitadores, multiplicadores e instrutores da GQT	Núcleo — RH
		Núcleo — RH

	Grupos de estudo da GQT — formação e acompanhamento	Núcleo — chefias
	Treinamento em serviço — aplicação da metodologia da GQT	Núcleo — R H — M K
	<i>Benchmarking interno</i>	
3 — Treinamento do ser humano	Infra-estrutura e benefícios	Núcleo — chefias Direção — núcleo
	Programa 5 S	Núcleo — chefias
	Atividades de pequenos grupos — APG	Direção — núcleo — R H
	Fixação e valorização de recursos humanos	R H
4 — Gerenciamento da rotina	Plano de implantação do gerenciamento da rotina	Núcleo — chefias
	Capacitação específica de recursos humanos	Chefias — R H Núcleo — chefias
	Implantação e controle do gerenciamento da rotina	
5 — Gerenciamento pelas diretrizes	Comprometimento da direção executiva	Direção — conselho
	Estratégias e metas anuais, de médio e longo prazos	Direção
		Direção — chefias
	Desdobramento das diretrizes	
6 — Garantia da qualidade	Sistema de <i>benchmarking</i>	Núcleo — R H — M K
	Indicadores da execução do plano de implantação da GQT	Núcleo
	Indicadores da aplicação da metodologia da GQT	Núcleo
	Indicadores da qualidade total	Núcleo
	Ouvidoria	Núcleo — R H — M K

ANEXOS
PROGRAMA DA QUALIDADE TOTAL
MELHORIA DO GERENCIAMENTO DA ROTINA

*Departamento de Desenvolvimento
de Recursos Humanos — DDRH*

Coordenação: **Marlow Kwitko.**

UGBS:

▣ **Seção de Provimento e Acompanhamento de Pessoal.**

▣ **Seção de Educação Continuada.**

UGB: Seção de Provimento e Acompanhamento de Pessoal.

Missão: Prover e apoiar a fixação dos recursos humanos referentes ao quadro de pessoal da Santa Casa, em consonância com as necessidades e expectativas das unidades da instituição.

Supervisora: Helena Dahne.

Operadores: Jaqueline Azzi, Larissa Hilleshein, Amélia Moreira, Eduardo Casagrande, Maria José K ulmann.

ANEXO 9
PROGRAMA DA QUALIDADE TOTAL
MELHORIA DO GERENCIAMENTO DA ROTINA — UGB: DDRH / SEÇÃO DE PROVIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAL

Produtos/Serviços	Cientes	Necessidades	Itens de Controle	Fórmula do I.C./Meta
1. Recrutamento	1.1 Chefias	1.1 Ter opções de candidatos que preencham seus requisitos	Proporção de fichas cadastrais disponíveis por requisição de pessoal	$\frac{N^{\circ} \text{ de requisições recebidas}}{p/\text{função}}$ $\frac{N^{\circ} \text{ de fichas cadastradas}}{\text{por tipo de função}}$
	1.2 Candidatos externos e funcionários	1.2 Obter informações sobre a possibilidade de trabalho		
	1.3 Rádio, jornal e escolas	1.3 Obter informações sobre os requisitos exigidos p/ preenchimento das vagas		
2. Seleção	2.1 Chefias	2.1 Ter opção de candidatos avaliados que preencham seus requisitos p/ serem entrevistados	Taxa de aproveitamento pelas chefias dos candidatos avaliados	$\frac{N^{\circ} \text{ de preenchimento de vagas}}{N^{\circ} \text{ de encaminhamentos realizados}^*}$
	2.2 Candidatos externos e funcionários	2.2 Receber informações adequadas a respeito da função a que estão concorrendo		

Nota: *Independente do nº de candidatos encaminhados.

ANEXO 10
PROGRAMA DA QUALIDADE TOTAL
MELHORIA DO GERENCIAMENTO DA ROTINA — UGB: DDRH / SEÇÃO DE PROVIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAL

Produtos/Serviços	Cientes	Necessidades	Itens de Controle	Fórmula do I.C./Meta (%)
3. Integração	3.1 Chefias	3.1 Receber funcionário conhecendo e entendendo o funcionamento da instituição	Taxa de avaliações satisfatórias do processo de integração	$\frac{N^{\circ} \text{ de aval. da integ. c/class. bom / ótimo}}{N^{\circ} \text{ total de avaliações}}$
	3.2 Funcionários novos	3.2 Serem adequadamente recepcionados e obter informações sobre a insti-		

4. A adaptação de novos funcionários	4.1 Chefias	tuição 4.1 Obter apoio para a adequação de novos funcionários	Taxa de avaliações satisfatórias do processo de adaptação	N ^o aval. da adaptação c.class. bem/ótimo N ^o total de avaliações Meta: 100%
	4.2 Funcionários em período de contrato	4.2 Obter apoio p/resolver dúvidas, dificuldades e ansiedade em relação ao trabalho		

ANEXO 11

PROGRAMA DA QUALIDADE TOTAL MELHORIA DO GERENCIAMENTO DA ROTINA — UGB: DDRH/ SEÇÃO DE PROVIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAL

Produtos/ Serviços	Clientes	Necessidades	Itens de Controle	Fórmula do l.c./Meta (%)
5. Acompanhamento/ avaliação do funcionário, pelas chefias, durante o período de contrato de experiência	5.1 Chefias	5.1 Obter apoio para avaliação do funcionário	5.1 Taxa de funcionário avaliado adequadamente	N ^o de func. em período de contrato N ^o total de func. em período de contr.
6. Acompanhamento individual, grupal e apoio à fixação de pessoal	6.1 Chefias	6.1 Obter apoio psicológico na resolução de problemas seus e/ou de seus funcionários 6.2 Obter apoio psicológico na resolução de conflitos individuais e/ou grupais		
7. Fornecimento de informações sobre absenteísmo e desligamentos, da instituição e de cada serviço	7.1 Chefias	7.1 Receber informações mensais, referentes aos desligamentos e absenteísmo, da instituição e do serviço		

ANEXO 12

GERENCIAMENTO PELAS DIRETRIZES. DOCUMENTO REFERÊNCIA - JANEIRO DE 1994 (TRECHOS)

Negócio

Saúde: Assistência Médico-Hospitalar, Ensino e Pesquisa.

Missão

A Santa Casa de Porto Alegre, com o hospital referência e excelência, tem a missão de desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar, da melhor qualidade, para as pessoas de todos os grupos sociais, do estado e do país, apoiada por programas de ensino e pesquisa.

Valores

Os valores institucionais que sustentam a Santa Casa de Porto Alegre são:

- pioneirismo — tecnologia;
- probidade — humanismo;
- ética — equidade;
- história — transparência;
- credibilidade — profissionalismo;
- lucratividade — qualidade.

Produtos

- Serviços médico-hospitalares realizados pela assistência;
- conhecimento científico para a saúde, gerado por meio da pesquisa;
- recursos humanos para a saúde, formados e desenvolvidos por meio do ensino;
- infra-estrutura e processos para o desenvolvimento da medicina e gestão em saúde, por meio da disponibilização dos recursos.

Clientes

Os clientes da Santa Casa de Porto Alegre, internos e externos, são:

- Pacientes;
 - médicos;
-

- **funcionários;**
- **residentes;**
- **estudantes;**
- **famíliares e acompanhantes dos pacientes;**
- **instituições conveniadas; e**
- **comunidade.**

Programa da Qualidade

Definição de qualidade

A **qualidade**, para a Santa Casa de Porto Alegre, representa a **melhoria contínua nos processos de:**

□ **assistência e cuidados com a saúde do paciente, satisfazendo a suas necessidades, atendendo e excedendo suas expectativas;**

□ **produção e prestação de serviços, gerando um produto e/ou serviço que atenda às necessidades do cliente,**

com perfeição (= produto ou serviço perfeito),

de forma confiável (= sem erros ou defeitos),

de forma acessível (= baixo custo),

de forma segura (= segurança do cliente e funcionário),

no tempo certo (= entregue no prazo certo, local certo, e na quantidade certa).

Princípios da qualidade

Os princípios da qualidade, identificados e legitimados no âmbito do Conselho de Qualidade, são:

1) Foco no cliente

Ações orientadas para o cliente, produzindo e fornecendo produtos e serviços que sejam requisitados por ele, resultando na satisfação de suas necessidades.

2) Foco no processo

Gerência de processos por meio de ações de controle, prevenção e bloqueio das causas dos resultados indesejados, durante a sua execução.

3) *Produtividade*

Produzir e realizar serviços, cada vez mais e melhor, maximizando o uso dos recursos.

4) *Conhecimento e pesquisa*

Compromisso com o desenvolvimento da pesquisa e produção do conhecimento, com a consequente revisão e renovação tecnológica e científica.

5) *Desenvolvimento de recursos humanos*

Investir na educação e treinamento de recursos humanos, em todos os níveis, como estímulo à profissionalização, desenvolvimento da força motriz da qualidade.

A qualidade dos produtos e serviços é indissociável do nível de qualificação das pessoas.

6) *Ação orientada por fatos, dados e prioridades*

Ações baseadas em fatos e dados, por meio do desenvolvimento do pensamento estatístico, relatórios de medição da qualidade em todos os níveis, e o estabelecimento das prioridades para a sua execução, consubstanciadas com referências internas ou externas — *benchmarking*.

7) *Comprometimento de todos com a qualidade*

Entendimento da missão da empresa, sua visão e estratégia, bem como o significado da qualidade, e com prometendo-se, em todos os níveis, com a execução das diretrizes estabelecidas, lideradas pela alta gerência.

8) *Participação e integração, reconhecimento e valorização*

Respeitar os funcionários e colaboradores como pessoas independentes, propiciando e estimulando sua participação e integração no ambiente organizacional, apoiados pelo desenvolvi-

mento e aplicação de mecanismos de reconhecimento e valorização.

9) *Flexibilidade e ambiente de mudanças*

Estabelecer e incentivar a flexibilidade de atitudes e comportamentos, resultando em ambientes receptivos a mudanças geradas pela qualidade.

Coordenação da qualidade

A coordenação da qualidade é de natureza estritamente funcional e interfuncional, e tem como objetivo promover a prática do controle da qualidade total na instituição, por meio dos níveis e/ou instâncias de atuação a seguir:

a) *Coordenador do Programa da Qualidade*

Profissional integrante do quadro funcional da instituição, com as atribuições de:

□ liderança e propulsão das atividades do Programa da Qualidade;

□ desenvolvimento e elaboração do Plano de Implantação da Qualidade Total, e viabilização de sua execução;

□ elaboração e apresentação do Relatório de Progressos e relatórios da evolução do Programa de Qualidade; e

□ representação da instituição, em conjunto com a direção executiva e Núcleo da Qualidade, em eventos internos e/ou externos relacionados com o Programa da Qualidade.

b) *Conselho da Qualidade*

Formado pela Direção Executiva e chefias setoriais, constitui-se no fórum de discussão, deliberação e legitimação do programa, planejamento e estratégias da qualidade.

c) *Núcleo da Qualidade*

Caracterizado com o órgão executivo e consultivo, e formado por profissionais da instituição, tem como atribuições:

□ discutir e elaborar propostas de trabalhos relacionados à estruturação e execução do programa da qualidade, submetendo-as ao conselho;

□ viabilizar e tornar disponível meios de absorção, desenvolvimento e disseminação do conteúdo da qualidade total, conforme estratégias do Programa da Qualidade;

□ assegurar a uniformidade de conceitos e métodos, coerentes com a filosofia da qualidade total;

□ assessorar e acompanhar o desenvolvimento de projetos com a aplicação da metodologia da qualidade total, centralizando os relatórios de progressos individuais;

□ promover a sinergia dos níveis e/ou instâncias de atuação da coordenação da qualidade.

d) *Intersetorial*

Profissional ou grupo de profissionais com atuação *interfuncional* de multiplicação dos conhecimentos do TQC, tornando-se facilitadores da implantação do Programa da Qualidade e atuando como consultores para os profissionais e/ou áreas que o solicitem, bem como participantes de Grupos de Solução de Problemas — GSP no âmbito intra ou intersetorial.

e) *Intra-Setorial*

Instância de atuação sob responsabilidade exclusiva da chefia setorial e respectiva equipe, cujas atribuições visam promover a prática e o uso da metodologia e de ferramentas do TQC no âmbito intra-setorial.

f) *Pequenos Grupos*

Grupos de profissionais do mesmo setor, ou setores afins, para atividades específicas e de duração pré-determinada, para o desenvolvimento e implantação de trabalhos para a qualidade total.

Compromisso com a qualidade

Esse documento, assinado pela Direção Executiva e chefias setoriais integrantes do Conselho da Qualidade, constitui a expressão formal do compromisso com a qualidade total.

Plano e estratégia do Programa da Qualidade

A estruturação do Programa da Qualidade prevê o desenvolvimento do plano de implantação a partir das estratégias estabelecidas a seguir:

1) Recursos Humanos

Para a implantação do Programa da Qualidade, a primeira estratégia a ser desenvolvida refere-se a recursos humanos, cujas atividades são:

- sensibilização;**
- educação;**
- treinamento;**
- Programa 5 S; e**
- fixação e valorização.**

2) Metodologia

Concomitantemente à estratégia de recursos humanos, desenvolver-se-á a estratégia de conhecimento e implementação da metodologia para o controle da qualidade total, com ênfase na prática de:

- PDCA;**
- MASP;**
- gerenciamento da rotina;**
- itens de controle da rotina;**
- padronização da rotina;**
- solução de problemas da rotina;**
- controle do processo; e**
- padronização.**

3) Indicadores do Programa da Qualidade

A execução do Programa da Qualidade será acompanhada por meio de relatórios de progresso, em que constarão os indicadores relacionados às estratégias de recursos humanos e metodologia, nos níveis de atuação referidos na coordenação da qualidade.

4) *Divulgação do Programa da Qualidade*

Com o metas e/ou etapas do Plano de Implantação do Controle da Qualidade Total, entre outras, cabe destacar a realização de eventos e inscrição para premiação institucional, na seguinte ordem:

- eventos internos;
- eventos externos; e
- Prêmio Nacional de Qualidade.

Visão

A Santa Casa do Futuro

Instituição de assistência médico-hospitalar, de ensino e pesquisa, que:

- desenvolva e ofereça serviços especializados de alta qualidade, atendendo a e excedendo as expectativas dos seus clientes;
 - seja reconhecida como referência e padrão de eficiência no Sistema Nacional de Saúde;
 - propicie adequadas condições para a formação de recursos humanos para a saúde, bem como para o desenvolvimento de pólo qualificado de pesquisa básica e aplicada;
 - propicie aos seus recursos humanos condições tecnológicas, benefícios sociais e incentivos ao crescimento pessoal e profissional;
 - represente a comunidade, liderando e apoiando a construção e o desenvolvimento de políticas de saúde em níveis local, regional e nacional.
-

ANEXO 13 DADOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DA SANTA CASA (JUNHO/95)

- 55% dos pacientes já conheciam a instituição.
- 37% já tinham utilizado os seus serviços.
- 69% da indicação da instituição aos pacientes foi realizada pelo médico.
- 24% da indicação foi de convênios, amigos e preferência pessoal.
- 94% dos pacientes voltariam a utilizar os serviços.
- 67% dos pacientes gostariam de obter mais informações sobre a instituição, por meio do Santa Casa Notícias.

ANEXO 14 PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

Portaria

- Disposição no trabalho;
- cordialidade da equipe.

Recepção

- Rapidez nos processos de internação e alta;
- disposição no trabalho;
- presteza nas informações;
- cordialidade no atendimento.

Enfermagem

- Eficiência nos procedimentos;
- cordialidade da equipe;
- presteza nos chamados.

Exames

- Transporte interno do apto ao local de exame;
 - espera adequada no local de exame;
 - eficiência nos procedimentos;
-

cordialidade no atendimento.

Acomodações

- Decoração do apto: mobiliário, cores, etc.;**
- conforto do apartamento;**
- rouparia adequada;**
- limpeza hospitalar.**

Nutrição

- Qualidade da alimentação — dieta normal;**
- cordialidade da equipe;**
- presteza aos chamados;**
- horário das refeições.**

Telefonia

- Cordialidade no atendimento;**
- presteza nas solicitações;**
- rapidez na execução do trabalho.**

Estacionamento

- Acesso;**
- vagas;**
- cordialidade da equipe.**

Obs.: Classificação: 1 — a desejar / 2 — regular / 3 — bom / 4 — ótimo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUAYO, R.** *Dr. Deming o americano que ensinou qualidade total aos japoneses.*— São Paulo: Record, 1993.
- BARZELAY, Michael.** *Breaking through bureaucracy.*— Los Angeles, CA: University of California Press, 1992.
- BASS, Bernard M.** *From transactional to transformational leadership: learning to share the vision.* *Organizational Dynamics*, v. 18, p. 199-231, Winter 1990.
- BATISTA, Fábio; XAVIER, Antonio Carlos da R.; MARRA, Fátima; e LONGO, Rose Mary Juliano.** *Passos para o gerenciamento efetivo de processos no setor público: aplicações práticas.*— Brasília: IPEA, jun. 1996. 53 p (Texto para Discussão, n.427)
- BERMAN, Evan M. e WEST, Jonathan P.** *Municipal commitment to total quality management: a survey of recent progress.* *Public Administration Review*, v.55, n.1, p.57-66, Jan./Feb. 1995.
- BERRY, Thomas H.** *Managing the total quality transformation.*— New York: McGraw-Hill, 1990.
- CAMPOS, V. Falconi.** *TQC controle da qualidade total (no estilo japonês).*— Belo Horizonte: FCO, 1992.
- CARLZON, J.** *A hora da verdade.*— Rio de Janeiro: COP, 1992.
- COHEN, S.** *The effective public manager.*— San Francisco: Jossey-Bass, 1988.
- DEMING, W. E.** *Qualidade: a revolução na administração.*— Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- DOWNS, G e MOHR, L.** *Toward a theory of innovation.* In: AGNEW, J. A. (ed.) *Innovation and public policy*, Syracuse.—NY: Syracuse University Press, 1980.
- DURANT, Robert F. e WILSON, Laura A.** *Public management, TQM and quality improvement: toward a contingency strategy.* *American Review of Public Administration*, v.23, p.215-246, Sep. 1993.
- F PNQ** — Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade. *Gestão da qualidade: primeiros passos para a excelên-*
-

cia, modelo de gestão, avaliação da empresa.— São Paulo: abr. 1996a.

____. **Critérios de excelência. O estado da arte da qualidade total. 1996b.**

GARRITY, R.B. Total quality management: an opportunity for high performance in federal organizations. *Public Administration Quarterly*, v.17, p.430-459, Winter 1993.

GOGGIN, Malcolm M.; BOWMAN, Ann O'M.; LESTER, James P. e O'TOOLE, Laurence J. *Implementation theory and practice.— Glenview, Il.: Scott, Foresman /Little, Brown Higher Education, 1990. Chapter 6*

HCPA. Um salto de qualidade. *Fatos em Foco*, ano XIX, n.5, p.6-7, set./out. 1995.

____. **Proposta de sistematização das ações da qualidade. Planejamento da melhoria da qualidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1996a.**

____. **Programa de qualidade busca melhorias. *Quem Somos*, ano I, jun. 1996b.**

____. **Carta define diretrizes básicas. *Nossa Gente*, set. 1996c.**

____. **Programa de melhoria da qualidade busca aprimoramento constante dos serviços. *Fatos em Foco*, p. 3, jun. 1996d.**

____. **HCPA — empresa pública, Hospital de Clínicas de Porto Alegre — um modelo eficaz. 1996e.**

____. **Prêmio pela qualidade. *Fatos em Foco*, ano XX, n.3, p. 1, mai. 1996f.**

____. **Auditoria aponta gestão do HCPA como modelo de administração. *Fatos em Foco*, ano XX, n.3, p.3, mai. 1996g.**

____. **Grupos apresentam resultado do seu trabalho. *Nossa Gente*, ago. 1996h.**

____. **Um novo ambiente de trabalho no 5º Norte. *Nossa Gente*, ano I, n.1, jul. 1996i.**

- ____. *Programa de melhoria da qualidade — 1996. Plano de Metas. Tema: Receita e Despesa. Apresentação pública realizada em 30/07/96. 1996j. (Caderno de Textos)*
- ____. *Tema: Satisfação do Cliente. Apresentação pública realizada em 27/06/96. 1996k. (Caderno de Textos)*
- HUMMEL, Ralph P. *The bureaucratic experience.*— New York: St. Martins Press, 1987.
- ISHIKAWA, Kaoru. *Controle de qualidade total à maneira japonesa.*— São Paulo: Campos, 1993.
- JURAN, J.M. *A qualidade desde o projeto.*— São Paulo: Pioneira, 1992.
- KEEHLEY, Pat. *TQM for local governments. Public Management, v.74, p.10-16, Aug. 1992.*
- LEVIN, M. A. e FERMAN, B. *The political hand.*—New York: Pegamon, 1985.
- LONGO, Rose Mary Juliano. *A revolução da qualidade total: histórico e modelo gerencial.*— Brasília: IPEA, 1994. (Relatório Interno CPS, n.31)
- LONGO, Rose Mary; XAVIER, Antonio Carlos da R.; BATISTA, Fábio Ferreira e MARRA, Fátima. *A busca da excelência nos serviços públicos: o caso de Rondonópolis.*— Brasília: IPEA, mar. 1996. (Texto para Discussão, n. 407)
- LOVELESS, S. e BOZEMAN, B. *Innovation and the Public Manager. In: EDDY, W. B. (ed.) Handbook of organizational management.*—New York: Marcel Dekker, 1983.
- MARRA, Fátima; XAVIER, Antonio Carlos da R.; BATISTA; Fábio Ferreira e LONGO, Rose Mary Juliano. *Maternidade Darcy Vargas: excelência no atendimento ao binômio mãe-filho.*— Brasília: IPEA, 1996, 20 p. (Texto para Discussão, n.411)
- MILAKOVICH, Michael M. *Total quality management in the public sector. National Productivity Review, v.10, p.195-213, Spring 1991.*
- MILLER, K. R. *Total quality management and state governments: are we reaching the fair-trial point.*— Cocoa Beach, Flori-
-

da:1993. (Paper apresentado na Conferência SECOPA, Cocoa Beach, Fl., 1993)

QUALIDADE TOTAL. Gaúchos planejam o Estado classe mundial.— São Paulo: mar. 1996, p.19.

WEST, J. P.; BERMAN, E. M. e MILAKOVICH, M. E. Implementing TQM in local government: the leadership challenge. *Public Productivity and Management Review*, v.17, p.175-190, Winter 1994a.

_____. *HRM, TQM and organizational policies: the need for alignment.— London: 1994b. (Paper apresentado à Academy of Business Administration, London, 1994)*

XAVIER, Antônio Carlos da R.; BATISTA, Fábio Ferreira; MARRA, Fátima e LONGO, Rose Mary Juliano. *Um novo paradigma de gestão ou mais um programa de qualidade? A experiência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.— Brasília: IPEA, 1997. (Texto para Discussão, n. 487)*