

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

**Estudo da Implantação de Um Programa de
Qualidade no Hospital Geral de Goiânia**

Autora: **Adryanna Leonor Melo de O. Caiado**
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Tonini Button

Fevereiro/2004

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

Estudo da Implantação de Um Programa de Qualidade no Hospital Geral de Goiânia

Autora: Adryanna Leonor Melo de O. Caiado
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Tonini Button

Curso: Engenharia Mecânica – Mestrado Profissional
Área de Concentração: Gestão da Qualidade Total

Trabalho Final de Mestrado Profissional apresentado à Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Engenharia Mecânica como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão da Qualidade Total.

Goiânia, 2004
GO – Brasil

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

C12e

Caiado, Adryanna Leonor Melo de O

Estudo da implantação de um programa de qualidade no Hospital Geral de Goiânia / Adryanna Leonor Melo de O. Caiado.--Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador: Sérgio Tonini Button.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Mecânica.

1. Gestão da qualidade total. 2. Hospital e comunidade. 3. Humanidade. 4. Qualidade de vida. 5. Estratégia. I. Button, Sérgio Tonini. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Engenharia Mecânica. III. Título.

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

Estudo da Implantação de Um Programa de Qualidade no Hospital Geral de Goiânia

Autora: Adryanna Leonor Melo de O. Caiado

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Tonini Button

Prof. Dr. Olívio Novaski - Presidente
UNICAMP

Prof. Dr. Miguel Juan Bacic - Membro
UNICAMP

Prof.^a Dra. Marta Roverly Souza - Membro
Universidade Federal de Goiás - UFG

Goiânia, 13 de fevereiro de 2004.

Dedicatória:

Dedico este trabalho ao meu esposo Edson, às minhas filhas Naiana e Daniela, que me incentivaram e estiveram presentes em todos os momentos.

À minha mãe pelo apoio e carinho ofertado ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Agradecimentos

O trabalho aqui inserido careceria de valor e confiabilidade se não se pudesse contar com valorosos colaboradores, sem os quais jamais ele se tornaria uma possibilidade concreta.

Primeiramente agradeço a Deus, a quem sirvo em espírito, pelas bênçãos recebidas, em todos os momentos de minha vida.

À Marta R. Souza pelas importantes contribuições e ensinamentos nos momentos oportunos.

Meus sinceros agradecimentos às amigas Janete Cheade, Solange Miranda, Godiva Porto e Márcia Caselli pelo incentivo e apoio nas horas difíceis.

Aos Professores Doutores Olívio Novaski, Ademir J. Petenate, Miguel Juan Bacic e Eugênio José Zoqui, que nas disciplinas ministradas durante o curso souberam transmitir os conteúdos e experiências que embasaram o presente trabalho.

Agradeço o Professor Doutor Sérgio Tonini Button pelas orientações repassadas que foram de grande valia no resultado final.

“Hoje, o êxito de uma organização está diretamente vinculado à implantação de uma cultura de mudança e de aperfeiçoamento contínuo. É importante assumir desafios constantes, sempre em busca de inovações e criatividade”.

Jorge Gerdau Johannpeter

Resumo

CAIADO, Adryanna Leonor Melo de Oliveira, *Estudo da Implantação de um Programa de Qualidade no Hospital Geral de Goiânia*, Goiânia, Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2004. 85 p. Trabalho Final de Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade.

Este trabalho descreve a trajetória de uma Unidade Hospitalar Pública de grande porte, que ao detectar que o índice de satisfação de seus usuários era ruim, decidiu pela implantação de um Programa de Qualidade. Visando este preceito, iniciou-se um projeto de pesquisa de satisfação do usuário com intuito de avaliar e monitorar a qualidade da assistência prestada ao paciente ambulatorial do Hospital Geral de Goiânia, realizada através de questionários com perguntas fechadas e auto-explicativas, abordando diretamente o paciente. Foram aplicados dois questionários, antes e depois da implantação do Programa de Qualidade, possibilitando análise comparativa entre dois momentos distintos. No decorrer do trabalho serão explicitadas as fases percorridas pela Instituição para implantação de um modelo de gestão, apresentando mudanças organizacionais adotadas em todas as áreas, bem como metas e diretrizes aplicadas durante o processo. Depois da implantação do Programa de Qualidade, ocorreram melhorias em todos os quesitos avaliados nas pesquisas realizadas, principalmente, no que concerne ao atendimento prestado pelos médicos, mostrando que as ações aplicadas contribuíram significativamente para a melhoria da satisfação do usuário.

Palavras Chave

- Gestão, Qualidade, Hospital, Humanização

ABSTRACT

CAIADO, Adryanna Leonor Melo de Oliveira, Study on the Impacts of a Total Quality Management Program at the General Hospital of Goiania, Campinas, School of Mechanical Engineering, State University of Campinas, 2004. 85 p., Final work of Professional Master's Program in Total Quality Management.

This paper describes and analyses the impact of the adoption of a Quality Program by the "Hospital Geral de Goiânia", a large public hospital. The Quality Program was launched by the Hospital after the detection - through the application of a carefully designed questionnaire to its patients - of a low level of satisfaction of its customers. To evaluate and monitor the quality of medical care provided by the hospital two different questionnaires were applied: one before and another after the implementation of the program. The questionnaires allowed for a static comparative analysis, were composed of closed and self-explanatory questions and were applied directly to the patients. The Quality Program consisted of managerial improvements, organizational changes in all areas as well as establishment of goals and new directives. We conclude that after the adoption of the Quality Program there were improvements in all items evaluated by the research, particularly on those related to medical care. It is shown that the new procedures, adopted as a consequence of the program, had a significant impact on the quality of the services provided.

Key Words

- Management, Quality, Hospital, Humanization

Índice

Lista de Figuras	vii
Lista de Tabelas	viii
Nomenclatura	ix
1 Introdução	1
2 Referencial Teórico	11
3 Material e Método	24
4 Apresentação e Análise dos Resultados	28
5 Conclusões e Sugestões para trabalhos futuros	79
Referências Bibliográficas	81
Bibliografia	83

Lista de Figuras

Figura 1.1 -	Mapa Esquemático da Estrutura Física do HGG	5
Figura 1.2 -	Fluxograma de Atendimento do HGG	8
Figura 4.1 -	Gráficos do resultado da 1ª pesquisa	29
Figura 4.2 -	Cadeia Logística de Serviços do HGG	34
Figura 4.3 -	Fluxograma das atividades do HGG	37
Figura 4.4 -	Implementação da Gestão por Processos no HGG	39
Figura 4.5 -	Plano de Ação para Alcance da Qualidade	54
Figura 4.6 -	Evolução do número de exames diversos no período de maio/2002 a maio/2003	68
Figura 4.7 -	Evolução do número de exames de laboratório no período de maio/2002 a maio/2003	69
Figura 4.8 -	Evolução do número de cirurgias no período de maio/2002 a maio/2003	69
Figura 4.9 -	Evolução do número de internações no período de maio/2002 a maio/2003	70
Figura 4.10 -	Evolução do número de consultas no período de maio/2002 a maio/2003	70
Figura 4.11 -	Evolução do número de exames de imagem no período de maio/2002 a maio/2003	71
Figura 4.12 -	Gráficos do resultado da 2ª pesquisa	73

Lista de Tabelas

Tabela 1.1 - Composição da 1ª Regional de Saúde	6
Tabela 4.1 - Objetivos Institucionais e Estratégicos de Organização e Gestão do HGG	35
Tabela 4.2 - Diretrizes Estratégicas da Área Institucional	41
Tabela 4.3 - Diretrizes Estratégicas da Área da Qualidade	42
Tabela 4.4 - Diretrizes Estratégicas da Área de Organização e Gestão	43
Tabela 4.5 - Diretrizes Estratégicas da Área de Recursos Humanos	44
Tabela 4.6 - Estratégias estabelecidas na área de Atendimento	49
Tabela 4.7 - Plano de Ação	50
Tabela 4.8 - Principais Processos do HGG	64

Nomenclatura

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

APAC - Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo

CAPD - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCPD - Diálise Peritoneal Clínica Contínua

CEM - Comissão de Ética Médica

CEPHA - Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal

CI - Comunicação Interna

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

COREME - Comissão de Residência Médica

CRI - Conhecimento, Relacionamento e Informação

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DRH - Divisão de Recursos Humanos

EFQM - Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HGG - Hospital Geral de Goiânia

ICQ - Instrumento de Comunicação Eletrônico

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ISO - Organização Internacional de Padronização

JUSE - União da Ciência e Engenharia Japonesa
LER - Lesões por Esforços Repetitivos
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS - Ministério da Saúde
NPD - Núcleo de Processamento de Dados
OFFICE RH - Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos
PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNQ - Prêmio Nacional da Qualidade
PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PQGF - Prêmio Qualidade do Governo Federal
SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SDRH - Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos
SES/GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SGQT - Política do Sistema de Gestão da Qualidade
SIPAC - Sistema de Implantação de Procedimentos de alto Custo
SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho
SUS - Sistema Único de Saúde
UFG - Universidade Federal de Goiás
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
5 S - Seleção, Ordenação, Limpeza, Asseio e Auto-disciplina
5W2H - Ferramenta Prática/Auxiliar para Desenvolvimento de Projeto

Capítulo 1

Introdução

O Hospital é uma organização que desenvolve um papel fundamental na vida das pessoas. Sua clientela é formada por clientes internos, funcionários, fornecedores e a clientela externa composta pelos usuários do sistema de saúde. Sua função não é apenas restaurativa, ou seja, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados de emergência, mas também preventiva, além do ensino e da pesquisa.

Num ambiente cada vez mais competitivo, marcado por transformações sociais e tecnológicas, torna-se necessário rever o modelo de gestão hospitalar.

O Ministério da Saúde (MS) aponta que os estabelecimentos da saúde pública são gerenciados de maneira ineficientes e ineficazes, acarretando problemas administrativos e financeiros de toda ordem e que interferem na qualidade dos serviços prestados à população.

A ausência de planejamento das ações e do seu adequado gerenciamento acarreta, entre outras distorções, o desperdício dos recursos técnicos, humanos, físicos e financeiros das unidades hospitalares, levando à deterioração paulatina e crescente da rede de hospitais e ambulatórios.

Assim sendo, verificou-se ser necessária uma mudança na gestão pública, tendo início então em 1995 a Reforma Gerencial da Administração Pública visando a modernização, de forma a atender de modo eficiente e democrático às demandas da sociedade, sobretudo na área social. O

principal documento da reforma gerencial é o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que estabelece diretrizes para implantação de uma administração pública gerencial.

Nesse contexto, foram considerados fundamentais todos os conceitos e ferramentas instituídas da Gestão pela Qualidade com a finalidade de internalizar os princípios da administração para o cidadão, orientada para resultados.

A decisão de adotar a Gestão pela Qualidade como estratégia básica da Reforma Gerencial pode ser percebida por meio de dois programas: o Programa de Qualidade e Participação na Administração Pública, de caráter geral, e o Programa de Reestruturação e Qualidade dos Ministérios, voltado para a reestruturação dos ministérios, nos termos do Plano Diretor.

O Programa de Qualidade e Participação na Administração Pública observa os princípios e diretrizes da qualidade e enfatiza a participação e o envolvimento de todos na busca da melhoria contínua, visando a satisfação dos clientes internos e externos.

A Administração Pública já contava com um programa de qualidade, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, reestruturado no final de 1995. Em 1996, com a reestruturação deste programa, foi instituída pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade a categoria Administração Pública, no Prêmio Nacional da Qualidade. Entretanto, no primeiro ciclo de premiação da nova categoria, nenhuma organização pública alcançou a pontuação mínima para conquistar o prêmio.

A resposta do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) veio em 1998. Para estimular a disputa pelo Prêmio Nacional da Qualidade, o MARE criou o Prêmio Qualidade do Governo Federal (PQGF). É um sistema de reconhecimento e premiação, cujo objetivo é estimular e preparar o setor público para a melhoria da qualidade da gestão. O PQGF segue os Critérios de Excelência do Prêmio Nacional da Qualidade, que são: liderança, estratégias, foco no cliente, informação e análise, gestão de pessoas, gestão de processos e resultados da organização. Esses critérios estão sendo utilizados como modelo de referência em algumas instituições de saúde.

Os programas de qualidade tornaram-se uma “febre” nos últimos tempos. Muitas organizações, dispostas a aumentar seus lucros e garantir um lugar no mercado competitivo, partiram para a elaboração de programas de qualidade. Entretanto, o que se observa é que grande parte destes programas não tem alcançado os objetivos esperados.

Os motivos que levam ao insucesso dos programas de qualidade foram estudados por diversos autores. Tolovi Jr. (1994), por exemplo, analisou e classificou as causas de insucesso, a saber: causas psicossociais (não envolvimento da alta direção e desinteresse do nível gerencial), causas psicológicas (ansiedade por resultados e descuido com a motivação), causas educacionais (treinamento precário e escolha inadequada de multiplicadores) e causas técnicas (planejamento inadequado, falta de apoio técnico e sistema de remuneração inconsistente).

Resnick-West citado em Martins e Toledo (1998) verificou por meio de seus estudos que um dos motivos que levam ao insucesso de programas de qualidade é a falta de um modelo de referência do que seja qualidade.

Martins e Toledo (1998) apresentam uma proposta de modelo para a elaboração de programas de gestão para a qualidade total. De acordo com os autores, é necessário que a organização tenha um modelo de referência para elaborar seu programa de gestão para a qualidade. Com vistas a buscar direções, critérios para suprir tais lacunas, surgem diversas visões dos principais autores da qualidade (Deming, Crosby, Juran, entre outros), critérios de um prêmio de qualidade do país (Prêmio Nacional da Qualidade, do Brasil, Prêmio Deming, do Japão e outros), modelos de sistemas de garantia da qualidade (ISO 9000, por exemplo) e modelos de gestão para a qualidade total (propostos por entidades como JUSE e EFQM)¹.

Tendo como referencial teórico básico os autores descritos acima, elegeu-se o Hospital Geral de Goiânia (HGG) como local de coleta de dados empíricos deste trabalho cujo objetivo central foi o de medir o impacto da implantação de um programa de qualidade, bem como

¹ JUSE - Union of Japanese Scientists & Engineers (União da Ciência e Engenharia Japonesa) – Grupo de Cientistas Japoneses formado pelas autoridades militares com o objetivo de reconstruir o Japão; EFQM - European Foundation For Quality Management (Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade) – Criada em 1988, sendo constituída por 14 diretores empresariais, em ligação com a Comissão Europeia e a Organização Europeia para a Qualidade (EOQ). Matriz de auto-avaliação que conduz a um melhoramento contínuo da qualidade, tendo como meta a Excelência.

explicitar as fases percorridas pela Instituição para aplicação de um modelo de gestão voltado para a qualidade.

1.1 Breve Histórico da Instituição

O Hospital Geral de Goiânia (HGG), originalmente uma Instituição pública federal, iniciou suas atividades na década de 1970, vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Funcionou por cerca de 20 anos no atendimento a emergências, urgências, maternidade e como Hospital geral e Hospital de ensino e de referência para tratamento eletivo em várias especialidades.

O HGG foi transferido para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) por força do Termo de Cessão de Uso nº 26 de 04/12/1990, em conformidade com o Decreto nº 94.657 de 28/07/1987 do Governo do Estado de Goiás e da Fundação Hospitalar do Estado de Goiás.

Em 1991, o Hospital foi fechado para reforma geral, sendo suas atividades absorvidas pelo Hospital de Urgências de Goiânia, Hospital de Doenças Tropicais e por outras três maternidades.

Reaberto, em maio de 1998, como órgão da administração direta, com proposta de atendimento parcial em nível terciário para prestação de serviços de médias e altas complexidades, realizando atendimento especializado, cirurgias eletivas de alto custo e procedimentos diagnósticos.

O Hospital está oficialmente classificado como referência nível VIII², prestando serviços próprios de diagnóstico e terapias no âmbito ambulatorial e em regime de internação com 235 leitos. O HGG tem 15.000 m² (quinze mil metros quadrados) de área construída, distribuídos por blocos interligados, conforme demonstra figura a seguir:

² A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás adotou a classificação oficial do Ministério da Saúde, em que os níveis de I a IV referem-se a Unidades Ambulatoriais, e os níveis de V a VIII, a Unidades Hospitalares. O Nível hierárquico VIII descreve as seguintes atividades: Unidades que atuam como referência nacional, ambulatório de hospitais de ensino, sendo referência ainda para transplantes de órgãos ou referência estadual para procedimentos de alta complexidade.

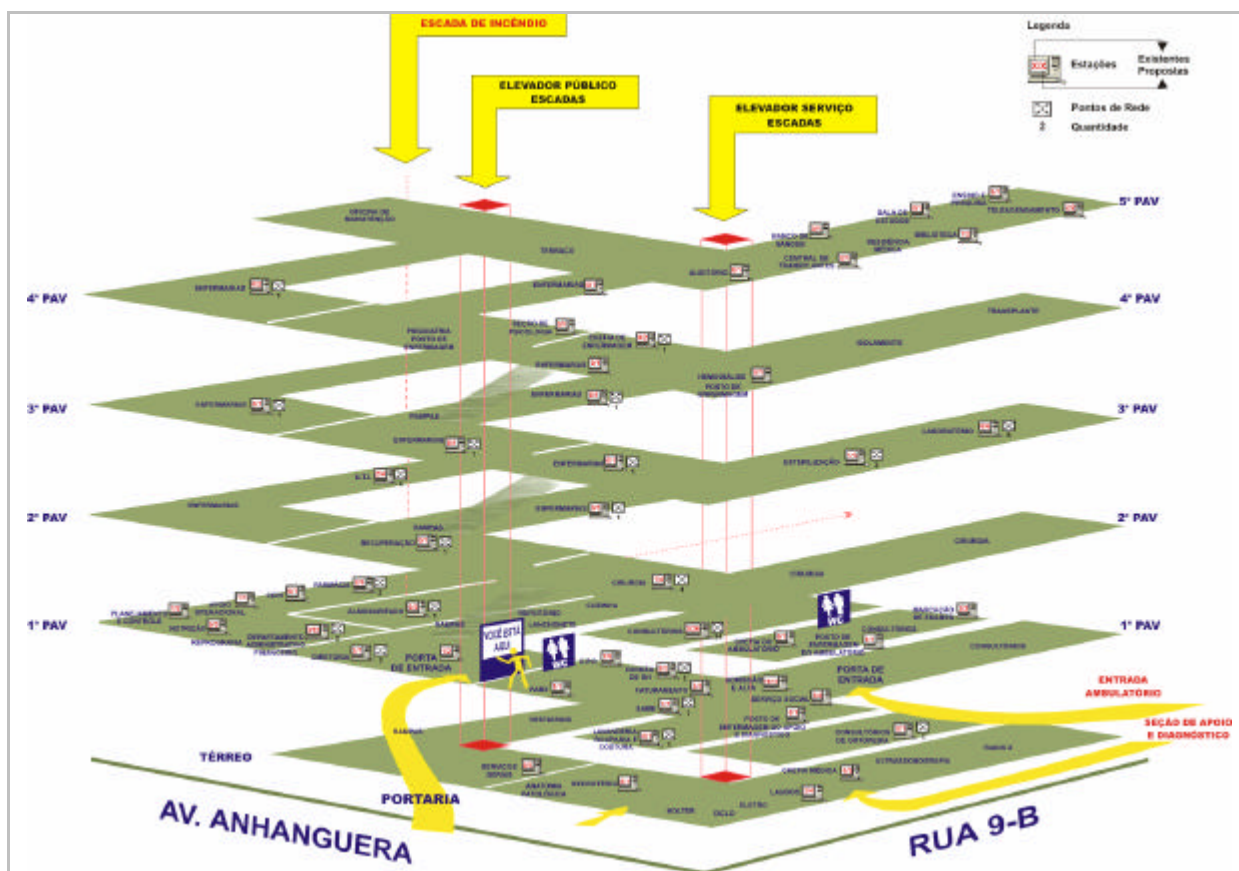


Figura 1.1 – Mapa Esquemático da Estrutura Física do HGG

1.2 O HGG no contexto do Sistema Regional de Saúde

A gestão do modelo assistencial do Governo do Estado de Goiás, executada através da SES/GO caracteriza-se pela execução direta das ações e dos serviços, atuando de maneira concentrada na prestação de serviços, particularmente no que se refere à manutenção de procedimentos de alto custo e, conseqüentemente, na organização dos serviços de referência e de contra-referência regional e estadual, com estrutura própria de recursos e serviços.

Diante dessa política concentrada de atuação e da deficiência no atendimento das Ações e Serviços de Atenção Básica de Saúde a cargo dos municípios, através de suas Unidades Básicas de Saúde, perpetuam, no Sistema Estadual de Saúde, as seguintes situações:

- a) Concentração da execução da Assistência de Média e de Altas Complexidades, essencialmente nos municípios de Goiânia e Anápolis (nesse caso, por meio de serviços

contratados) com unidades próprias da SES/GO, localizadas na sua totalidade no município de Goiânia;

- b) Assistência Hospitalar heterogênea na sua distribuição, apesar de o Estado de Goiás situar-se em segundo lugar no país em termos de capacidade de internações hospitalares (número de leitos/1.000 habitantes), acarretando migração da demanda de atendimento básico para o município de Goiânia.³

Pelo que se observa, os critérios que direcionaram as ações de governo na área da saúde e que acarretaram a concentração mencionada estão fundamentados pelos projetos do MS que asseguram investimentos ou financiamentos, em detrimento de estudos que levam em conta aspectos demográficos, epidemiológicos e de rede de serviços.

Outro aspecto importante a considerar na contextualização do cenário de demanda concentrada por serviços de saúde em Goiânia refere-se ao fato de que a 1ª Regional de Saúde atende 40,0% da população do Estado, ou seja, além de Goiânia (município sede da Regional), agrega mais 37 (trinta e sete) municípios do seu entorno.

A 1ª Regional de Saúde está assim composta:

Tabela 1.1 – Composição da 1ª Regional de Saúde

MACRORREGIÃO 1.ª REGIONAL - GOIÂNIA	MUNICÍPIOS
	Abadia de Goiás, Acreúna, Aparecida de Goiânia, Araçú, Aragoiânia, Avelinópolis, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Brazabrantes, Caldazinha, Campestre, Caturaí, Cesarina, Cristianópolis, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Leopoldo de Bulhões, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Petrolina de Goiás, Sto. Antônio de Goiás, Santa Bárbara, Santa Rosa, São Miguel do Passa Quatro, Senador Canedo, Silvânia, Taquaral de Goiás, Trindade, Varjão e Vianópolis.

³ Tal fato pode ser observado a partir da baixa taxa de ocupação dos leitos por pacientes cadastrados junto ao SUS em uma rede estadual de saúde composta por 429 estabelecimentos hospitalares e 22.795 leitos cadastrados.

Essa parcela da população é a que, na realidade, representa o fluxo da demanda pelos serviços do HGG, em atendimentos primários, secundários ou terciários, na medida em que a análise de dados estatísticos da Secretaria Municipal de Saúde demonstra que o afluxo da população proveniente de outros municípios do interior do Estado para os serviços de saúde, básicos ou referenciados⁴, da rede municipal da capital está em torno de 20,0 a 40,0% do total de serviços prestados na capital pelo município, dependendo do tipo de patologia.

Constata-se que a organização administrativa das Regionais de Saúde pelas macrorregiões não se deu pelo somatório de habitantes existentes em cada um dos municípios que as compõem, na medida em que a macrorregião central engloba cerca de 40,0% do total da população do Estado, enquanto as regiões Nordeste, Norte, Sul, Estrada de Ferro, Sudeste e Mato Grosso Goiano agregam, respectivamente, 16,0%, 11,0%, 7,0%, 3,0%, 9,0% e 9,0%. A SES/GO não dispõe de informações sobre os critérios utilizados para realizar essa distribuição administrativa.

No contexto de atuação, o Hospital Geral de Goiânia (HGG) é classificado como Hospital de referência de Nível VIII para atendimentos secundários, terciários e quaternários em áreas especializadas de diagnósticos e terapias, tanto para o município de Goiânia quanto para o estado de Goiás.

Por desvirtuamento do sistema de referência e contra-referência, tanto do município de Goiânia quanto do Estado de Goiás, o HGG ainda presta atendimento primário, além das demandas de serviços de média e alta complexidades.

A finalidade do HGG é prestar atendimento aos pacientes que necessitam de tratamento especializado e subespecializado, realizar procedimentos considerados eletivos, de alto custo e de alta complexidade.

⁴ Os serviços referenciados de médias e altas complexidades são prestados pelo Hospital das Clínicas – HC e pela Santa Casa da Misericórdia, através de contrato de metas firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Os pacientes encaminhados pelos municípios do interior são cadastrados e distribuídos, conforme a patologia, por uma Central de Regulação das vagas oferecidas pelas unidades hospitalares citadas.

O acesso dos pacientes aos serviços prestados pelo Hospital se dá através do sistema de referência e contra-referência da unidade pública mais próxima do paciente. Inicia-se o processo através de uma consulta médica na unidade pública de saúde, preenchimento do formulário de referência e contra-referência do paciente e a marcação da consulta pelo serviço de teleagendamento, com data e horário informados pelo HGG.

O Hospital recebe o paciente mediante agendamento prévio e, após a alta, retorna à unidade de origem, conforme demonstrado em fluxograma de atendimento:

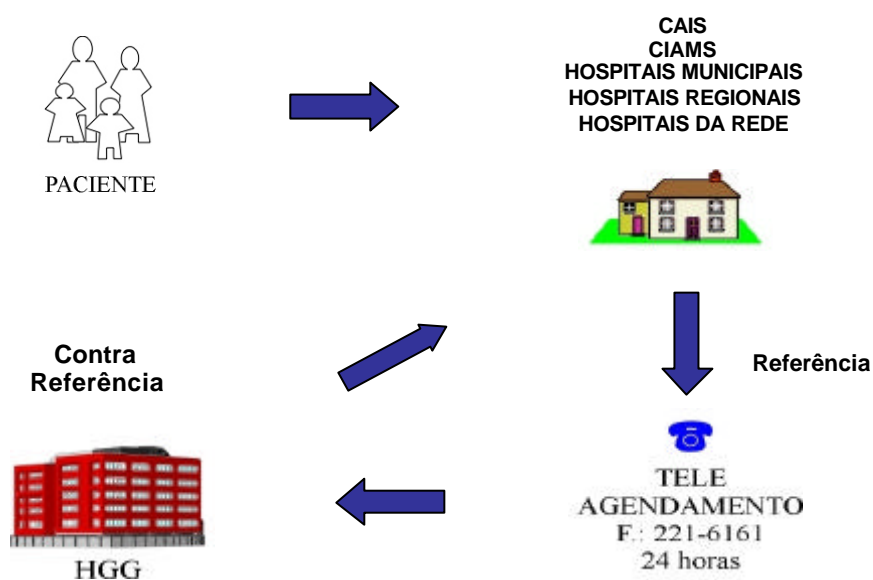


Figura 1.2 – Fluxograma de Atendimento do HGG.

1.3 A composição profissional

Para o funcionamento pleno, o Hospital conta com um quadro diversificado de recursos humanos altamente qualificados. Dentre as especialidades médicas o HGG dispõe: angiologia, bucomaxilofacial, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cirurgia cardíaca, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, intensivista, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, proctologia, reumatologia e urologia.

Atuam ainda na unidade equipes multidisciplinares nas áreas de administração, biblioteconomia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia para pacientes especiais, psicologia e serviço social.

Estão constituídas e em funcionamento desde janeiro de 2000 as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Ética Médica (CEM), Residência Médica (COREME) e ainda o Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal (CEPHA).

1.4 A infra-estrutura

Por se tratar de uma unidade com atendimentos de alta complexidade, o Hospital possui equipamentos de última geração, alguns deles não disponíveis em outros hospitais públicos da região Centro-Oeste, entre os quais destacam-se: scanner ultra-sônico uso geral, scanner ultra-sônico cardiológico, ressonância magnética, mamógrafo com sistema de esteorotaxia acoplado, angiocoronariografia digital, desfibrilador com cardioversor, eletrocardiógrafo com marca-passo embutido e externo, holter de eventos (looping), intervalômetro, balão de contrapulsção intraórtico, monitor de pressão não invasiva, citocentrífuga, medidor de pH, contador automático de células, teste de hemossedimentação, microscópio cirúrgico, microestereotaxia, neurogerador de radiofrequência, microscópio biológico trinocular, equipamento de videourodinâmica, ecodoppler vascular, mapa, esteiras ergométricas, eletrocardiograma, aparelhos de raios X simples e telecomandado, tomografia computadorizada, central de emissão de laudos informatizada, laboratório completo de análises clínicas, aparelhos de endoscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, litotriptor de última geração, auto-inclisor, laparoscopia, mediastinoscopia, toracoscopia, espirômetro, videobroncofibroscópio, sistema de desbridamento (shaver), artroscópio, serra oscilante, sistema para cirurgia endoscópica da coluna lombar e torácica, citômetro de fluxo, neuronavegador, videoeletroencefalografia, polissonografia e eletroneuromiografia.

Conta ainda com os serviços de diagnóstico e terapêutica: anatomia patológica, citologia, cistoscopia, colangiografia, endoscopia, colonoscopia, ecodoppler colorido, eletrocardiograma, endoscopia digestiva, diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal clínica contínua (CCPD), espirometria simples, exames

laboratoriais, hemodinâmica, hemodiálise, holter, litotripsia, mapa radiodiagnóstico, retossigmoidoscopia, ressonância nuclear magnética, salas de cirurgia, salas de gesso, tomografia computadorizada, ultra-sonografia e urodinâmica.

No HGG encontram-se implantados os programas de controle e prevenção da obesidade, do pé diabético, do idoso, de controle da hipertensão, de odontologia para pacientes especiais e de controle da tuberculose.

1.5 Clientes/Usuários

1.5.1 Perfil dos clientes /usuários por sexo:

Em levantamento realizado⁵ constatou-se que 38,8% dos clientes/usuários que buscam assistência no HGG são do sexo masculino e 61,2% são do sexo feminino.

1.5.2 Perfil dos clientes /usuários por faixa etária:

Através de pesquisa verificou-se que 7,7% dos pacientes que buscam atendimento no HGG estão na faixa etária entre 0 e 14 anos, 6,4% de 15 a 21 anos, 26,6% de 22 a 40 anos, 43,0% de 41 a 64 anos, 14,8% de 65 a 80 anos e 1,4% de 81 anos acima.

Observa-se, na contextualização do cenário de demanda, que a cidade de Goiânia atende cerca de 40,0% da população do Estado, inserida na macrorregião – 1ª Regional – Goiânia.

Essa parcela da população, na realidade, é a que representa o grande fluxo da demanda pelos serviços do HGG, em atendimento secundário ou terciário.

Este perfil foi viabilizado mediante disponibilização de informações do banco de dados do HGG.

⁵ Dados obtidos através de Relatório Interno elaborado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HGG.

Capítulo 2

Referencial Teórico

Este capítulo é destinado a apresentar os estudos relacionados ao tema da pesquisa, realizados por outros autores. Em primeiro lugar, são tomados como referência os trabalhos de Garvin (1992) no que concerne ao histórico da qualidade. É destacado também o enfoque dos principais autores da qualidade. São expostos, ainda, estudos referentes à administração de serviços de saúde e ao Prêmio Qualidade do Governo Federal.

Devido à escassa existência de estudos destinados à área de saúde e sistemas complexos como hospitais, uma vez que a base que norteia as teorias concernentes à qualidade é enfocada na Indústria, utilizou-se a bibliografia disponível.

2.1 Evolução das Práticas de Qualidade

De acordo com Garvin (1992), dividem-se os acontecimentos relacionados à qualidade em quatro fases: inspeção, controle estatístico da qualidade, garantia da qualidade e gestão estratégica da qualidade.

2.1.1 Inspeção

Originalmente, as atividades relacionadas com a qualidade eram voltadas para a inspeção. Os produtos eram fabricados por artesãos e a inspeção era informal, realizada após o processo produtivo.

Com o surgimento da produção em massa, houve necessidade do uso de peças intercambiáveis. A inspeção passou a ser formal e realizada durante o processo produtivo.

A atividade de inspeção ganhou maior importância em virtude dos estudos de Taylor, que resultaram na Administração Científica.

Essa atividade, entretanto, não era mais adequada aos objetivos da produção em massa. Era extremamente oneroso realizar a inspeção em 100,0% dos produtos. Nesse contexto, surgiu o controle estatístico da qualidade.

2.1.2 Controle Estatístico da Qualidade

Esta fase da evolução da qualidade é marcada pela publicação do livro *Economic Control of Quality of Manufactured Product*, de W. Shewhart, em 1931. Shewhart integrava um grupo de pesquisadores dos *Bell Telephone Laboratories*, sendo o primeiro a reconhecer que a variabilidade era um fato concreto na indústria. A questão, portanto, era identificar as variações aceitáveis do processo devidas ao acaso e aquelas advindas de problemas reais no processo produtivo.

O controle estatístico da qualidade apresentou duas características básicas: o controle estatístico do processo e as técnicas de amostragem.

Os estudos de Shewhart sobre controle do processo resultaram no gráfico de controle de processo. Por meio desse gráfico é possível distinguir as causas anormais das inerentes ao processo.

As técnicas de amostragem foram estudadas por outros pesquisadores dos *Bell Laboratories*. Esses estudos possibilitaram a formulação de planos de amostragem que limitavam o número de defeitos a um determinado percentual, garantindo a aceitação ou a rejeição do lote de produtos fabricado.

O controle estatístico da qualidade se consolidou na fábrica. Entretanto, a partir de 1950, houve necessidade de ampliar essa visão basicamente estatística. Com isso, iniciou-se uma nova fase: a garantia da qualidade.

2.1.3 Garantia da Qualidade

Quatro elementos distintos constituem a fase da garantia da qualidade: custos da qualidade, controle total da qualidade, engenharia de confiabilidade e zero defeito.

Os custos da qualidade foram estudados por Juran (1990) e discutidos em seu livro *Quality Control Handbook*. Foram divididos em custos evitáveis e inevitáveis. Os custos evitáveis eram advindos das falhas. Os inevitáveis eram os custos relativos à prevenção das falhas. Juran concluiu que os custos relativos às falhas poderiam ser reduzidos por meio de investimentos na melhoria da qualidade.

O segundo momento da garantia da qualidade, o controle total da qualidade, foi marcado pelos estudos de Armand Feigenbaum (1994). Ele argumentava que para haver eficácia era preciso que o controle passasse pelo projeto do produto e só terminasse quando o produto fosse entregue ao cliente. Para tanto, a qualidade deveria ser um trabalho de todos.

A engenharia de confiabilidade, inicialmente, apresentou uma definição para o termo confiabilidade. "É a probabilidade de um produto desempenhar uma função especificada sem falhas, durante um certo tempo e sob condições preestabelecidas". Os estudos baseados nessa definição resultaram em várias técnicas que visavam a redução do número de falhas.

O zero defeito, último momento desta fase, teve início em 1961-62, na *Martin Company*. A necessidade de construir um míssil perfeito, sem falhas, implicou em uma mudança de atitude. A gerência passou a oferecer estímulos para que o trabalho fosse realizado corretamente e a exigir perfeição. Este bem sucedido trabalho resultou no programa zero defeito. O programa defende a realização correta do trabalho, na primeira vez, por meio da motivação e conscientização dos funcionários.

As três primeiras fases da evolução da qualidade foram marcadas basicamente por um objetivo: a prevenção de defeitos. A qualidade não era pensada sob o ponto de vista estratégico.

2.1.4 Gestão Estratégica da Qualidade

Não há um marco específico para identificar o início da fase atual, a gestão estratégica da qualidade. Entretanto, vários fatores contribuíram para uma nova visão, entre eles, a concorrência dos produtos japoneses devido à sua qualidade e confiabilidade superiores.

A visão que até então estava voltada para dentro da empresa foi ganhando amplitude. A qualidade passou a ser definida do ponto de vista do cliente.

A gestão estratégica da qualidade rompe as fronteiras da organização ao comparar os produtos e serviços com os da concorrência e ao dar a última palavra no que diz respeito à aceitabilidade do produto pelo cliente.

Essa abordagem, contudo, não é uma negação das fases anteriores a ela. Pelo contrário, a gestão estratégica da qualidade incorpora elementos da inspeção, do controle estatístico da qualidade e da garantia da qualidade. É, portanto, mais ampla que suas antecessoras.

2.2 Enfoque dos Autores da Qualidade

Conforme mencionado, o enfoque dos principais autores da qualidade também constitui um modelo de referência para os programas de qualidade. Destacam-se os enfoques de Deming, Juran e Crosby.

2.2.1 Os 14 Pontos do Método Deming

Deming (1990) analisa em seu livro *Qualidade: A revolução da administração* questões referentes à qualidade, produtividade e competitividade. O autor afirma que a melhoria da qualidade provoca uma reação em cadeia, ou seja, aumento da produtividade, custos menores e captação de mercado. Para tanto, é necessário transformar o estilo de administração. O autor desenvolveu 14 princípios de administração que constituem o método Deming para a transformação da administração ocidental. Estes princípios funcionam como um manual que promovem a integração de todos os membros da Instituição em um processo de transformação para o aperfeiçoamento, a saber:

- a) criar constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço;
- b) adotar nova filosofia;
- c) cessar dependência da inspeção em massa;
- d) acabar com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço;
- e) melhorar constantemente o sistema de produção e de serviço;
- f) instituir treinamento;
- g) adotar e instituir liderança;
- h) afastar o medo;
- i) romper as barreiras entre os diversos setores de pessoal;
- j) eliminar *slogans*, exortações e metas para a mão-de-obra;
- k) eliminar os objetivos numéricos;
- l) remover as barreiras que privam as pessoas do justo orgulho pelo trabalho bem executado;
- m) estimular a formação e o auto-aprimoramento de todos;
- n) tomar iniciativa para realizar a transformação.

O autor menciona ainda a existência de “doenças mortais” que permanecem no caminho da transformação, quais sejam: falta de constância de propósito; ênfase nos lucros em curto prazo; avaliação de desempenho; classificação por mérito ou revisão anual; mobilidade da administração; direção da empresa simplesmente por meio de números visíveis.

O modelo desenvolvido por Deming baseou-se na comparação das indústrias japonesas com as norte-americanas.

2.2.2 A Trilogia de Juran

Juran (1990) desenvolveu um modelo de referência denominado trilogia da qualidade. É baseado em três processos gerenciais básicos: planejamento, controle e aperfeiçoamento.

O planejamento da qualidade consiste em fornecer aos meios de produção a capacidade de fazer produtos ou serviços que atendam as necessidades dos clientes. Segundo o autor, o planejamento da qualidade compreende as seguintes atividades: identificação dos clientes e suas necessidades, desenvolvimento de um produto ou serviço que responda a essas necessidades e desenvolvimento de um processo capaz de fazer tal produto ou serviço.

O controle da qualidade envolve três etapas: avaliar o desempenho da qualidade real, comparar o desempenho real com as metas de qualidade e atuar nas diferenças.

Por fim, o aperfeiçoamento ou melhoramento da qualidade consiste em elevar o desempenho da qualidade em níveis inéditos. Envolve as seguintes etapas:

- a) estabelecer a infra-estrutura necessária para assegurar o melhoramento da qualidade;
- b) identificar as necessidades específicas para melhoramento;
- c) estabelecer uma equipe responsável para cada projeto;
- d) fornecer os recursos, o estímulo e o treinamento necessário às equipes para diagnosticar as causas dos problemas, estabelecer soluções e controles para manter os ganhos.

De acordo com o autor, os três processos da trilogia da qualidade estão inter-relacionados.

2.2.3 As 14 Etapas do Modelo de Crosby

O modelo proposto por Crosby (1992) é baseado em sua definição de qualidade, ou seja, conformidade com os requisitos. Para o autor, a qualidade é um fator atingível, mensurável e lucrativo. O autor defende a realização correta do trabalho desde a primeira vez. Parâmetro imprescindível para a área da saúde.

Crosby elaborou um modelo constituído de 14 etapas:

- a) comprometimento da gerência;
- b) equipe de melhoria da qualidade;
- c) cálculo de qualidade;
- d) avaliação do custo da qualidade;
- e) conscientização;
- f) ação corretiva;
- g) estabelecimento de um comitê especial para o programa zero defeito;
- h) treinamento de supervisores;
- i) dia zero defeito;
- j) estabelecimento de meta;
- k) remoção de causa de erros;
- l) reconhecimento;
- m) conselhos da qualidade;
- n) fazer tudo de novo.

Para o autor, um esforço para a melhoria da qualidade precisa ser bem medido e implementado, de acordo com um plano durante um longo período de tempo, além de exigir uma mudança de "cultura".

2.3 Administração de Serviços de Saúde

A questão da qualidade em serviços de saúde é bastante complexa, devido não só às características dos serviços, mas também às características do setor público. As questões levantadas acerca do assunto serão a seguir explicitadas.

2.3.1 Características dos Serviços de Saúde

Entre as características do setor de saúde está a de ser basicamente prestador de serviços. Para Malik (1996), os serviços são, por definição:

- a) Não palpáveis: não têm caráter concreto. A autora utiliza a vacinação como exemplo dessa característica dos serviços. A seringa e a vacina são produtos palpáveis, mas o ato de vacinar, não.
- b) Não armazenáveis: refere-se à impossibilidade de estocar os serviços para serem utilizados em outros momentos.
- c) De produção e consumo simultâneos: baseia-se no fato de que não há etapa intermediária entre a realização do serviço e o consumo. Quando um médico realiza uma cirurgia, o consumo ocorre simultaneamente.
- d) Indivisíveis: baseia-se no fato de que não é possível interromper um procedimento e recomeçá-lo em outro momento.
- e) Heterogêneos: refere-se à diversidade dos serviços de saúde.
- f) Difíceis de atribuir preço: baseia-se no fato de que é difícil quantificar o trabalho e o conhecimento empregados em determinado serviço para serem adicionados ao tempo de realização, material utilizado e demais insumos necessários.

2.3.2 O Setor Público

Vários autores discorreram sobre as dificuldades da aplicação da abordagem da qualidade total no setor público. Os motivos alegados são a rotatividade de pessoal, a ausência de uma política de desenvolvimento de recursos humanos, os critérios políticos de escolha dos dirigentes e a carência de recursos financeiros. Mas a questão central parece ser o conceito de cliente. Como diz Cecílio (1999, p.33), "só mesmo muito malabarismo mental para introduzir o conceito de cliente no universo da administração pública".

Por outro lado, de acordo ainda com Cecílio (1999), há uma pressão externa para que os hospitais se qualifiquem. Em primeiro lugar, a conscientização dos usuários está aumentando, o que pode ser percebido por meio do aumento do número de reclamações dirigidas à direção dos hospitais e do número de processos contra os médicos. Em segundo lugar, está a questão da globalização e as mudanças por ela provocadas, exigindo esforços de modernização e aumento da competitividade.

Não há dúvida de que a melhoria no gerenciamento dos serviços de saúde é uma necessidade atual. Mas, considerando as características dos serviços apresentadas por Malik (1996) aliadas às do setor público, pergunta-se: É possível trabalhar com os princípios da gestão da qualidade nos hospitais públicos?

Sim, é o que afirma Deming (1990, p.97):

“Uma doença comum que aflige a administração e a administração pública em todo o mundo é a impressão de que “os nossos problemas são diferentes”. Com certeza são diferentes, mas os princípios que ajudarão a melhorar a qualidade do produto e dos serviços são, por natureza, universais”.

2.3.3 A Avaliação dos Serviços

Para Deming (1990, p.125), "a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia". Sendo assim, o que influencia a avaliação dos serviços pelo cliente?

Berry e Parasuraman (1992) realizaram várias pesquisas sobre qualidade do serviço e apontaram cinco dimensões gerais que influenciam as avaliações:

- a) **Confiabilidade:** refere-se à capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e com precisão.
- b) **Tangíveis:** refere-se à aparência física das instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação.
- c) **Sensibilidade:** refere-se à disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço.
- d) **Segurança:** refere-se ao conhecimento e à cortesia dos empregados e sua habilidade em transmitir confiança.
- e) **Empatia:** refere-se à atenção oferecida ao cliente.

A confiabilidade foi considerada a dimensão de maior importância para os serviços. De acordo com os autores, a falta de confiabilidade gera um círculo vicioso que inclui moral baixo dos funcionários, prestação do serviço em deterioração, aumento na rotatividade dos funcionários, produtividade em queda e custos em ascensão. Considerando as características dos serviços, a confiabilidade é um aspecto crucial, pois as falhas acontecem na presença do cliente.

Normann, citado em Gianesi e Corrêa (1994), criou a expressão "momentos da verdade", que pode ser entendida como cada momento em que o cliente entra em contato com a prestadora do serviço. Considerando o estudo sobre qualidade, produtividade e satisfação dos clientes, o entendimento do conceito de momentos da verdade é fundamental para o gerenciamento dos serviços, pois é quando ocorre o encontro da organização com o cliente.

2.3.4 Indicadores de Qualidade, Produtividade e Satisfação dos Clientes

A utilização de indicadores é fundamental no gerenciamento dos serviços. Como se viu anteriormente, não há uma definição única para o termo qualidade. Sendo assim, ao se tratar dos indicadores de qualidade, utiliza-se a definição da ABNT (NBR ISO 8402): "totalidade de

características de um produto ou serviço que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas ou explícitas".

Na abordagem dos indicadores de produtividade, utiliza-se a definição de Falconi (1999), ou seja, o quociente entre o que a empresa produz (*output*) e o que ela consome (*input*). Vale destacar, ainda de acordo com o autor, que não basta aumentar a quantidade produzida, é necessário que o produto ou serviço tenha valor, ou seja, que atenda às necessidades dos clientes.

Indicador, de acordo com a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (1996, p.5), é: "uma relação matemática que mede, numericamente, atributos de um processo ou de seus resultados, com o objetivo de comparar esta medida com metas numéricas, preestabelecidas".

A utilização de indicadores é vital para o planejamento e controle dos processos da organização. Possibilitam o estabelecimento de metas quantificadas e o seu desdobramento na organização, além de facilitar a análise do desempenho por meio da apresentação dos resultados. Viabilizam a busca da melhoria da qualidade, produtividade e da satisfação dos clientes. Se comparados com referenciais de excelência, podem contribuir para a identificação de novas oportunidades de melhoria.

2.3.5 O Prêmio Qualidade do Governo Federal

O Prêmio Qualidade do Governo Federal (PQGF) é um projeto inserido no Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública. Visa estimular organizações públicas a implementarem programas de melhoria de desempenho institucional.

É considerado um modelo de referência para orientar os programas de qualidade das organizações. Os sete critérios que compõem o PQGF podem ser divididos em quatro blocos: planejamento (liderança, planejamento estratégico e foco no cliente), execução (gestão de pessoas e gestão de processos), controle (resultados) e ação (informação e análise), privilegiando um enfoque sistêmico.

O PQGF segue a estrutura do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Entretanto, foram necessárias adaptações de linguagem, formato e na escala de pontuação, que abrange um

intervalo de 0 a 500 pontos. A avaliação das organizações se dá por meio da análise dos métodos utilizados para atender aos requisitos dos itens, da extensão da aplicação dos métodos dentro da organização e das conseqüências da aplicação dos métodos.

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade adota em seus documentos de referência uma definição para a qualidade: “Qualidade é o encontro do Estado e do setor produtivo - que cumprem com eficiência suas missões - com a sociedade organizada - que também se sente responsável pelo desenvolvimento do País”. Esta definição está de acordo com os objetivos da administração pública gerencial, na medida em que contempla o atendimento aos interesses do cidadão, o estímulo da cidadania e dos valores éticos e a participação nos projetos públicos tanto da sociedade quanto do setor produtivo.

O Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública está fundamentado nos seguintes princípios:

- a) Satisfação do cliente: refere-se ao atendimento das necessidades e expectativas dos clientes. Para tanto, é necessário implementar mecanismos permanentes de comunicação e aperfeiçoamento dos processos, focados no cliente.
- b) Envolvimento de todos os servidores: refere-se ao comprometimento de todos, independentemente de nível, cargo ou função, com o alcance dos objetivos e metas da organização.
- c) Gestão participativa: pressupõe confiança e cooperação entre os diversos níveis hierárquicos, além do compartilhamento de informações da organização.
- d) Gerência de processos: refere-se ao planejamento, desenvolvimento, execução e controle dos processos. Para tanto, a utilização de indicadores é fundamental para viabilizar a mensuração dos aspectos relacionados à qualidade, produtividade e satisfação dos clientes.
- e) Valorização do servidor público: refere-se ao estabelecimento de mecanismos de conscientização do valor de sua missão, treinamento adequado, avaliação de seu desempenho e reconhecimento do mérito.

- f) Constância de propósitos: refere-se à definição da missão da organização, ao entendimento das necessidades e expectativas dos clientes e à sua visão de futuro.
- g) Melhoria contínua: baseia-se no fato de que não basta solucionar problemas e reduzir o desperdício. É preciso aperfeiçoar os processos e buscar oportunidades de crescimento para a organização.
- h) Não aceitação de erros: baseia-se na definição do procedimento correto e na adoção de atitudes preventivas.

O lançamento público do primeiro ciclo do PQGF aconteceu em 03 de março de 1998. Cinquenta e três organizações públicas se candidataram ao prêmio, em 1998. Destas, treze foram reconhecidas pelo esforço em direção à melhoria da gestão, nas faixas ouro, prata e bronze.

O PQGF foi considerado um marco na trajetória da qualidade na administração pública e um instrumento eficaz para a implantação da reforma gerencial.

Diante do levantamento aqui exposto observa-se que não é incompatível um modelo eminentemente para a área da indústria ser aplicado para a área da saúde, haja vista que o PQGF de alguma maneira incorporou parte do embasamento teórico abordado pelos autores, bem como vem sendo adaptado diante dos novos desafios apresentados por uma área complexa, frágil e que conta com poucos recursos financeiros, como é a saúde pública no Brasil. Nesse sentido, justifica-se o desafio da pesquisa aqui proposta.

Capítulo 3

Material e Método

A saúde é tema sempre em evidência e considerado setor estratégico pelo governo e pela sociedade. Por sua importância econômica e social, é elemento indispensável na composição da qualidade de vida. Daí pode-se afirmar: não há qualidade de vida sem saúde.

Visando estes preceitos, iniciou-se um projeto de pesquisa de satisfação do cliente do HGG que teve como objetivo: avaliar e monitorar a qualidade da assistência prestada aos usuários da Unidade Hospitalar e a internalização da aplicação dos princípios da qualidade nas atividades organizacionais. Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa descritiva e quantitativa, tendo como instrumento de coleta de dados um questionário (perguntas fechadas) que foi aplicado aos usuários antes e depois da implantação do Programa de Qualidade.

Os gestores da unidade acreditam que o propósito de instituir um sistema de avaliação de satisfação do usuário dos serviços assistenciais do HGG constituiu-se em uma ferramenta muito importante para a introdução de melhorias na qualidade de gestão.

No processo de construção dos instrumentos de coleta das informações foram contempladas, em seu conteúdo, duas dimensões de abordagem contidas no documento do MS e pertinentes a este trabalho⁶.

⁶ Dimensões definidas para a realização das pesquisas de satisfação dos usuários de serviços públicos, segundo o PQGF 2001.

- a) Garantia que os serviços serão processados com a habilitação requerida diz respeito à forma correta e precisa como serão realizados os serviços prometidos, uma vez acessados (denominada confiabilidade).
- b) Qualidade do serviço relaciona-se ao conhecimento adequado dos executores dos serviços (servidores) para bem realizá-los, aliada à cortesia e habilidade de seu desempenho, inspirando responsabilidade e conquistando a confiança dos usuários (garantia ou segurança).

Essa avaliação foi elaborada através de questionários construídos de modo a contemplar as duas abordagens e conduzir os usuários pesquisados a indicar, dentro de um conjunto de atributos/características relevantes dos serviços, uma pontuação de acordo com sua opção de resposta.

O conteúdo versava sobre as duas abordagens mencionadas anteriormente, resultando em um número de 11 (onze) perguntas fechadas, auto-explicativas, realizadas através de abordagem direta do paciente. Os usuários eram abordados na sala de espera e/ou nos guichês de atendimento e quando aceitavam participar da pesquisa, respondiam oralmente ao questionário. Essa estratégia foi utilizada, principalmente pelo fato de que grande parte destes usuários serem analfabetos, idosos e alguns com deficiência visual.

A utilização dessa estratégia de coleta de dados decorreu do fato de que outras haviam sido adotadas anteriormente como, por exemplo, o sistema de envio de cartas pelo MS⁷ não obtendo o retorno esperado, ao contrário, onerando e atrasando todo o processo.

O HGG atende em média 7.000 consultas por mês. Para finalidade deste trabalho selecionou-se o período de uma semana do ano de 2002 para o primeiro questionário e o mesmo procedimento para o ano seguinte, já com o programa de qualidade instalado, como o período de referência temporal dessa pesquisa. O número de usuários que aceitaram responder ao questionário foi o equivalente a 200 pessoas em cada etapa. Esta será a base em que as análises serão realizadas. Os modelos dos questionários aplicados são:

⁷ De acordo com dados do Ministério da Saúde referente ao Prêmio da Qualidade Hospitalar 2001, do universo de cartas enviadas aos usuários SUS pelos correios, 75,0% foram entregues e apenas 7,0% foram respondidas.



Pesquisa com o usuário externo
Hospital Geral de Goiânia

Fevereiro 2002

QUESTIONÁRIO

1- Como foi o atendimento recebido na portaria?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

2- Como foi o atendimento nos guichês?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

3- Você foi bem informado quanto ao local do atendimento?

SIM NÃO

4- Como você considera o atendimento prestado pelo(s) médico(s)?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

5- Na saída o médico foi prestativo quanto às informações sobre exames e retornos?

SIM NÃO

6- Como foi o atendimento laboratorial?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

7- Como você considera o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

8- O que você acha da higienização (limpeza) do HGG?

ÓTIMA BOA REGULAR RUIM

9- O que você acha dos sanitários (banheiros)?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

10- O que você acha da sinalização do Hospital?

ÓTIMA BOA REGULAR RUIM

11- De um modo geral como você classifica o Hospital Geral de Goiânia?

ÓTIMO BOM REGULAR RUIM

Críticas e sugestões

Atender o usuário com ‘QUALIDADE’ é nosso objetivo maior, portanto a sua opinião é muito importante para nós.

QUESTIONÁRIO

1- Como foi o atendimento recebido na portaria?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

2- Como foi o atendimento nos guichês?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

3- Você foi bem informado quanto ao local do atendimento?

() ☺ SIM () ☹ NÃO

4- Como você considera o atendimento prestado pelo(s) médico(s)?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

5- Na saída o médico foi prestativo quanto às informações sobre exames e retornos?

() ☺ SIM () ☹ NÃO

6- Como foi o atendimento laboratorial?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

7- Como você considera o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

8- O que você acha da higienização (limpeza) do HGG?

() ☺ ÓTIMA () ☹ BOA () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

9- O que você acha dos sanitários (banheiros)?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

10- O que você acha da sinalização do Hospital?

() ☺ ÓTIMA () ☹ BOA () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

11- De um modo geral como você classifica o Hospital Geral de Goiânia?

() ☺ ÓTIMO () ☹ BOM () ☹ REGULAR () ☹ RUIM

Críticas e sugestões

Agradecemos sua participação!

Capítulo 4

Apresentação e Análise dos Resultados

4.1 Caracterização do 1º questionário aplicado antes da implantação do Programa de Qualidade

Na descrição dos dados do primeiro questionário foi possível observar que nas perguntas que se referiam ao atendimento foram avaliadas várias etapas desde o recebimento do paciente na portaria e nos guichês ao atendimento prestado pelo médico. O atendimento recebido na portaria e nos guichês foram qualificados como regular (42,0% e 44,0%) respectivamente. Quanto ao atendimento médico 38,0% dos usuários o classificou como ruim.

O serviço prestado pela equipe de enfermagem do HGG foi considerado como bom por 50,0% dos pacientes entrevistados.

Relativo a infra-estrutura foi questionado quanto à satisfação do usuário no que se relaciona à sinalização do Hospital e neste sentido 43,0% classificaram como ruim, a higienização foi considerada regular (37,0%) e avaliação dos sanitários foi eleita como ruim por 38,0% dos entrevistados.

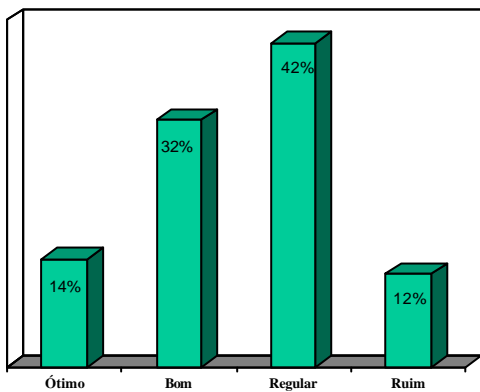
O atendimento laboratorial foi classificado como regular por 31,0% dos usuários.

Observou-se que o resultado não foi satisfatório, classificando o atendimento do HGG no geral como sendo ruim por 40,0% dos pacientes. Diante desse quadro deficitário a Direção da Instituição em estudo entendeu a necessidade de implantar um Programa de Qualidade visando incentivar e incrementar um processo contínuo de mudança.

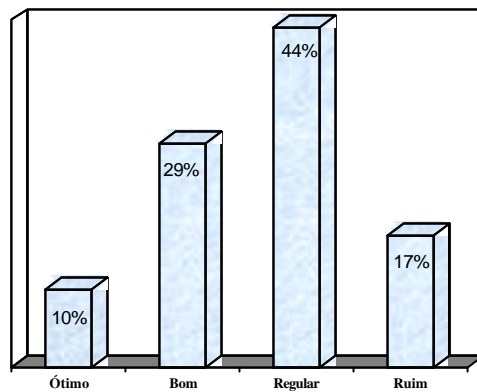
Gráficos do resultado da 1ª pesquisa efetuada com o usuário externo do HGG

Fevereiro 2002

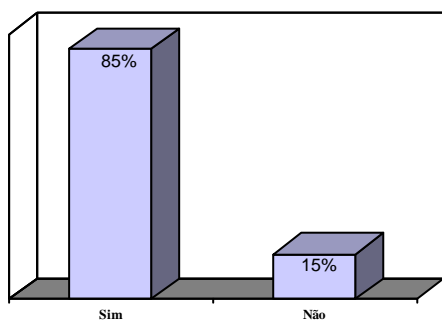
1 - Como foi o atendimento recebido na portaria?



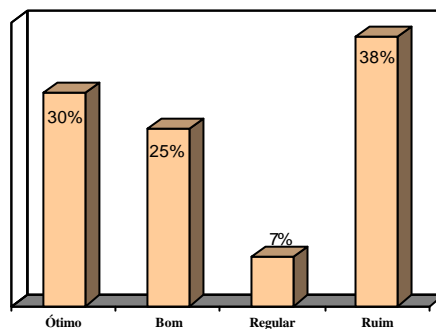
2 - Como foi o atendimento nos guichês?



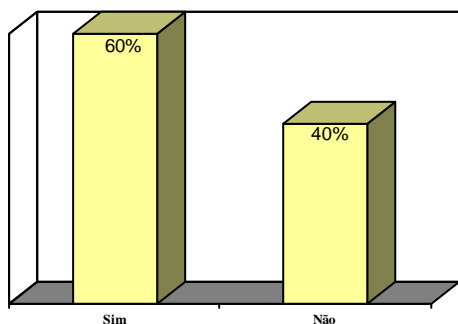
3 - Você foi bem informado quanto ao local do atendimento?



4 - Como você considera o atendimento prestado pelo(s) médico(s)?



5 - Na saída o médico foi prestativo quanto às informações sobre exames e retornos?



6 - Como foi o atendimento laboratorial?

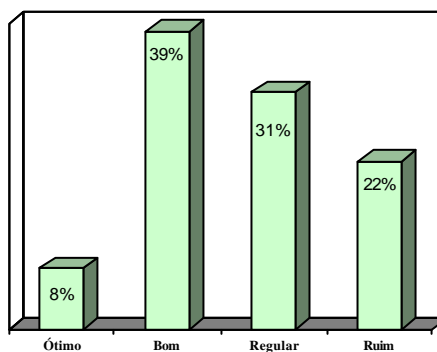
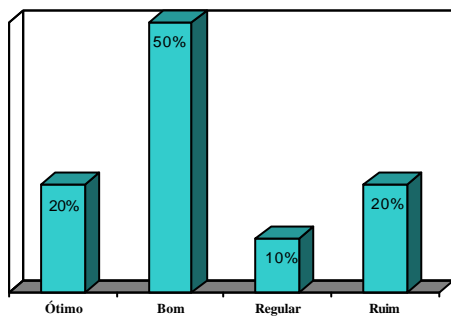


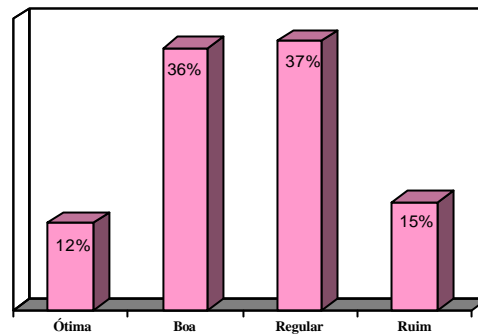
Figura 4.1 – Gráficos do resultado da 1ª pesquisa

**Gráficos do resultado da 1ª pesquisa efetuada com o usuário externo do HGG
Fevereiro 2002 - (continuação)**

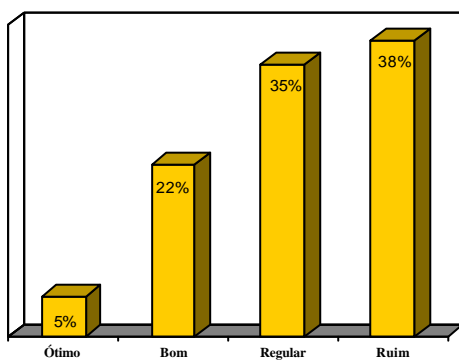
7 - Como você considera o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?



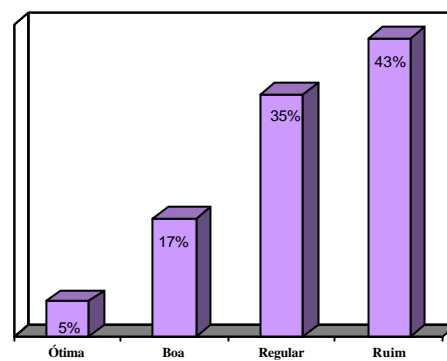
8 - O que você acha da higienização (limpeza) do HGG?



9 - O que você acha dos sanitários?



10 - O que você acha da sinalização do hospital?



11 - De um modo geral como você classifica o Hospital Geral de Goiânia?

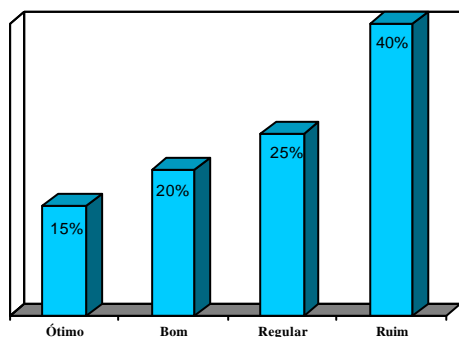


Figura 4.1 – Gráficos do resultado da 1ª pesquisa (continuação)

4.2 Das ações e Programas

Nesse sentido, com base nos resultados apresentados na primeira etapa da pesquisa, várias ações foram realizadas e a seguir apresenta-se o que foi feito para a busca da satisfação do usuário no HGG, o que, por sua vez, será medido no instrumento aplicado subsequentemente.

O primeiro ato do HGG na busca pela qualidade efetiva se deu na realização da 1ª Semana da Qualidade. Evento esse que a Direção organizou com intuito de conscientizar todos os clientes internos da necessidade de se criar um modelo de gestão voltada para a qualidade dos serviços médicos/assistenciais oferecidos pelo HGG.

A partir desse marco, definiu-se a Missão e Visão de Futuro da Instituição. Foram também elaboradas e desenvolvidas diversas ações implementando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e da humanização da assistência médica/hospitalar, visando a satisfação da clientela interna e externa.

Criou-se nesse momento, como sensibilização e incentivo à busca pela qualidade, o *slogan* a ser seguido por todo o corpo funcional do HGG:

“A qualidade do HGG é você!!!”

Esse *slogan* foi escolhido por uma equipe de funcionários denominada “Grupo Executivo da Qualidade”⁸, dando início às políticas do sistema de gestão pela qualidade, diretrizes, objetivos e metas organizacionais estabelecidas para a Instituição, consubstanciada na elaboração do Planejamento Estratégico e Manual do Sistema de Gestão pela Qualidade.

A institucionalização da Política do Sistema de Gestão pela Qualidade do HGG diz respeito à formulação de ações de curto prazo, voltadas para obtenção de impacto direto e imediato quanto ao alcance de resultados nas dimensões da eficácia e da eficiência operacionais.

No plano da eficácia, formularam-se políticas, diretrizes, objetivos e metas relacionadas aos serviços prestados nos aspectos quantitativos e qualitativos.

⁸ Grupo formado pela Diretoria do Hospital para implementar um modelo de gestão pela Qualidade, composto por profissionais multidisciplinares: administradores, assistentes sociais, enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos e psicólogos.

No plano da eficiência foram contemplados aspectos relacionados à elaboração e ao cumprimento de normas e procedimentos internos, desde a redução de custos operacionais à melhoria dos processos de gestão.

No contexto geral, o que a Política do Sistema de Gestão pela Qualidade buscou foi a obtenção e a manutenção de maior efetividade operacional através das diretrizes e estratégias consolidadas para as áreas de Qualidade, Organização e Gestão, Recursos Humanos, Administração Econômico-Financeira e Sistema e Tecnologia da Informação.

4.2.1 Benefícios institucionais da Política do Sistema de Gestão da Qualidade do HGG

O estabelecimento de ações institucionais e programáticas do Sistema de Gestão da Qualidade do HGG, voltadas para o atendimento das necessidades da saúde da população alvo no âmbito da Unidade Hospitalar e na sua relação com outras entidades, dentro de sua região de abrangência, objetiva destacar:

- a) Incremento na sua efetividade: o desempenho da Instituição é incrementado de maneira significativa, com impacto da qualidade do atendimento médico-assistencial e percepção dessa melhoria pelos usuários do serviço. Ainda no contexto da efetividade, a organização passa a responder de maneira mais eficaz às mudanças circunstanciais dos ambientes interno e externo.
- b) Melhor entendimento do contexto no qual atua: o HGG passa a entender, de maneira mais clara e objetiva, o contexto no qual atua, habilitando-se a redefinir sua linha de atuação de forma ágil, capacitando-se para dialogar com as instâncias políticas, munido de informações e de diretrizes objetivas a respeito de sua missão e dos objetivos e metas a serem alcançados e previamente definidos.
- c) Melhoria na comunicação com sua clientela e comunidade: a partir do plano estratégico, aspectos como missão, visão, objetivos, metas, estratégias e programas de ação passam a ser identificados de forma transparente para a comunidade e para as instâncias políticas em nível de governos estadual, municipal e federal, facilitando o diálogo e a prestação de contas em relação a resultados obtidos.

- d) Aumento do suporte político: a legitimidade da organização é aumentada através de reivindicações e prestações de contas, embasadas em critérios objetivos e coerentes em relação à meta a ser alcançada e através de quais meios.

A caracterização do serviço a ser prestado pelo HGG, ou seja, a assistência à Política de Qualidade do HGG está expressa através da sua declaração de Missão, Visão de Futuro, Valores e Desafios, a saber:

Missão do HGG

“Prestar assistência médico-hospitalar com profissionais especializados e tecnologia avançada, contribuindo na produção de conhecimento, sob os princípios da ética e humanização, valorizando o bem estar dos pacientes”.

A missão definida está voltada para a qualidade do atendimento, expressando, por outro lado, a intenção clara de se resgatar a vocação original da Unidade Hospitalar.

Para tanto, exprime a necessidade de se realizar atos médicos mais complexos, sob todos os aspectos, o que implica atender aos pacientes referenciados identificados para média e alta complexidades.

Visão de Futuro

“Ser um centro de excelência em atendimento de média e alta complexidade”.

Mais uma vez, a busca pela qualidade se evidencia na formulação da Visão Estratégica de Futuro, na medida em que, para se transformar em um centro de excelência, torna-se necessária a adoção de medidas que visem a melhoria da qualidade do atendimento sob os aspectos, desde técnicos até os vinculados à questão da relação com os pacientes sob a ótica da sua satisfação.

4.2.2 Perfil definido para o HGG e sua cadeia logística

A Política do Sistema de Gestão pela Qualidade do HGG requer orientação estratégica da Unidade Hospitalar para um novo modelo de gestão a partir da estruturação de sua cadeia Logística de Produtos e Serviços, voltada para o atendimento a pacientes referenciados em procedimentos de média e alta complexidades, operada com base na efetividade, eficácia e eficiência, conforme diagrama demonstrado a seguir:

ESTRUTURAÇÃO DA CADEIA LOGÍSTICA DE SERVIÇOS DO HGG⁹

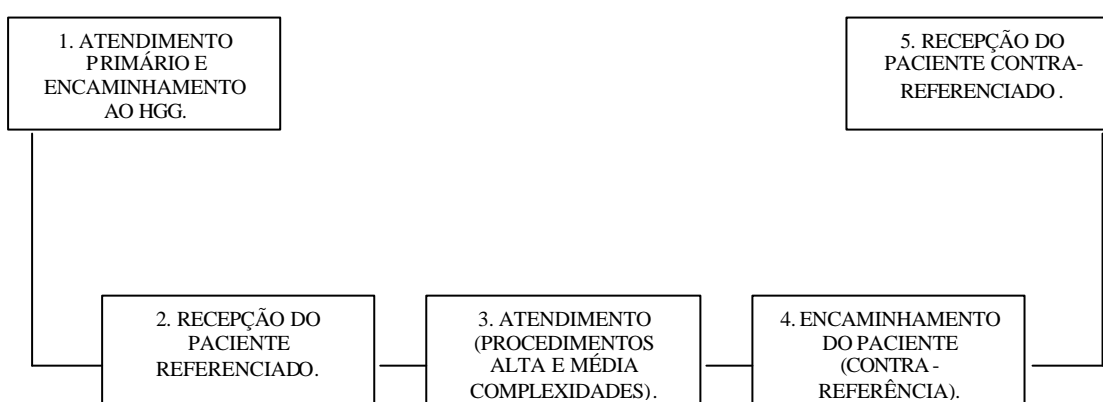


Figura 4.2 – Cadeia Logística de Serviços do HGG.

A operação da cadeia logística interna, em conformidade com os requisitos de excelência quanto à efetividade, eficácia e eficiência, depende da adoção dos seguintes objetivos institucionais e estratégicos de organização e gestão:

⁹ Conforme demonstrado no diagrama acima, a Cadeia Logística Interna ao HGG compõe-se de três macrofunções: 2.Recepção do Paciente Referenciado: originário do atendimento na rede primária, com consulta marcada através do serviço de teleatendimento (função 1 do Diagrama); 3. Atendimento: exclusivo para pacientes referenciados para procedimentos de alta e média complexidades; 4.Encaminhamento do Paciente: Alta ou Contra-Referência. As demais macrofunções, 1.Atendimento primário e encaminhamento ao HGG e 5.Recepção do paciente contra-referenciado deve ser de responsabilidade das demais unidades da rede regional.

Tabela 4.1 - Objetivos Institucionais e Estratégicos de Organização e Gestão do HGG.

FUNÇÃO DA CADEIA LOGÍSTICA INTERNA	OBJETIVOS INSTITUCIONAIS	ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO E DE GESTÃO
RECEPÇÃO DO PACIENTE REFERENCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Definição clara dos critérios de acesso ao HGG; - Atendimento facilitado; - Atendimento exclusivo para Pacientes Referenciados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas e Diretrizes governamentais, Normas e Procedimentos divulgados para toda a rede regional; - Rotinas de Recepção e de Encaminhamentos de pacientes referenciados definidas e claras; - Formalização do perfil da clientela do HGG.
ATENDIMENTO (PROCEDIMENTOS DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADES)	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidação dos Prontuários Médicos; - Excelência em Procedimentos de Média e Alta Complexidades; - Adequação das despesas às necessidades operacionais do HGG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e Procedimentos para orientação dos quadros médicos para preenchimento correto dos Prontuários, modernização tecnológica e adoção de sistemas de informação de apoio; - Implementação de Programas de Capacitação e Reciclagem Atualização da Tecnologia Médica; - Padrões de Custo por tipo de Procedimento, focalizando custos com materiais de consumo, pessoal e serviços.

Tabela 4.1 - Objetivos Institucionais e Estratégicos de Organização e Gestão do HGG (Continuação).

FUNÇÃO DA CADEIA LOGÍSTICA INTERNA	OBJETIVOS INSTITUCIONAIS	ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO E DE GESTÃO
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE (CONTRA-REFERÊNCIA)	- Avaliação da Atividade Assistencial	- Sistema de indicadores de Desempenho; - Monitoramento dos Processos e Procedimentos médicos de média e alta complexidades.

4.2.3 Fluxo geral de funcionamento das atividades do HGG

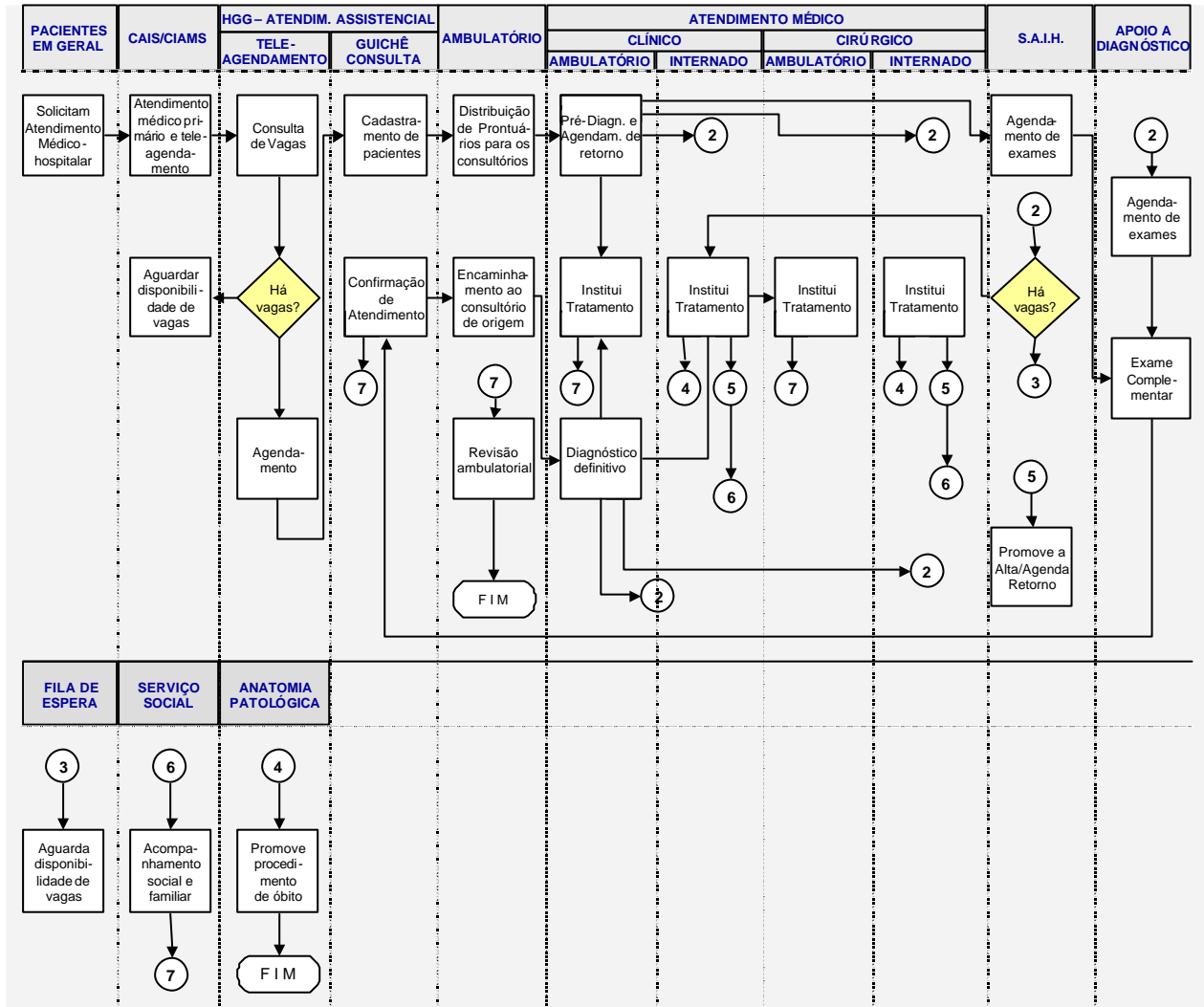


Figura 4.3 – Fluxograma das atividades do HGG.

O fluxograma ilustra e facilita a compreensão de como é o funcionamento das atividades propostas pela Instituição Hospitalar, visando obter um modelo de gestão organizacional.

4.3 Estrutura dos Processos

Um Processo deverá ser entendido na aplicação da Política do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQT) como um Conjunto de Elementos – Dados, Controles, Mecanismos e Recursos – ou Atividades Inter-relacionadas que processam ou transformam entradas em saídas.

Nesse contexto e em conformidade com a Missão estabelecida para o HGG, a implementação da Gestão por Processos é requisito para a efetivação do SGQT na Unidade, pois permite o gerenciamento das Políticas, Diretrizes, Objetivos e Metas definidas e a alocação mais precisa e dinâmica de recursos da Instituição.

O alinhamento com a estratégia de transformação para um novo modelo de gestão e operação do HGG e, conseqüentemente, com a Política do Sistema de Gestão pela Qualidade na Instituição, pressupõe a categorização e a organização das suas macrofunções, decompostas e organizadas em macroprocessos e processos vitais, de modo a permitir ao HGG o seu funcionamento como uma rede interdependente de atividades e procedimentos, explicitados no diagrama demonstrado a seguir:

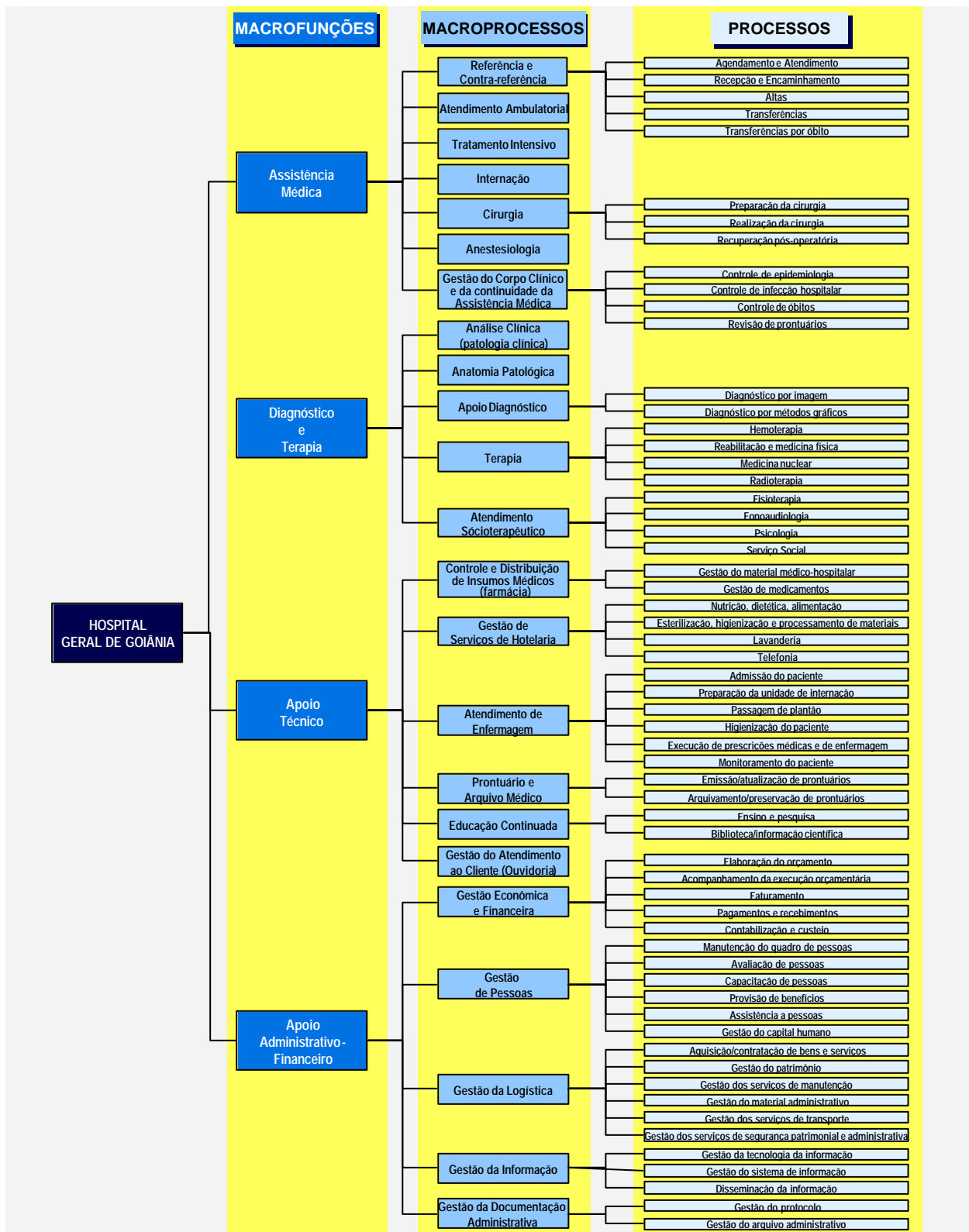


Figura 4.4 – Implementação da Gestão por Processos no HGG.

Os processos foram mapeados – produto da análise e reformulação, documentação, institucionalização e disseminação em todas as áreas – devendo constituir-se no conjunto de protocolos e procedimentos internos que caracterizaram as bases da organização formal do HGG.

Os processos foram mapeados levando-se em consideração:

- a) o foco no cliente;
- b) o sistema social contemplando as exigências dos ambientes interno e externo;
- c) as estratégias estabelecidas no planejamento estratégico;
- d) os valores da organização e as normas de conduta;
- e) as formas e processos de comunicação interna e externa;
- f) a liderança formal e informal;
- g) as práticas de trabalho, a simplificação e a racionalização com automação: funções, processos e dados.

4.4 Políticas e diretrizes estratégicas

Foram implementadas, disseminadas, acompanhadas e controladas as diretrizes estratégicas nas seguintes áreas:

Tabela 4.2 – Diretrizes Estratégicas da Área Institucional.

ÁREA INSTITUCIONAL	
POLÍTICAS	DIRETRIZES GERAIS
1. Atendimento dos requerimentos assistenciais à comunidade garantindo a representatividade do papel social do HGG junto à sociedade goiana.	1. Manutenção e fortalecimento da relevância social da Unidade, através do reconhecimento da comunidade.
2. Implementação contínua de ações comprometidas, diferenciadas e direcionadas para as necessidades de saúde e educação da população goiana.	2. Atendimento universal e com equidade baseado no comportamento ético e na excelência das atividades assistenciais desempenhadas, de alta e média complexidades, referenciadas.
3. Estabelecer programas contínuos de desenvolvimento e otimização de ações integradas e serviços de saúde voltados para a atenção básica ao consumidor.	3. Plena utilização da capacidade instalada e dos recursos assistenciais em todas as especialidades, nos níveis médicos, de suporte técnico e administrativo.
4. Atendimento assistencial ininterrupto de alta e média complexidades, referenciadas de outras unidades estaduais e municipais com resolutividade.	-----

Para a realização da diretriz 1, foram adotados critérios que se baseavam em levantamentos de opinião junto ao público usuário, através do recolhimento do *folder* de Sugestões e Críticas em questionários disponibilizados para este fim e, ainda, na pesquisa de satisfação do usuário.

Para a diretriz 2, foi adotado o acompanhamento estatístico de pacientes atendidos por setores do Hospital, levantado pelas equipes profissionais de cada serviço, levando em

consideração como referencial o quesito reclamações, para mensurar o comportamento emitido nas atividades assistenciais.

Para a diretriz 3, foi adotado o levantamento periódico e estatístico de atendimento por equipamento instalado em cada setor.

Tabela 4.3 – Diretrizes Estratégicas da Área da Qualidade.

ÁREA DA QUALIDADE	
POLÍTICAS	DIRETRIZES GERAIS
1. Estabelecer, implementar, manter e aperfeiçoar o Sistema de Gestão da Qualidade do HGG, compatibilizando-o com os requisitos da Norma NBR-ISO-9001	1. Desenvolver programas de ação voltados para adaptação do corpo funcional ao processo de mudanças culturais requeridas pelas premissas do novo Modelo de Gestão, fundamentado no Sistema de Gestão da Qualidade.
-----	2. Adequar o Modelo de Gestão da Unidade Hospitalar ao grau de eficiência e eficácia compatível com os requerimentos assistenciais da sociedade alvo do HGG.
-----	3. Compatibilizar os requisitos específicos do Sistema de Gestão da Qualidade com os requisitos do Manual de Acreditação Hospitalar.

Para a diretriz 1, adotou-se o procedimento de promover encontros e reuniões periódicas, informais, porém habituais, com o corpo gerencial em todos os escalões, com a finalidade de divulgar as medidas adotadas, com vistas ao atendimento da política estabelecida e promover a facilitação da adaptação do corpo funcional aos processos de mudanças resultantes, ao mesmo tempo em que a Direção percebe o clima organizacional entre seus colaboradores.

Para a diretriz 2, foi criado um Grupo Executivo da Qualidade, que se encarrega de promover toda e qualquer atividade, bem como de fazer divulgação de tudo o que diga respeito à

melhoria e ao aprimoramento da qualidade dos serviços prestados. O mesmo grupo está encarregado da efetivação do que se estabelece na diretriz 3.

Tabela 4.4 – Diretrizes Estratégicas da Área de Organização e Gestão.

ÁREA DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	
POLÍTICAS	DIRETRIZES GERAIS
1. Processo de gestão consolidado na participação e no comprometimento da comunidade alvo do HGG.	1. Desenvolvimento de ações e programas de organização e gestão voltados para a consolidação de uma cultura organizacional, orientada para o compromisso com a Instituição e a Sociedade, bem como com o correto exercício das diferentes funções públicas.
2. Estilo gerencial preconizado na delegação, na iniciativa, na autonomia responsável, na integração entre as unidades assistenciais, de suporte e administrativas.	2. Identificar, analisar, racionalizar, simplificar e documentar todos os processos de trabalho do Hospital, com ênfase na valorização, na agilidade, na efetividade e na resolutividade dos processos assistenciais.
3. Inovação e melhorias contínuas nos processos e procedimentos assistenciais, de suporte e administrativos, com base nos princípios do Sistema de Gestão da Qualidade orientadas para as necessidades dos clientes externos e internos do HGG.	-----

Para a diretriz 1, busca-se o envolvimento de todas as gerências, cujos ocupantes devem incentivar os demais colaboradores no envolvimento total com a diretriz em questão. A Direção participa ativamente do processo através de visitas aos locais de trabalho para ouvir e incentivar os colaboradores, ao mesmo tempo em que procura facilitar-lhes as atividades com medidas que podem agilizá-las.

A diretriz 2 foi delegada ao Departamento Administrativo e Financeiro e à Seção de Planejamento e Controle a execução do que se estabelece.

Tabela 4.5 – Diretrizes Estratégicas da Área de Recursos Humanos.

ÁREA DE RECURSOS HUMANOS	
POLÍTICAS	DIRETRIZES GERAIS
1. Desenvolvimento contínuo e integrado de pessoas – corpo funcional, usuários e comunidade.	1. Promoções de ações e programas voltados para a integração do corpo funcional da Unidade com a sociedade.
2. Comprometimento com a qualificação e a capacitação dos recursos humanos assistenciais, de suporte técnico e administrativo.	2. Definição, implementação e avaliação de programas de desenvolvimento e capacitação de pessoas colaboradoras do HGG (internas ou externas), orientados para o cumprimento da Missão, objetivos, funções, processos e procedimentos da Unidade.
3. Responsabilidade do corpo de recursos humanos pelos resultados alcançados e pela imagem institucional do HGG.	3. Estruturação, clarificação e disseminação das funções e atribuições da Área de Gestão de Competências como unidade de assessoria e consultoria para a implementação de processos de avaliação de desempenho e resultados.
4. Fortalecimento de ações voltadas para educação e saúde da população alvo do HGG.	4. Estruturação da Área de Comunicação Social para estabelecimento e regulação interna e externa dos instrumentos formais de gestão e dos canais de disseminação da informação e transferência do conhecimento.
5. Gestão do Conhecimento – competências, habilidades, potencialidades e experiências – como requisito para a implementação de ações e programas orientados para objetivos e resultados, vinculados à Missão e Visão.	5. Pesquisa, promoção e participação de eventos técnico-científicos relacionados a congressos, feiras, seminários e centros de estudo.

Para a diretriz 1, o Hospital se inscreveu em diversos programas do governo que serão explicitados a seguir a fim de se garantir um ambiente seguro, saudável e propício ao desenvolvimento de suas atividades.

Para a diretriz 2, o Hospital adota ministrar cursos de especialização, juntamente com o MS e a SES/GO, como os cursos de pós-graduação em Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Engenharia Clínica e outros; palestras e *workshops*, seminários, jornadas profissionalizantes, reuniões técnico-científicas etc., tudo em prol do cumprimento da Missão e da Visão, traçados para essa Unidade Hospitalar.

Para a diretriz 3, o Hospital segue as diretrizes traçadas no Regimento Interno, observando a capacidade profissional de seus colaboradores, obedecendo o perfil exigido pela SES/GO para a formação de setores de assessoria e consultoria com capacidade de resolutividade das questões concernentes aos processos de desempenho e de resultados.

Para a diretriz 4, o Hospital se utiliza da veiculação de informações e transferência de conhecimentos através de reuniões multiprofissionais para discutir e debater ações de melhorias e conhecimentos técnico-científicos com vistas ao constante aperfeiçoamento da prestação de serviços. Além disso, serve-se também de circulares, resoluções de Diretoria e murais, bem como utiliza-se da rede de informação através do Instrumento de Comunicação Eletrônico (ICQ), serviço locado de suporte enquanto não se instala o Núcleo de Processamento de Dados (NPD).

Para a diretriz 5, o Hospital desenvolveu o projeto do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, de conformidade com o que instituiu a Portaria n.º 703, de 12/04/02, que será composto por um Hospital Dia Geriátrico, modelo em atenção ao idoso, totalmente adaptado às necessidades da população com idade igual ou superior a 65 anos, com atendimento integral em Assistência Domiciliar aos idosos na cidade de Goiânia. Desenvolve ainda Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, conforme determina a Portaria 225, de mesma data.

4.5 Adesão ao Programa de Qualidade Goiás

O grupo executivo da qualidade junto com a Direção do HGG definiu pela adesão ao Programa de Qualidade do Governo de Goiás, programa esse que tem como base o Programa de Qualidade do Governo Federal (PQGF) que por sua vez segue a estrutura do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). A Instituição buscou um modelo de referência para elaborar seu programa de gestão para qualidade e entendeu que os critérios de excelência do PNQ seria um bom caminho a seguir.

O Hospital também está inscrito na segunda etapa do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário dos serviços de saúde pública. O seu objetivo principal é o de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, principalmente o profissional médico, pois de acordo com a pesquisa feita anteriormente seria necessário desenvolver ações voltadas para essa categoria.

Será apresentado a seguir o que foi feito pelo HGG dentro dos sete critérios para atingir níveis de excelência em qualidade.

4.5.1 Constatações das Práticas no Critério Liderança

O modelo de Liderança promove o estímulo aos colaboradores adotando posturas e práticas específicas de gestão e atuando como um exemplo a ser seguido.

A Estrutura Organizacional da Alta Administração do HGG é definida pela administração Estadual no que tange às Diretorias Geral, Técnica e Administrativa que, por sua vez, se organizam em: Departamentos, Divisões e Seções.

As Diretorias atuam em conjunto como coordenadoras e retificadoras das ações implementadas por suas Gerências Executivas (Departamentos e Divisões).

O exercício da liderança se dá de forma direta. A Direção adota reuniões mensais com gerentes executores e líderes para tratar de assuntos relativos aos processos em desenvolvimento, com finalidade de orientar e difundir os valores, missão e visão da Instituição. Essas reuniões são

registradas em Atas juntamente com as listas de presença. As Diretorias estão também em permanente contato direto ou telefônico com seus pares, sempre que são solicitados.

A Direção incentiva também seus gerentes a promoverem encontros periódicos entre si com vistas à discussão do desenvolvimento funcional de interesse geral, relativos à dinâmica processual hospitalar, traçando uma melhor atuação conjunta na execução dos mesmos.

Exemplo disso, é que quando se detectou o maior índice de insatisfação do usuário era com relação ao atendimento prestado pelo médico, a Direção constatou a necessidade de ter ações não só corretivas mas também preventivas. Foi então determinado, através de comunicação interna (CI) que fariam parte da carga horária dos médicos residentes aulas sobre humanização da assistência hospitalar. A Direção entendeu que seria necessário conscientizar os profissionais desde o início da profissão.

Pode-se observar que a realização dessa prática tem incrementado o comprometimento profissional dos colaboradores do HGG, no esforço conjunto para a melhoria de seus métodos de atuação, conquistando um ambiente facilitador do desenvolvimento individual e gerencial.

Com o objetivo de buscar o comprometimento dos colaboradores não só com suas tarefas, mas, sobretudo com as Políticas, a Missão e a Visão da Instituição, a Diretoria utiliza recursos visuais como: cartazes, *folders*, gráficos, fotografias, meios de comunicação administrativa e outros para se assegurar que as informações e as definições de caráter estratégico sejam compartilhadas e compreendidas por todo o seu corpo funcional.

A Direção na busca de oportunidades futuras procura estar atenta às necessidades do mercado, à evolução tecnológica do setor, às políticas governamentais, à Missão e Visão de futuro da Instituição, buscando informações na SES/GO, MS, Órgãos Governamentais da Administração, Instituições de Ensino e Pesquisa, Revistas Especializadas, Participação em Congressos Nacionais e Internacionais e nas informações internas quanto à demanda dos clientes e nos resultados das pesquisas de satisfação.

A alta Administração procura também, junto à SES/GO, viabilizar a liberação de recursos financeiros para aquisição de equipamentos e demais recursos que se fizerem necessários para implementação de projetos oriundos da demanda de seus clientes.

Todos os líderes que ocupam os cargos de Chefia do HGG foram escolhidos pelos membros da atual Direção. A seleção para estas funções de liderança é informal, mas acontece dentro do critério que procura encontrar um colaborador, dentre os membros da equipe, que tenha maior índice de Conhecimento, Relacionamento e Informação (CRI).

O desempenho das chefias é acompanhado pelos resultados do setor, através de relatórios gerenciais mensais e, em caso de reclamações da equipe sobre a atuação gerencial, a Direção intervém podendo até mesmo substituí-la.

Todas as ações são orientadas para a consecução de sua Missão e fundamentadas nos seus valores, o que pode ser percebido através da transparência dos dados gerenciais disponíveis nos relatórios emitidos pelo sistema de informação e divulgados às partes interessadas, inclusive nos eventos externos em que a Instituição se faz presente.

A promoção do comportamento ético é feita pela Instituição por meio da: Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Óbito e Atestado de Óbito e Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal.

O HGG promoveu também um amplo debate entre a Instituição gestora (SES/GO) e as unidades componentes do Sistema de Referência em busca de avaliar o impacto de suas ações sobre a comunidade.

4.5.2 Constatações das Práticas no Critério Estratégia e Planos

O processo de desenvolvimento das estratégias observou os aspectos legais pertinentes à prestação de assistência médico-hospitalar através de monitoramento pela Instituição.

Foram levados em consideração também os fatores do ambiente externo e interno, seu potencial e suas limitações à incorporação de novas tecnologias.

A coerência das estratégias com as partes interessadas é assegurada pelos mecanismos de identificação dessas necessidades, considerando o processo de formulação das estratégias.

Para poder cumprir a Missão e atingir a Visão de Futuro, o HGG definiu algumas estratégias:

Tabela 4.6 – Estratégias estabelecidas na área de Atendimento

Objetivo Estratégico	Estratégia
Aumentar a capacidade de Atendimento.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o tempo de internação e evitar a reincidência; - Agilizar os Processos da atividade meio; - Aumentar a quantidade de leitos; - Aumentar a rotatividade dos leitos.
Focar o Atendimento de Média e Alta Complexidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir equipamentos de alta tecnologia; - Promover a capacitação técnica; - Montar centros especializados.

As questões estratégicas para o Sistema de Gestão pela Qualidade estão totalmente alinhadas aos objetivos. A operacionalização das estratégias demonstrada, no próximo quadro, representa os principais planos de ação:

Tabela 4.7 – Plano de Ação.

Estratégia	Ações
Agilizar os Processos da atividade meio.	<ul style="list-style-type: none"> - Reativação do Setor de Dispensação e Manipulação Farmacêutica; - Elaboração do Manual de procedimentos do Setor de Farmácia; - Implementação de Comissões Técnicas; - Implementação do Grupo Executivo da Qualidade; - Implementação de Grupos Intersectoriais e Sectoriais; - Implantação do Sistema Eletrônico de Senha; - Implantação da Ferramenta 5S¹⁰ na Farmácia e no Almoxarifado Geral; - Treinamento do Pessoal da Lavanderia.
Diminuir o tempo de internação e evitar a reincidência.	<ul style="list-style-type: none"> - Oficinas educativas, palestras e atendimento individual para Diabéticos; - Prevenção e controle do “Pé Diabético”; - Programa de Prevenção e Controle da Obesidade; - Programa de Fisioterapia Hospitalar; - Programa de Orientação Nutricional na Alta Hospitalar; - Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.
Aumentar leitos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da Urologia.

¹⁰ Ferramenta denominada 5S é considerada a base para os processos de melhoria da qualidade, até porque os resultados da sua aplicação são visíveis, o que contribui para o envolvimento e estímulo das pessoas. O nome 5S vem das iniciais de cinco palavras japonesas: Seiri – É o primeiro senso, de utilização – para separar o útil do inútil. O descarte das inutilidades já dá um novo ar à empresa; Seiton – É o segundo senso, de arrumação – cada coisa em um lugar, um lugar para cada objeto. A organização evita perdas de tempo; Seiso – É o terceiro senso, de limpeza – É muito mais motivador um ambiente de trabalho limpo; Seiketsu – O quarto senso é o de saúde e de higiene – preocupação com a própria saúde nos níveis físico, mental e emocional. Difundir boas práticas de saúde e higiene para os funcionários; Shitsuke – É o quinto senso, de autodisciplina – obediência à rotina, a busca constante de melhoria. Desenvolver hábitos, reeducando nossas atitudes.

Tabela 4.7 – Plano de Ação (continuação).

Estratégia	Ações
Aumentar a rotatividade dos leitos.	- Redução do tempo médio de entrega dos exames complementares de diagnóstico.
Adquirir Equipamentos de Alta Tecnologia.	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de Sistema de Vídeo para procedimentos cirúrgicos através de veias e artérias; - Aquisição de equipamentos para realização do exame de videodeglutograma na área de Fonoaudiologia.
Promover a Capacitação Técnica.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da II Jornada de atualização em Tireóide; - Realização da I e II Semanas da Enfermagem; - Parte Prática do Congresso de Videolaparoscopia; - Realização da I Jornada dos Médicos Residentes.
Montar Centros Especializados.	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de Atividades de Hemodiálise; - Centro de Transplantes Renal; - Monitoração Multiparamétrica com monitor central; - Módulo para Capnografia e para Cálculo de Débito Cardíaco; - Serviço de Hemodinâmica; - Banco de Tecidos.

Todos programas e ações desenvolvidos são monitorados e acompanhados com dados e informações. A análise é realizada pelos responsáveis quanto ao alcance dos objetivos propostos a nível direto, em relação à satisfação do usuário (pesquisa e constatação da solução do problema originário da internação) e a nível institucional em relação aos objetivos estratégicos (dados estatísticos em relação à ocupação e reincidência).

Os planos de ação, bem como seus indicadores, são elaborados e executados no âmbito de cada Divisão com envolvimento das respectivas equipes multidisciplinares e das lideranças envolvidas.

Os planos de ação, descritos com seus objetivos e metas, identificam também os recursos necessários à sua execução e são levados para apreciação e aprovação junto à Diretoria.

Após a aprovação, os planos são comunicados aos profissionais através de reuniões e/ou seminários, momento em que são orientados para efetuarem o registro dos dados para acompanhamento dos resultados.

4.5.3 Constatações das Práticas no Critério Clientes

Em sua quase totalidade, os clientes são pessoas de baixa renda, residentes na área denominada grande Goiânia, Municípios do Estado de Goiás e do Sul da Região Norte do País.

Embora a orientação focal do HGG seja o atendimento de alta complexidade, uma grande parte de seus clientes busca atendimento de baixa complexidade, por não encontrar vagas na rede primária.

O Hospital classifica seus clientes por especialidade, por grupo de risco e por complexidade de atendimento. As diversas especialidades juntamente com o Serviço Social procuram identificar as demandas reprimidas de seus clientes e o seu grau de satisfação (pesquisa), informando à Direção para análise e estudo da viabilidade de implantação de novos serviços e/ou correção nos processos.

A divulgação dos serviços médicos ambulatoriais do HGG é feita pela rede básica primária, através de cartazes e panfletos disponibilizados para conhecimento público.

O HGG publica em jornais especializados e jornais de grande circulação na comunidade artigos que informam seus serviços e eventos, que ocorrem ou estejam previstos.

Edita, também, jornal interno “HGG EM FOCO” e informativo “QUALIDADE HGG INFORMA”, ambos com o propósito de manter seus clientes internos cientes dos serviços e das ações desenvolvidas. Esses jornais circulam também entre os clientes externos e visitantes que passam pela Instituição.

Com o objetivo de adquirir e disseminar conhecimentos, agregando valor aos processos de trabalho, são realizados, ainda, junto aos clientes internos e externos:

- a) Semana de Enfermagem;
- b) Reuniões periódicas com as equipes multidisciplinares;
- c) *Workshop*: Qualidade na Saúde;
- d) Elaboração e distribuição de *folders* informativos das áreas: Serviço Social (“Programa de Prevenção e Controle da Obesidade” e “Odontologia Especial”), Serviço de Nefrologia (“Diálise e Hemodiálise”), Planejamento e Controle (“Sugestões e Críticas”) e Psicologia (“Psicologia e Internação” e “Psicologia e Ambulatório”);
- e) Evento: Mostra de Qualidade do HGG - para exposição e reconhecimento do trabalho desenvolvido por cada setor;
- f) Cumprimento aos colaboradores do Hospital nas datas comemorativas de suas categorias;
- g) Criação do “Folhetim do Visitante”;
- h) Cartilha sobre os direitos e deveres dos colaboradores;
- i) Campanha Informativa do uso de equipamento de proteção individual, realizada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

- j) Jornada dos Médicos Residentes do HGG;
- k) Realização de palestra educativa de “Prevenção de Ruído”.

Com o objetivo de monitorar as necessidades e nível de satisfação de seus clientes, o HGG disponibiliza questionários nos quais os usuários podem fazer críticas ou dar sugestões com idéias que visem o aperfeiçoamento e a melhoria contínua das ações.

Esses questionários são processados mensalmente pelo Grupo Executivo da Qualidade, classificados por área e a elas encaminhados para análise. Cada área identifica as causas dos problemas citados e a possibilidade de implantação das sugestões de melhoria e, em ambos os casos, quando pertinentes, culminam num plano de ação.

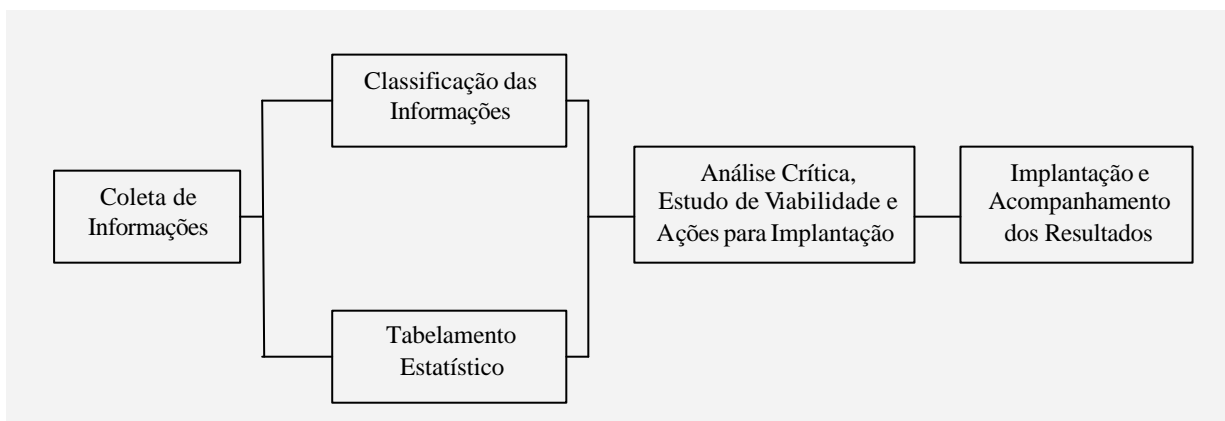


Figura 4.5 – Plano de Ação para Alcance da Qualidade.

A equipe de Serviço Social, durante seu atendimento, também ouve e anota reclamações e sugestões dos clientes.

Todas as sugestões implantadas são divulgadas aos usuários com informação sobre a origem da idéia, buscando desta forma incentivar a constância da participação de todos os interessados.

Os questionários também são utilizados como informação relevante para balizamento nas reuniões durante as quais se discutem medidas que devem afetar diretamente o usuário.

Ações que foram implantadas para a melhoria do ambiente hospitalar:

- a) criação do terraço de convivência, destinado a momentos de lazer de pacientes internados e servidores;
- b) alteração nos horários de visitas das clínicas médica e cirúrgica, passando a ser diárias;
- c) alteração no horário de visitas à UTI, passando de uma vez ao dia para duas vezes, nos turnos vespertino e noturno;
- d) instalação de suporte de soro junto aos telefones públicos ;
- e) criação de espaço lúdico destinado ao momento de espera das crianças atendidas pelo Programa de Odontologia para Pacientes Especiais;
- f) distribuição de cinzeiros no terraço;
- g) suporte com água mineral em várias clínicas;
- h) revitalização das áreas verdes;
- i) pintura do ambulatório;
- j) festas em datas comemorativas, como: Dia da Criança, Dia das Mães, Dia dos Pais, Semana Junina e Natal, com a participação tanto dos clientes internos como externos;
- k) visitas diárias dos grupos de oração aos internos ;
- l) celebração mensal de missa no terraço para clientes internos e externos;
- m) música ambiente;
- n) criação do Coral do HGG;
- o) caracterização do Hospital nas datas festivas como Natal e Festa Junina;

- p) instituição do “Dia da Beleza” – pacientes contam com um grupo de voluntários para fazerem a barba, cortarem o cabelo e as unhas;
- q) grupo Saúde e Alegria (grupo de palhaços) que anima pacientes e acompanhantes;
- r) distribuição de pequenas lembranças aos pacientes nas diversas datas comemorativas (Natal, Dia das Mães e dos Pais, etc);
- s) aquisição de bancos, camas e cadeiras de rodas específicas para pacientes obesos;
- t) criação de sala de espera na UTI com altar para orações;
- u) assistência psicológica à família do paciente da UTI;
- v) realização de mutirão da costura;
- w) instalação de televisores nas alas de internação para entretenimento dos pacientes;
- x) distribuição de revistas para leitura aos pacientes internados;
- y) realização de procedimentos cirúrgicos com relevância social, como: *Operation Smile* (correção do lábio leporino) e cirurgias plásticas reparadoras (mama, orelha de abano, abdome, entre outras).

O HGG atento à proposta de atuar com o foco em seus clientes e objetivando atendimento às suas necessidades, tomou as seguintes providências:

- a) aderiu ao “Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar”;
- b) instituiu o “Grupo de Trabalho de Humanização” com elaboração de seu estatuto;
- c) cadastrou no Sistema de Implantação de Procedimentos de Alto Custo (SIPAC) junto à SES/GO e MS as especialidades: neurocirurgia, ortopedia, cirurgia bariátrica, cirurgia cardíaca e marca-passo;

- d) cadastrou o Serviço de Terapia Renal Obstrutiva no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC).

O HGG, por ser uma Instituição Pública da Administração Direta, tem seu maior fluxo de informações derivadas das Leis Federais e Estaduais, Portarias, Ordem de Serviço e demais instrumentos reguladores do Serviço Público em geral.

São consideradas critérios de seleção as informações que atendam às necessidades específicas dos usuários e da Instituição: respeito à legislação vigente, padrões institucionais e garantia dos aspectos de utilidade.

Essas informações são disponibilizadas para o público interno de forma a garantir seu entendimento e sua aplicação e, ao público externo, quando necessário, utilizando todos os meios de comunicação disponíveis:

- a) mídia impressa – jornal interno, informativo, relatórios e jornais da cidade;
- b) mídia eletrônica – sistemas que geram dados de diversos processos da atividade meio e da atividade fim;
- c) mídia de eventos – seminários, reuniões mensais, eventos científicos e dia de *benchmarking*¹¹;
- d) teleconferências – captação de palestras e congressos pertinentes à área.

A periodicidade de atualização das informações é diária, semanal, mensal ou anual, sempre de acordo com a necessidade dos usuários.

As informações de desempenho assistencial são extraídas dos sistemas especializados: gerenciamento ambulatorial, gestão de internação hospitalar, sistema de controle laboratorial, sistema de transplantes, gerenciamento de raios X, entre outros.

¹¹ *Benchmarking* é um processo sistemático e contínuo de avaliação dos produtos, serviços e processos de trabalho de organizações que são reconhecidas como representantes das melhores práticas, com a finalidade de introduzir melhorias na organização.

As informações do Sistema de Recursos Humanos (Força de Trabalho) são armazenadas nos arquivos da Divisão de Recursos Humanos (DRH), contendo os perfis profissionais dos colaboradores identificados por meio da avaliação do Estágio Probatório. O Programa ‘*Office RH*’ permite à Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SDRH) registrar um grande número de informações quantitativas e qualitativas de importância fundamental para análise do nível de satisfação do público interno, sua distribuição, nível de capacitação, índice de segurança, entre outros.

Os dados econômico-financeiros de administração de materiais e o planejamento orçamentário são geridos pela Diretoria Administrativa. Todos os relatórios necessários são produzidos e encaminhados às Diretorias e utilizados em reuniões das lideranças para análise e tomada de decisão.

As informações relacionadas ao grau de satisfação dos clientes são advindas dos instrumentos de pesquisa e estão registradas junto ao Grupo Executivo da Qualidade.

A parte orçamentária desse item de avaliação não se aplica à Instituição, pois toda a proposta e decisão estão a cargo da SES/GO.

No entanto, a Diretoria Administrativa gere os recursos advindos de adiantamento, analisa sua adequação aos propósitos e planos da Instituição, fornecendo relatórios com informações relevantes à SES/GO, no intuito de atingir melhores resultados para o período seguinte.

Todos os projetos são montados levando-se em consideração a identificação dos custos envolvidos e repassados à SES/GO para avaliação e aprovação de acordo com sua capacidade orçamentária.

4.5.4 Constatações das práticas no Critério Pessoas

É importante ressaltar que a preparação e a instrumentalização adequada das pessoas para o desempenho de suas funções, assim como a valorização do seu trabalho, constituem aspectos críticos para o sucesso institucional.

Além do programa de capacitação, o HGG adota práticas gerenciais que estimulam a participação, o crescimento individual e profissional de seu corpo funcional, tais como: reuniões periódicas, comemorações, implantação de comissões para desenvolvimento de projetos e outros. O HGG procura estar atento ao nível de satisfação de seus clientes internos, buscando essas informações através de pesquisa organizacional, instituindo espaço para participação, sugestões e reclamações durante as reuniões, além de análise de indicadores, tais como: coeficiente de acidentes de trabalho e índice de afastamento com atestados médicos.

A Instituição procura assegurar um ambiente seguro e saudável aos seus colaboradores por meio de ações vinculadas aos programas de segurança e medicina do trabalho, ginástica laboral, música ambiente, entre outras. Disponibiliza também um enfermeiro do trabalho que faz acompanhamento de vacinas e controle de doenças ocupacionais.

Os cargos e o organograma foram definidos com a participação da alta Administração e representantes dos Departamentos e Divisões procurando adequar às necessidades de trabalho. Uma nova proposta organizacional foi apresentada à SES/GO para a qual aguarda uma definição. O sistema de cargos e salários depende de aprovação da SES/GO e da Assembléia Legislativa do Estado.

Para os cargos de confiança, o HGG adota avaliação curricular e indicação interna de colegas e gerentes, procurando dar transparência ao critério de escolha, levando-se em conta a competência e adequação do perfil ao cargo (CRI – coeficiente de conhecimento, relacionamento e informação).

A atual estrutura organizacional de sistemas de trabalho está focada no desenvolvimento das atividades da Instituição através da liderança das três Diretorias Executivas, bem como do quadro de Gerentes de Divisões e Chefias de Seções, os quais atuam de forma integrada, com adequada autonomia de decisão, em um processo participativo crescente e permanente, com responsabilidade bem definida.

Atento à rapidez da evolução tecnológica da área de saúde, o HGG fundamenta-se em quatro premissas: velocidade, adequação, flexibilidade e participação. Para tanto, utiliza-se de

estruturas informais como: comissões, equipes e grupos setoriais e intersetoriais, viabilizando, assim, a implantação de projetos e de novos serviços.

No entanto, não deixa de desenvolver e estimular a visão sistêmica de todos os funcionários, nos diferentes níveis hierárquicos. Nesse sentido, todos os colaboradores desde que ingressam são conscientizados da importância da participação de todos para obtenção do melhor desempenho do HGG.

O SDRH está estruturado com o *“Office RH”*, que é um sistema de gerenciamento de Recursos Humanos, concebido para exercer controle das atividades dos colaboradores no que tange às responsabilidades do RH: dados pessoais e funcionais, férias, licenças, faltas, controle de frequência dos colaboradores da SES/GO, do MS e dos Prestadores de Serviços, além da avaliação de desempenho dos funcionários efetivos, submetidos a estágio probatório.

O sistema permite uma ampla variedade de consultas, como: relatórios de colaboradores por lotação, por função, por turno, por vínculos empregatícios, aniversariantes do mês, afastamentos, gráficos quantitativos e estatísticos de faltas justificadas e de justificativas, quantitativos de licenças e dias perdidos com licenças.

O processo de educação e capacitação dos colaboradores e acadêmicos tem seu início imediatamente após ingresso na Instituição, através do treinamento introdutório, com uma carga de 8 horas.

O conteúdo desse treinamento aborda a Missão, os Valores, a política de Humanização e de Qualidade, além de orientações quanto aos direitos, deveres e posturas de higiene, segurança e ética profissional.

Após as palestras, são realizadas visitas às dependências do Hospital para conhecimento de seu espaço e observação de sua rotina.

Além do treinamento introdutório, há o treinamento operacional e nos casos técnicos a avaliação do desempenho durante o treinamento é decisiva para admissão ou não do novo colaborador, na função pleiteada.

O desenvolvimento da equipe de colaboradores é outra grande preocupação da Instituição. Através de um estudo, com a descrição profissiográfica dos Departamentos, Divisões e Seções, a SDRH identificou as necessidades e propôs uma programação de treinamentos para o ano de 2003.

Todos os treinamentos seguem um padrão de planejamento que se inicia com a formatação do projeto do evento, contendo: denominação, unidade solicitante, objetivo, clientela, número de vagas, carga horária, período de realização, horário, metodologias e técnicas, conteúdo programático e meta a ser atingida. Depois de formatado, o projeto é discutido e aprovado pelo cliente. O alvo central dos treinamentos sempre foi o profissional médico, ou seja, tudo o que se julga necessário para a melhoria da assistência médica é trabalhada pelo SDRH junto ao profissional.

A execução dos treinamentos, dependendo do conteúdo, fica a cargo da equipe do SDRH e, em outros casos, contrata-se recursos externos.

A Instituição promove internamente eventos científicos e divulga os eventos programados na Capital pela Agência Goiana de Negócios Públicos, e de outras entidades em outros Estados e até mesmo no exterior. Entre os quais podemos registrar:

- a) V *Workshop* – Qualidade na Saúde;
- b) Teleconferências;
- c) I, II e III Semana de Enfermagem;
- d) I Mostra da Qualidade HGG;
- e) I, II e III Feira de Talentos do HGG;
- f) Reuniões periódicas com equipes multidisciplinares;
- g) Palestras sobre prevenção de ruídos.

Todos esses eventos são divulgados através do mural. Só no período de Julho/2002 a Julho/2003 foram divulgados 130 eventos e a SDRH recebeu 176 solicitações de afastamentos para eventos.

Os programas de residência médica são organizados pelas Divisões e Seções, sendo encaminhados à COREME do HGG e, posteriormente, enviados para apreciação junto à Comissão Nacional de Residência Médica.

A alta Administração é comunicada da programação de todos os treinamentos. Cabe às chefias informar e encaminhar os colaboradores para participarem dos treinamentos.

Para garantir um ambiente de trabalho seguro, saudável, propício ao desenvolvimento, ao bem-estar, à motivação e à satisfação de seus colaboradores, o HGG implanta Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Esses programas adotam ações eminentemente preventivas, privilegiando medidas de promoção e de proteção à saúde e segurança e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida no trabalho.

Os Programas adotam as seguintes práticas:

- a) O Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) identifica os perigos e riscos relacionados à saúde, segurança e ergonomia (*Check List* de todos os setores);
- b) O SESMT propõe o controle ou a eliminação dos riscos através de equipamentos de proteção coletiva ou individual (EPC OU EPI);
- c) Estruturação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e Realização da Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho (SIPAT);
- d) Projeto de sinalização de segurança para as áreas críticas;
- e) Monitoramento por exames clínicos específicos de acordo com a necessidade da função;

- f) Vigilância Epidemiológica (doenças ocupacionais);
- g) Inspeções: sistema contra incêndio (verificação de todos os extintores e as mangueiras das caixas de incêndio); caldeira (medição de ruído e iluminância); setores de lavanderia, laboratórios, ambulatório, centro cirúrgico, clínicas médica e cirúrgica (cumprimento das normas de Biossegurança);
- h) Vistorias periódicas nos depósitos de lixo comum e do lixo contaminado;
- i) Acompanhamento de dedetização das dependências do Hospital;
- j) Palestras: Uso e Conservação de EPIs; Drogas no Trabalho; Hepatite Viral; LER / DORT; Biossegurança; materiais perfurocortantes;
- k) Adoção de Programas Especiais, tais como: vacinação, atividade física laboral, treinamento para prevenção de acidentes com material biológico, assistência médica ambulatorial e psicológica aos funcionários, mural educativo de orientação nutricional, avaliação nutricional com aferição de pesos e medidas, gerando desenvolvimento de ações educativas.

O Programa de Ginástica Laboral adequado às atividades específicas dos colaboradores dos diversos setores está em desenvolvimento. Iniciou-se com palestras sobre DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e a necessidade de prevenção.

O Programa desenvolveu-se a princípio nas seções de lavanderia e rouparia, centro cirúrgico, seções da área administrativa e atendimento ao público. Mediante seus resultados outras áreas se tornaram adeptas.

Já no primeiro mês de trabalho os resultados foram relatados pelos participantes: houve diminuição de dores e aumento de bem estar em geral.

4.5.5 Constatações das Práticas no Critério Gestão de Processos

Os principais processos da Instituição são:

Tabela 4.8 – Principais Processos do HGG.

PROCESSOS	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
Assistência ambulatorial.	Processo em que o cliente é atendido em consultório, sem necessidade de internação hospitalar, ou seja, sem necessidade de ocupação de leito.
Serviço Diagnóstico.	Processo em que o cliente é atendido para coleta de material biológico destinado à realização de exames especializados com a finalidade de apoiar tecnicamente um diagnóstico ou tratamento.
Assistência Hospitalar.	Processo em que o cliente é internado em um leito hospitalar para diagnóstico ou tratamento.
Procedimentos cirúrgicos.	Intervenção cirúrgica ambulatorial ou através de internação hospitalar.

Várias ações foram realizadas com o objetivo de melhoria dos processos acima citados:

- a) instalação de grades de proteção nas salas de atendimento aos pacientes especiais;
- b) alteração dos horários de visitas das clínicas médica e cirúrgica;
- c) proposta para melhoria na sinalização do ambulatório, realizada por alunos da Faculdade de Artes da Universidade Federal de Goiás (UFG);
- d) alteração do horário de visita da UTI;
- e) elaboração e distribuição de *folders* informativos ;
- f) aquisição de camas, bancos e cadeiras de roda específicas para os pacientes obesos ;

- g) criação de sala de espera na UTI com altar de orações;
- h) assistência psicológica à família do paciente da UTI;
- i) inclusão da disciplina Psicologia para os médicos residentes;
- j) melhoria do espaço de convivência no terraço com pinturas nas paredes e colunas e colocação de cinzeiros;
- k) introdução de mensagem de espera telefônica;
- l) implantação do sistema de senha eletrônica na recepção do ambulatório;
- m) monitoramento do serviço laboratorial feito pela equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

O Hospital dispõe para avaliação dos processos finalísticos de instrumentos administrativos: portarias, manuais, regimentos, regulamentos, entre outros.

Através do Manual de Direito e Deveres, Normas, Rotinas e padronização de formulários, a Instituição assegura que os procedimentos adotados sejam cumpridos.

A Instituição assegura a realização de seus processos através de parceria com outras instituições e até mesmo com os clientes, como é o caso da doação de sangue.

O Hospital mantém, ainda, uma equipe de prestadores de serviços cujo objetivo é identificar custos e propor sua diminuição por meio de sugestão de melhoria dos processos.

Por sua vocação e pioneirismo em inovação tecnológica, o Hospital é reconhecido como referência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A existência na Instituição de centros especializados, com realização de procedimentos médicos de alta complexidade e alto custo, permite acompanhar e até mesmo antecipar necessidades e/ou alternativas assistenciais. Essas ações são decorrentes da própria Missão da Instituição apoiada no Ensino e na Pesquisa.

Dessa forma, o HGG desenvolve projetos de novos produtos/serviços levando-se em consideração as necessidades de seus clientes e a viabilidade de sua implantação.

Para cada projeto é elaborado um plano de ação (5W2H¹²) e um cronograma físico financeiro que são aprovados pela SES/GO e acompanhados pela Direção.

Em todos os projetos os requisitos ambientais de segurança, de saúde e de ergonomia são contemplados através do PCMSO e do PPRA.

Entre os projetos que foram implantados a partir da identificação de necessidades, destacam-se:

- a) ambulatório de ginecologia;
- b) ambulatório de otorrinolaringologia;
- c) serviço de intercorrência (atendimento ao paciente ambulatorial que se sente mal durante a -espera);
- d) terceiro turno de atendimento ambulatorial em várias especialidades;
- e) central de transplantes;
- f) concessão de espaço para o Hospital das Clínicas atender os seus pacientes de Psiquiatria e Diálise;
- g) concessão de espaço para atendimento às outras Unidades da Rede Pública, nos serviços de Radiologia, Ressonância Nuclear Magnética, Tomografia Computadorizada e Necrotério.

¹² 5W2H - Ferramenta prática que permite, a qualquer momento, a obtenção dos dados mais importantes de um projeto. Essa ferramenta possibilita a visualização completa da equipe e também a obtenção dos dados necessários para implementação de um projeto. Durante a execução, o Plano de Ação permite você saber quem é quem, o que está fazendo e porque está fazendo.

Algumas ações foram desenvolvidas no sentido de melhorar os processos e aumentar a satisfação tanto de clientes internos quanto de clientes externos, pois melhorando o ambiente de trabalho do cliente interno certamente trabalharão com mais disposição e entusiasmo para o cliente externo.

- a) implantação da Ferramenta 5S na Farmácia e Almojarifado;
- b) treinamento do pessoal da lavanderia;
- c) campanha educativa de precaução padrão, priorizando a lavagem das mãos e uso de EPI's;
- d) criação da Comissão de Ética Médica;
- e) educação continuada para os colaboradores;
- f) instalação de cortinas na Recepção Principal;
- g) estipulação de locais para fixação de cartazes e informativos;
- h) elaboração e distribuição de *folders* informativos;
- i) pesquisa de satisfação com clientes externos e internos;
- j) criação do “Folhetim do Visitante”;
- k) realização de festas em datas comemorativas como Dias das Mães, dos Pais, da Mulher, Semana Junina e Natal;
- l) distribuição de pequenas lembranças nas datas comemorativas;
- m) caracterização do Hospital por ocasião das festas natalina e juninas;
- n) realização de missa mensal no terraço;
- o) realização de cantata nas dependências do HGG pelo coral;

- p) visitas semanais aos internos por “Grupos de Oração”;
- q) instalação de televisor na ala de internação;
- r) distribuição de revistas para leitura aos pacientes;
- s) criação de espaço lúdico destinado ao momento de espera das crianças atendidas pelo Programa de Odontologia para Pacientes Especiais;
- t) instituição do “Dia da Beleza” quando voluntários promovem o corte de barba, cabelo e unhas dos pacientes.

4.5.6 Constatações das práticas no Critério Resultados

Os resultados apresentados a seguir são relacionados aos processos finalísticos das atividades desenvolvidas na Instituição Hospitalar em estudo:

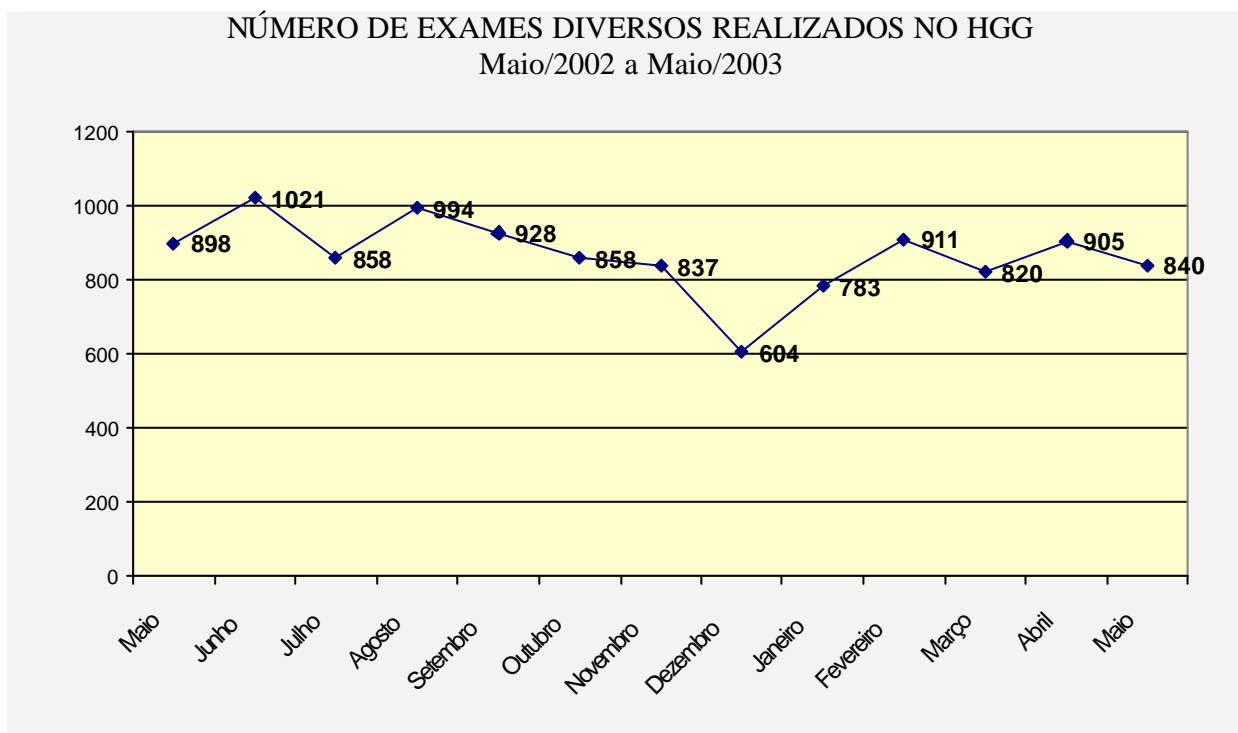


Figura 4.6 – Evolução do número de exames diversos no período de maio/2002 a maio/2003.

NÚMERO DE EXAMES DE LABORATÓRIO REALIZADOS NO HGG
Maio/2002 a Maio/2003

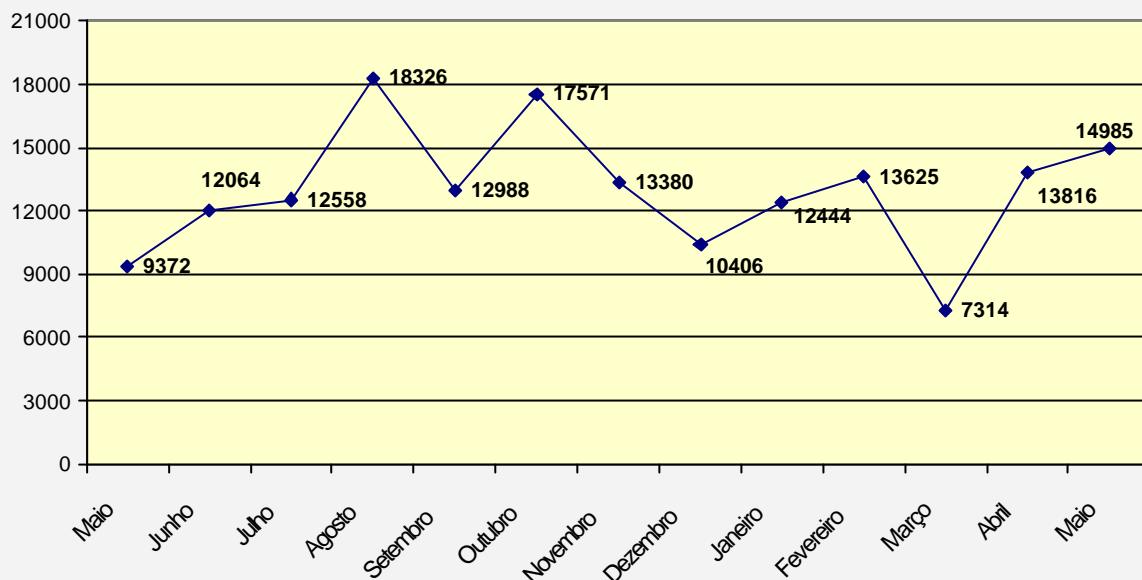


Figura 4.7 – Evolução do número de exames de laboratório no período de maio/2002 a maio/2003.

NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO HGG
Maio/2002 a Maio/2003

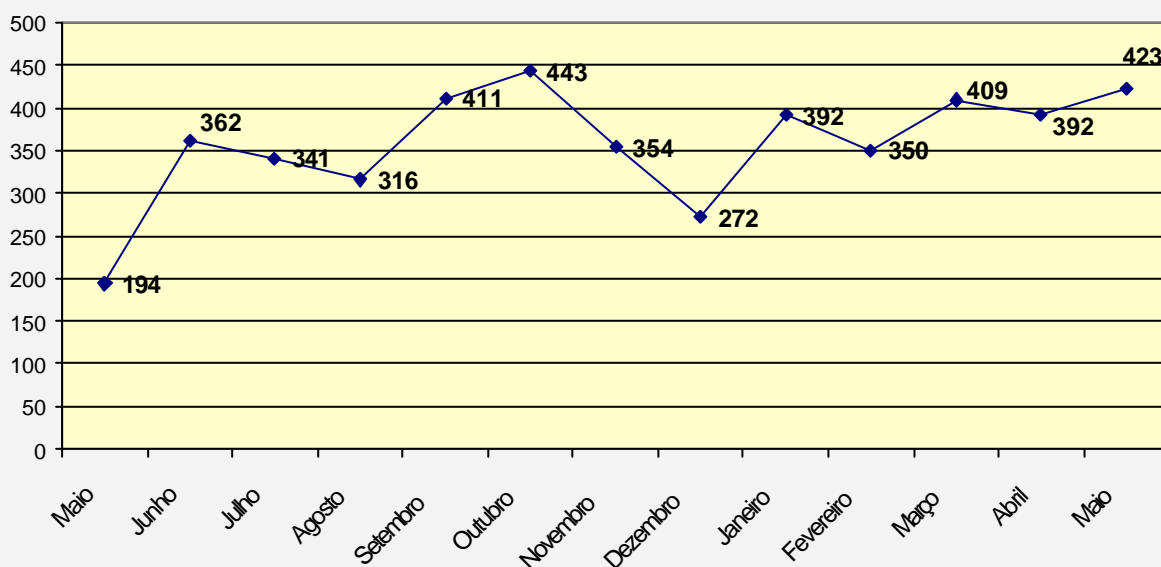


Figura 4.8 – Evolução do número de cirurgias no período de maio/2002 a maio/2003.

NÚMERO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS NO HGG
Maio/2002 a Maio/2003

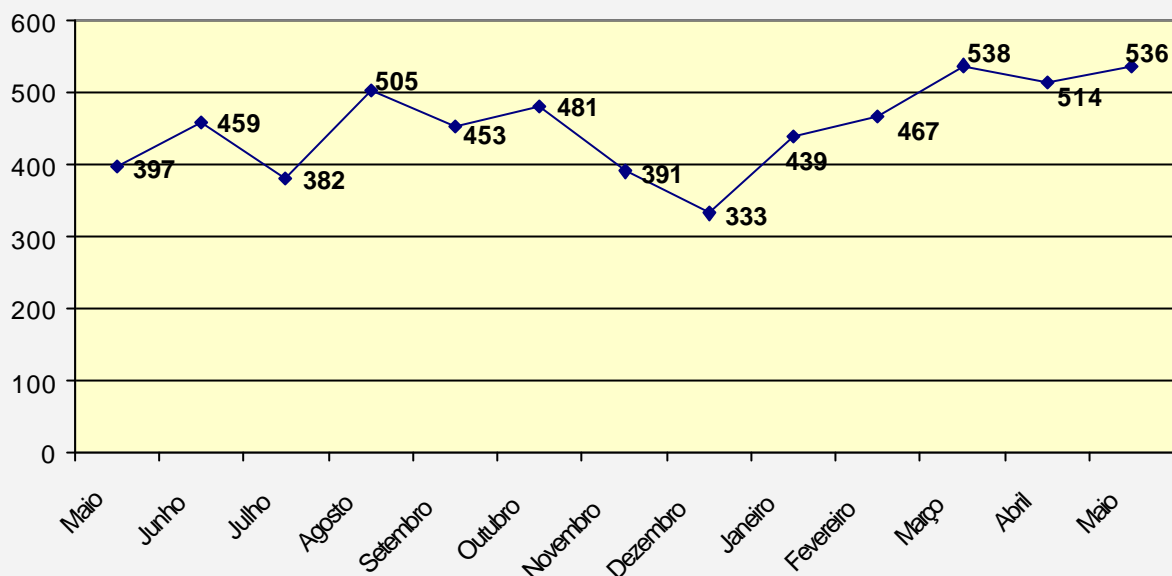


Figura 4.9 – Evolução do número de internações no período de maio/2002 a maio/2003.

NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NO HGG
Maio/2002 a Maio/2003

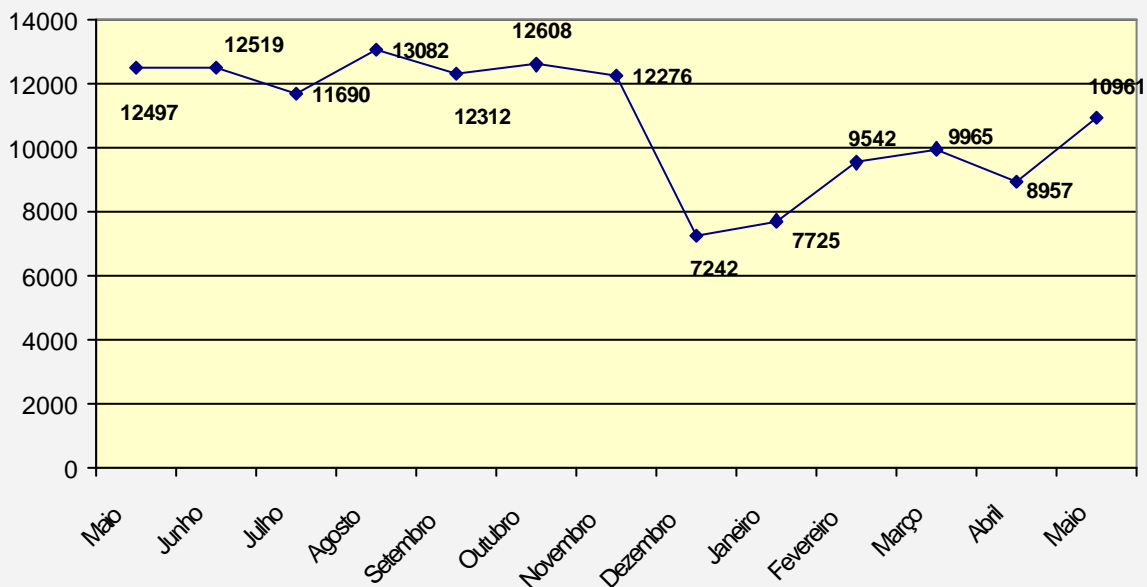


Figura 4.10 – Evolução do número de consultas no período de maio/2002 a maio/2003.

NÚMERO DE EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS NO HGG
Maio/2002 a Maio/2003

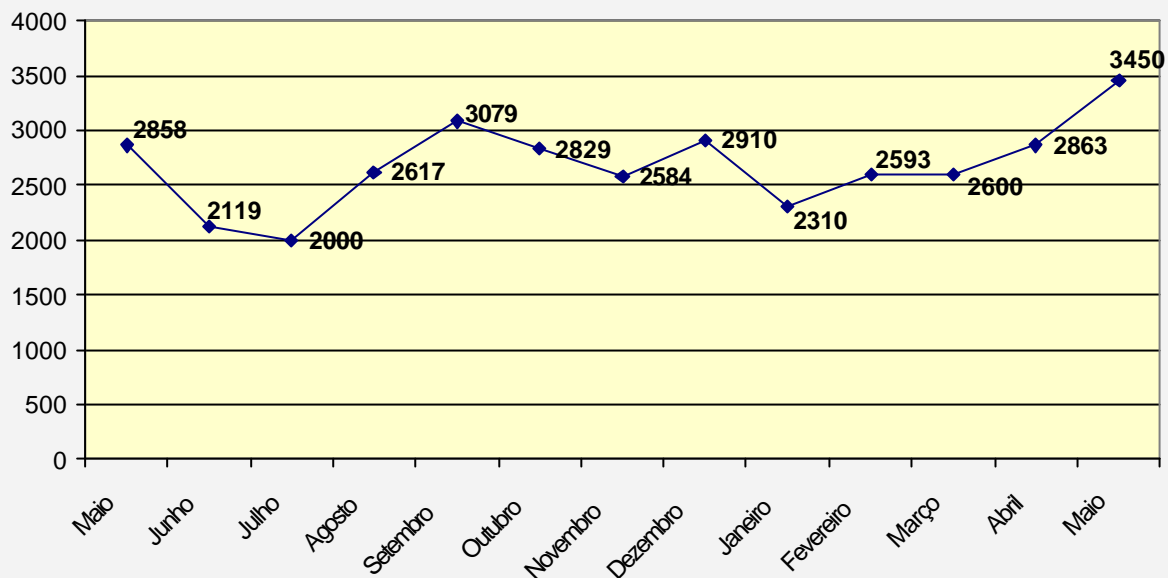


Figura 4.11 – Evolução do número de exames de imagem no período de maio/2002 a maio/2003.

4.6 Caracterização do 2º questionário aplicado após a implantação do Programa de Qualidade

Para estudo e comparação foi aplicado o segundo questionário com o mesmo quantitativo de entrevistados e, também, seguindo a mesma metodologia do anterior.

Na descrição dos dados do segundo questionário, o atendimento recebido na portaria e nos guichês foi qualificado como bom: 60,0% e 58,0% respectivamente. Quanto ao atendimento prestado pelo médico foi avaliado como ótimo por 55,0% dos entrevistados. O serviço prestado pela equipe de enfermagem foi considerado como bom para 51,0% dos usuários.

Considerando a infra-estrutura do Hospital, questionou-se quanto à satisfação do usuário com relação à sinalização interna: 55,0% dos entrevistados classificaram-na como boa; a higienização foi considerada como boa por 64,0% ; a avaliação dos sanitários boa por 50,0%.

O atendimento laboratorial foi classificado como bom por 48,0% dos usuários entrevistados.

Na avaliação final do questionário 49,0% dos pacientes classificaram o HGG de um modo geral como ótimo.

Após o trabalho de conscientização de se ter um modelo de gestão voltado para a qualidade e a implantação do programa na Instituição, serão explicitados os gráficos das entrevistas feitas, considerando os dados obtidos no segundo questionário.

Gráficos do resultado da 2ª pesquisa efetuada com o usuário externo do HGG

Julho 2003

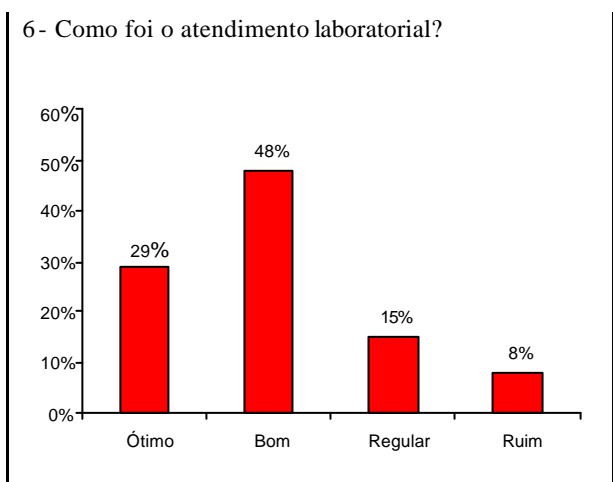
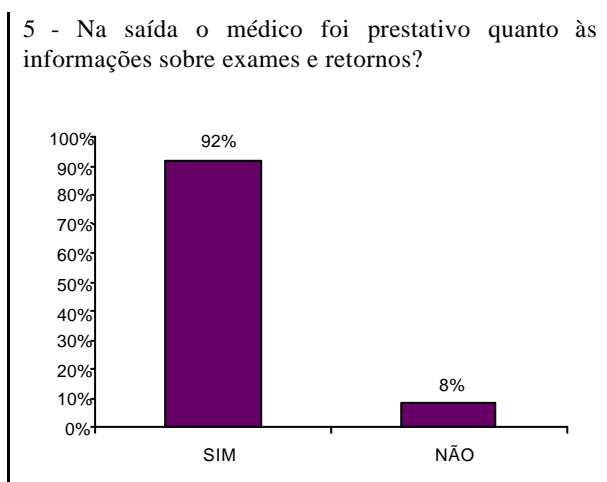
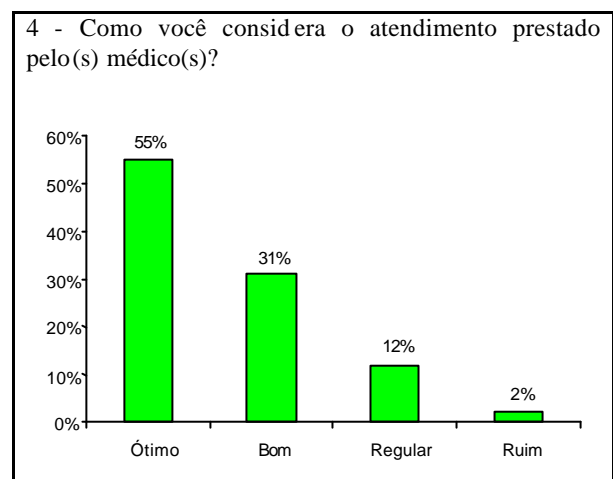
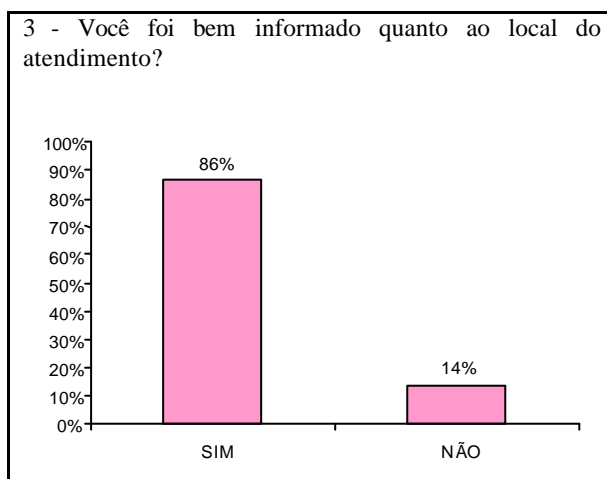
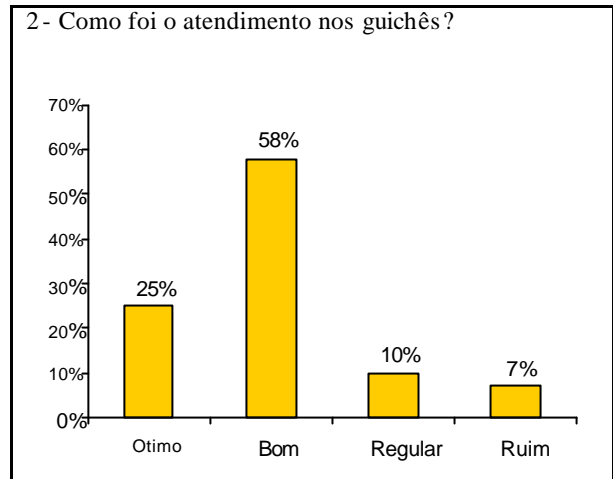
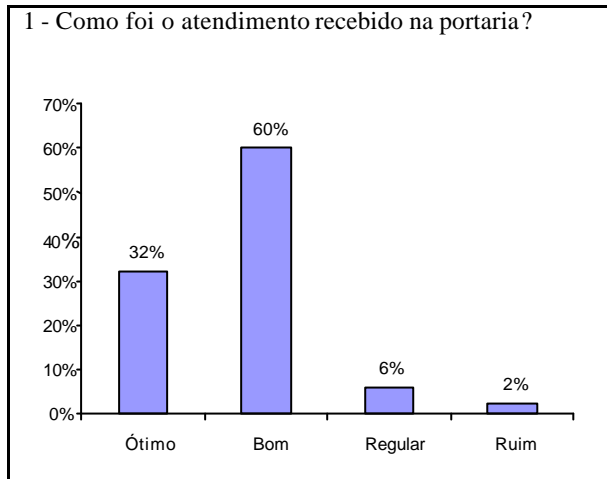


Figura 4.12 – Gráficos do resultado da 2ª pesquisa

**Gráficos do resultado da 2ª pesquisa efetuada com o usuário externo do HGG
Julho 2003 - (continuação)**

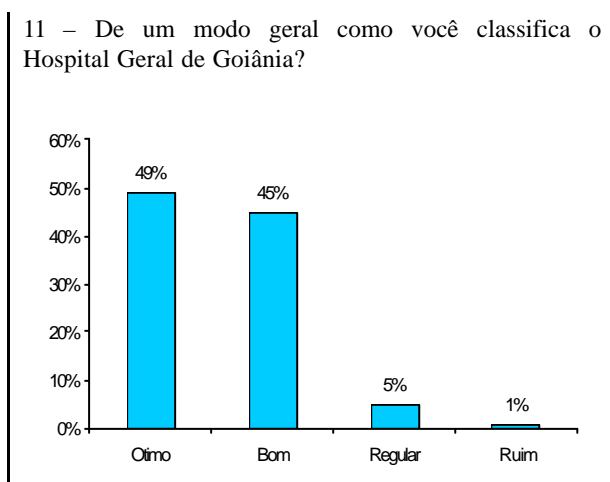
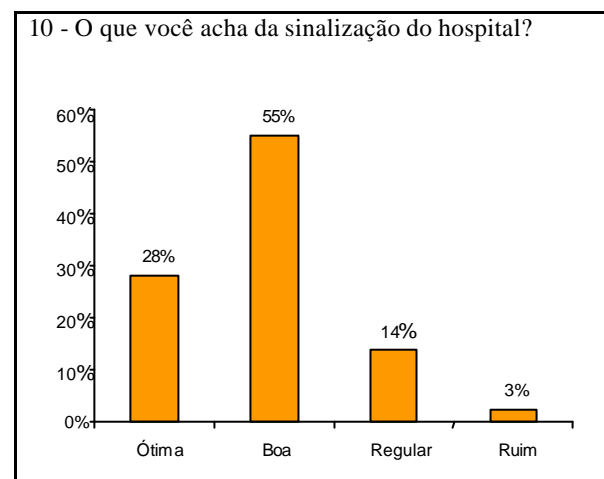
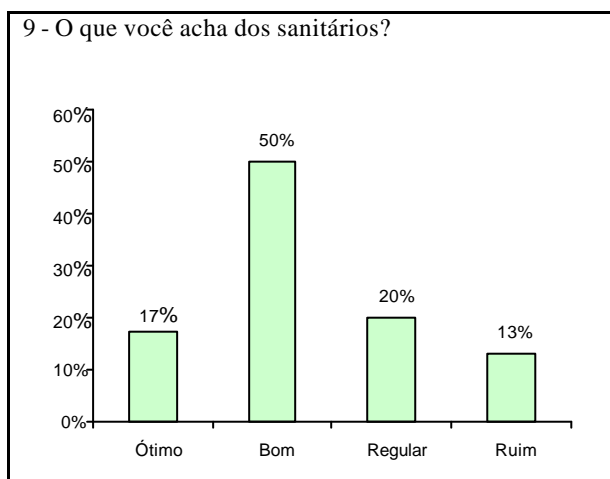
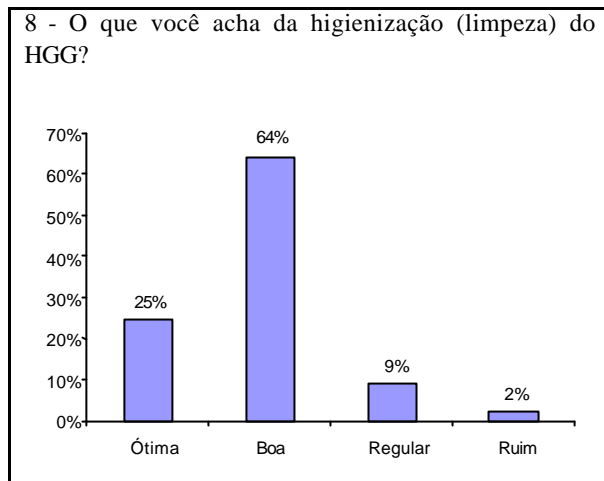
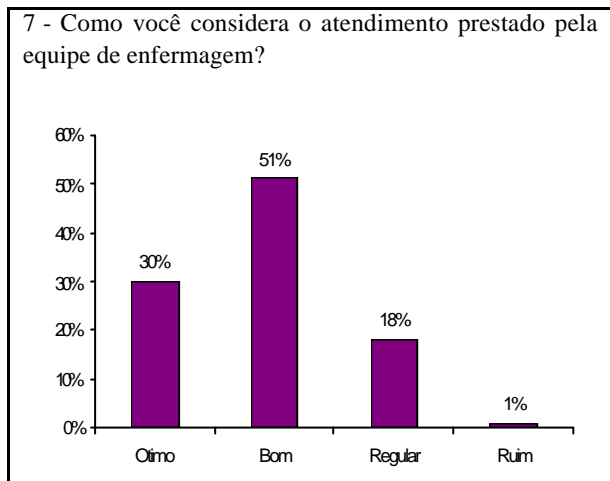


Figura 4.12 – Gráficos do resultado da 2ª pesquisa (continuação)

Com a finalidade de avaliar o impacto do programa implementado, através dos resultados obtidos pelas pesquisas realizadas, verificou-se que as ações expostas no decorrer do trabalho foram de grande importância no processo de melhoria ocorrida na Instituição Hospitalar em estudo.

Buscar-se-á como uma estratégia de análise a comparação entre os índices nos dois momentos contemplados:

- a) no que se refere ao atendimento recebido pelo usuário na portaria do HGG, observou-se que na categoria “bom” houve um aumento de 28 (vinte e oito) pontos percentuais da primeira para a segunda pesquisa;
- b) a avaliação negativa, ou seja, as categorias “regular” e “ruim” apresentaram uma melhoria significativa no que se refere ao atendimento prestado nos guichês, os 61,0% apresentado na 1ª pesquisa caiu para 17,0% na segunda pesquisa;
- c) a questão relacionada à informação quanto ao local de atendimento nas duas pesquisas, manteve praticamente o mesmo nível de resposta nos dois questionários;
- d) quanto ao atendimento prestado pelo médico, é clara a mudança de patamar inicialmente apresentado. Na primeira pesquisa quando 38,0% qualificaram-no como “ruim” e na segunda esse item foi praticamente eliminado, ocorrendo um aumento considerável na categoria “ótimo” que de 30,0% subiu para 55,0%;
- e) a questão relativa à prestabilidade do médico sobre as informações de exames e retornos apresentou aumento significativo na melhoria do item, passando de 60,0% “sim” na primeira chegando a 92,0% na segunda;
- f) com relação ao atendimento laboratorial, ocorreu uma melhoria de modo geral. Acredita-se que o aumento se deu em consequência dos outros serviços avaliados, pois não foram propostas ações específicas para o serviço de laboratório, que é terceirizado;

- g) constatou-se que o atendimento ofertado pela enfermagem apresentou redução na categoria “ruim”, passando de 20,0% para 1,0%. Sem dúvida vale ressaltar que esse item manteve o mesmo nível de “bom” ao longo do processo;
- h) com relação à higienização do HGG, a análise comparativa dos itens “regular” e “ruim” caíram substancialmente de 52,0% na primeira pesquisa para 11,0% na segunda;
- i) a avaliação dos sanitários apresentou uma redução das respostas “regular” e “ruim”, de 73,0% na primeira pesquisa para 33,0% na posterior;
- j) outro índice bastante significativo foi o aumento do item “bom” de 17,0% para 58,0% com relação à sinalização do Hospital;
- k) quanto à pergunta final de como é classificado o HGG de modo geral, observou-se que os itens “ótimo” e “bom” cresceram consideravelmente de 15,0% e 20,0% na primeira pesquisa para 49,0% e 45,0% na segunda, demonstrando uma mudança significativa na avaliação do HGG.

O ponto mais relevante do aumento da satisfação do usuário esteve relacionado à melhoria do atendimento prestado pelo médico. Vários fatores podem ter contribuído para o sucesso, como por exemplo, a inclusão de noções de psicologia na programação curricular dos médicos residentes, através de aulas sobre a humanização da assistência hospitalar, favorecendo a conscientização do médico desde o início de sua atuação profissional.

Houve também a criação de um novo horário chamado de 3º turno, no qual os médicos de várias especialidades passaram a atender também no período noturno, objetivando diminuir a concentração de pacientes nos corredores dos consultórios, além de aumentar o número de atendimentos, minimizando assim a demanda reprimida.

Outro fato bastante representativo na Unidade foi a divulgação em reuniões de chefias dos resultados e comentários dos pacientes com relação ao atendimento prestado pelo médico, iniciando então uma cobrança da alta Direção com relação à postura dos profissionais médicos e os pacientes do Hospital Geral de Goiânia.

Foram instituídos vários treinamentos pela Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SDRH) nas áreas de ética e postura médica e também de enfermagem, acompanhados e monitorados de acordo com a necessidade de cada área, serviço esse que foi denominado de Educação Continuada.

Outras ações também contribuíram segundo esta análise no aumento do índice de satisfação do usuário: visitas dos palhaços denominados “Doutores da Alegria” do Grupo Saúde e Alegria no ambulatório, distraindo e animando os pacientes que esperavam pela consulta; apresentações do Coral do HGG durante os momentos de espera; criação do espaço lúdico para espera das crianças portadoras de deficiência mental do Programa de Odontologia para Pacientes Especiais, essencial para diminuição da ansiedade dos pacientes e seus acompanhantes.

A instalação do sistema de senha eletrônica para o atendimento na recepção do ambulatório fez com que os pacientes não ficassem em filas, passando a aguardar sua vez sentados confortavelmente. Houve também a aquisição de bancos e cadeiras de rodas específicas para os pacientes obesos, dando a eles tratamento diferenciado do recebido em qualquer outra Instituição pública.

A integração da equipe do primeiro atendimento, ou seja, portaria e guichês, tornou-se possível através de reuniões periódicas instituídas pela chefia para discussão dos problemas enfrentados no dia-a-dia com finalidade de encontrar alternativas para sua solução

A distribuição do “Folhetim do Visitante” veio auxiliar sobremaneira na informação dos serviços e procedimentos que o Hospital oferece aos seus usuários.

Um fato preponderante foi um estudo elaborado pelo Grupo Executivo da Qualidade para criação do projeto de sinalização no ambulatório em virtude da inexistência de placas informativas para melhor direcionamento dos pacientes aos locais desejados. Esse projeto foi executado voluntariamente por alunos do curso de Belas Artes da Universidade Federal de Goiás (UFG) como trabalho final de curso.

Essas e outras ações descritas no decorrer deste trabalho, sem dúvida, foram responsáveis pelas respostas dos pacientes, repercutindo na melhoria do índice de satisfação do usuário do HGG.

A finalidade deste trabalho foi apresentar as mudanças organizacionais adotadas pelo HGG nas áreas estruturais, estratégicas e de processos para obtenção de um modelo de gestão voltado para a qualidade, como algo a ser permanentemente perseguido por todos da Instituição, no intuito de estabelecer políticas e diretrizes para melhor atender as necessidades de seus usuários. De acordo com o pensamento de Deming, o objetivo do serviço público deveria destacar-se por atividades bem executadas. Atingir essa meta nas ações desempenhadas diariamente é exatamente o que o HGG vem buscando.

O processo escolhido pela Instituição se identificou com os 14 princípios de administração que constituem o método Deming, servindo de embasamento para o aperfeiçoamento das ações de melhoria implantadas para o HGG.

Capítulo 5

Conclusões e Sugestões para trabalhos futuros

O Sistema Público de Saúde no Brasil apresenta falhas geradas pela ausência de planejamento de ações específicas no sentido de se ver modificado o atendimento e a assistência aos que buscam os serviços médico-hospitalares. O Hospital Geral de Goiânia ainda possui questões a serem resolvidas, como a maioria dos hospitais do país, embora a implantação do Programa de Qualidade do HGG tenha surtido efeito, demonstrando que o objetivo proposto neste trabalho foi alcançado.

O Programa de Gestão implantado resultou em grandes melhorias para a Instituição e o usuário, comprovando que houve planejamento, apoio técnico, treinamento e motivação de todos profissionais envolvidos, ou seja, o modelo e as ações adotadas foram eficazes.

As pesquisas revelaram que a satisfação do usuário em diversos níveis foi excelente, sendo constatadas melhorias em todos os quesitos pesquisados, diferentemente dos resultados detectados com a primeira pesquisa, que demonstraram o descontentamento dos clientes com relação aos serviços ofertados.

A implantação do Programa causou efeitos consideráveis como: a mudança de postura dos profissionais médicos, tendo como consequência o aumento da satisfação do usuário pesquisado, que é alvo central da Instituição; a criação do terceiro turno, aumentando o quantitativo de atendimentos médicos e diminuindo a concentração de pacientes nos corredores do Hospital.

Preponderantes foram os treinamentos e reuniões periódicas programadas pelas chefias para debater os problemas enfrentados no dia-a-dia com intuito de solucioná-los. Também de extrema importância para comodidade do paciente foi a implantação do sistema de senha eletrônica na recepção ambulatorial, entre outras providências que visam o bem-estar daqueles que ali buscam assistência.

Comprova-se, então, que é possível, mesmo em uma Instituição Pública com todas dificuldades de conscientização do corpo funcional e escassez de recursos financeiros, implantar ações com motivação e humanização que possam mudar o cenário encontrado, culminando na melhoria dos resultados.

Ainda não se tem um padrão universal e tampouco nacional do que vem a ser um bom atendimento em saúde. Mas sem dúvida, durante a realização prática deste trabalho e através de leitura das bibliografias disponíveis sobre o assunto, foi provado pela exposição de várias evidências com relação às práticas aplicadas dentro de cada item dos critérios de excelência que houve um avanço da Instituição como um todo, principalmente no que se refere ao impacto resultante da satisfação do usuário do Hospital Geral de Goiânia em consequência da implantação do Programa de Qualidade.

Entende-se que, para possível desdobramento deste trabalho, seria a elaboração de mecanismos específicos que possibilitem a avaliação do grau de satisfação do paciente hospitalizado, haja vista que o maior período de permanência na Instituição revelaria lacunas não identificadas a priori neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Gestão da qualidade e garantia da qualidade - Terminologia*. NBR ISO 8402, dez./1994.
- BERRY, Leonard, PARASURAMAN, A. *Serviços de Marketing: competindo através da qualidade*. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.
- CECILIO, L. C. O. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não ? *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v.33, nº 2, p. 23-37, mar./abr. 1999.
- CROSBY, Philip B. *Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade*. 5. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.
- DEMING, W. Edwards. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- FALCONI CAMPOS, Vicente. *TQC - Controle total da qualidade (no estilo japonês)*. 8. ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.
- FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. *Indicadores de desempenho*. São Paulo: FPNQ, 1996.
- GARVIN, David A. *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

- GIANESI, Irineu G. N., CORRÊA, Henrique Luiz. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1994.
- JURAN, J. M. *Na liderança para a qualidade: um guia para executivos*. São Paulo: Pioneira: IMAN, 1990.
- MALIK, Ana Maria. *Manual de recursos humanos en salud*. Washington D. C. : Fundación W. K. Kellog, v. I, nº 3, 1996.
- MARTINS, Roberto A., TOLEDO, J. C. Proposta de modelo de elaboração de programas de gestão para a qualidade total. *Revista de Administração*. São Paulo: USP, v.33, nº 2, p. 52-59, abr./maio 1998.
- SHEWHART W. A., *Economic Control of Quality of Manufactured Products*, Van Nostrand: 1931.
- TAYLOR, F.W., *Princípios de Administração Científica*. São Paulo: Atlas, 1966.
- TOLOVI JR., J. Por que os programas de qualidade falham? *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 34, nº 6, p. 6-11, nov./dez. 1994.
- VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997.

BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Gestão da qualidade e garantia da qualidade - Terminologia*. NBR ISO 8402, dez./1994.
- BERRY, Leonard, PARASURAMAN, A. *Serviços de Marketing: competindo através da qualidade*. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.
- CECILIO, L. C. O. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não? *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v.33, nº 2, p. 23-37, mar./abr. 1999.
- CROSBY, Philip B. *Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade*. 5. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.
- DEMING, W. Edwards. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- FALCONI CAMPOS, Vicente. *TQC - Controle total da qualidade (no estilo japonês)*. 8. ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.
- FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. *Indicadores de desempenho*. São Paulo: FPNQ, 1996.

- GARVIN, David A. *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.
- GIANESI, Irineu G. N., CORRÊA, Henrique Luiz. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1994.
- ISHIKAWA, K. *Controle da qualidade total: à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campos, 1993.
- FEIGENBAUM, Armand V. *Controle da qualidade total: gestão e sistemas*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- JURAN, Joseph M. *Na liderança para a qualidade: um guia para executivos*. São Paulo: Pioneira: IMAN, 1990.
- JURAN, Joseph M. *Planejando para a qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1990.
- MALIK, Ana Maria. *Manual de recursos humanos en salud*. Washington D. C. : Fundación W. K. Kellog, v. I, nº 3, 1996.
- MARTINS, Roberto A., TOLEDO, J. C. Proposta de modelo de elaboração de programas de gestão para a qualidade total. *Revista de Administração*. São Paulo: USP, v.33, nº 2, p. 52-59, abr./maio 1998.
- MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- OAKLAND, John. *Gerenciamento da qualidade total*. São Paulo: Nobel, 1994.
- TOLOVI JR., J. Por que os programas de qualidade falham? *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 34, nº 6, p. 6-11, nov./dez. 1994.
- SHEWHART W. A., *Economic Control of Quality of Manufactured Products*, Van Nostrand: 1931.

TAYLOR, F.W., *Princípios de Administração Científica*. São Paulo: Atlas, 1966.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997.