



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP
PROGRAMA DE QUALIDADE
Relatório de 2002 e Planejamento para 2003

Elaboração: Assessoria de Qualidade do HC-Unicamp:

Eneida Rached Campos
Maria Bernadete B.P.Barbosa Lima

Colaboração: Gerentes e membros do HC-Unicamp integrantes dos grupos de trabalho da Qualidade

Janeiro de 2003

ÍNDICE

I. Introdução	2
II. Atividades Desenvolvidas em 2002	3
(Frentes de Trabalho)	
1. Assessoria de Desenvolvimento Organizacional	4
2. Coffee-break	7
3. Palestras (Trocando Experiências).....	8
4. Redesenho de Processos	9
5. 5S (Housekeeping)	9
6. Acreditação Hospitalar	10
7. Projetos Institucionais	12
8. Outras Atividades	13
III. Plano de Trabalho para 2003	14
Anexos	17
Anexos 4 - Redesenhos de Processos	
Anexo 4.1 - DND	
Anexo 4.2 - UTI	
Anexo 4.3 - LAP	
Anexo 4.4 - SSPR	
Anexos 6 – Acreditação Hospitalar	
Anexo 6.1 - Diagnóstico Organizacional	
Anexo 6.2 - Modelo dos Planos de Metas	
Anexo 6.3 - Projeto de Financiamento	
Anexo 6.4 - Em busca da Acreditação Hospitalar	
Relato de Experiências	
Anexo 6.5 - Projeto de Manuais	
Anexos 7 – Projetos Institucionais	
Anexo 7.1 – Centros Colaboradores	
Anexo 7.2 – Organograma	
Anexo 7.3 – Capacitação em Administração Hospitalar	
Anexo 7.4 – Ouvidoria	
Anexos 8 – Outras Atividades	
Anexo 8.1 - Posterres do QualiHosp 2002	
Anexo 8.2 – Avaliação do Programa Centros Colaboradores	

I. Introdução

O Programa de Qualidade, nesses 5 anos de existência continuou crescendo, e no último ano (2002) dessa gestão na Superintendência, teve seu papel de “facilitador” de algumas ações e projetos no hospital, ampliado para uma participação mais efetiva como “assessor” nas questões envolvendo projetos multi disciplinares do hospital, bem como no alinhamento dos mesmos junto às gerências das áreas.

No ano de 2002 a Assessoria de Qualidade ligada diretamente à Superintendência do Hospital, manteve as frentes de trabalho do Programa de Qualidade em andamento, bem como alavancou ainda mais as ações referentes a Melhoria de Processos (Redesenho), e criou uma nova frente de Projetos Institucionais.

Também devemos ressaltar nesse ano a forte e principal atuação da Assessoria no Projeto de Acreditação Hospitalar do Hospital. Esse foi o ano em que esse projeto ganhou “corpo”, juntou pessoas, alinou profissionais de diferentes categorias profissionais, criou uma linguagem comum de administração e Planos de Metas para as áreas sanarem suas não conformidades.

Entretanto, se foi possível até agora o crescimento do Programa mesmo sem recursos financeiros, para a próxima gestão eles serão imperativos, visto que o programa passa para uma etapa fortemente focalizada na **melhoria de processos** e na conquista da **Acreditação Hospitalar** no nível 1 – Segurança. Esse primeiro nível da acreditação tem exigências e padrões focalizados em infra-estrutura física e equipamentos, o que gera naturalmente uma demanda financeira para saná-los. Assim também os trabalhos de melhoria de processos (redesenho), que exigem sempre uma priorização de investimentos em algumas ações nas áreas.

As melhorias implantadas são fruto do trabalho dos vários grupos multi disciplinares criados, independente da hierarquia de seus integrantes. A integração e o alinhamento desses grupos cria um espírito comunitário em relação aos desafios, bem como inova a relação de trabalho de todos os que nele participam, o que sustenta a continuidade do Programa. Através do QUALIHC muitas pessoas têm um esforço para além de suas atividades rotineiras, exercendo outras extraordinárias, a fim de alavancar melhorias em nosso hospital.

Um Programa de Qualidade é algo que precisa de cuidados para sempre evoluir. Todos nós nos orgulhamos de ter participado dos resultados obtidos até agora. Na certeza de termos alavancado o desenvolvimento do Hospital das Clínicas da Unicamp através do crescimento desse Programa na última gestão, desejamos poder continuar ajudando a próxima gestão no crescimento e desenvolvimento da administração do nosso hospital.



II - ATIVIDADES

DESENVOLVIDAS

EM 2002

(Frentes de Trabalho)

1 – Assessoria de Desenvolvimento Organizacional **(Reuniões e Pautas)**

ANO 2002

Total de 36 horas de reunião.

*** 04/02/2002**

- * **Curso de Administração Hospitalar do Ministério da Saúde**
3 vagas para o HC, oferecido a todos os membros da Assessoria.
- * **Acreditação Hospitalar** -Propostas das Instituições Acreditoras – menor preço
- * **Negociação de vagas com a Reitoria (Limpeza, Lavanderia, DND, DEM)**
- * **Projeto da Ouvidoria**

*** 18/02/2002**

- * **Apresentação da Pesquisa de Opinião** – Grupo da Pesquisa

* **Março** – Reuniões interrompidas por causa do processo eleitoral da reitoria.

*** 15/04/2002**

- * **Hemodialise** – de pacientes internados subir para as enfermarias, no lugar ocupado pelos laboratórios de AIDS e CCI
- * **Procedimentos Especializados** – centralizar fisicamente os procedimentos de urodinâmica, potencial evocados e outros , no local deixado vago pela Hemodiálise

*** 22/04/2002**

- * **CME** – Não conformidades da Acreditação Hospitalar. Escrever Projeto.
- * **AFPU** – Plano de Treinamento do HC para encaminhar.
- * **Acreditação Hospitalar** – Construir Planos de Metas com as áreas, e escrever Projeto de Investimentos para o Reforsus.

*** 06/05/2002**

- * **Qualidade** – Apresentação do Programa, Plano para 2002, composição da equipe.

*** 13/05/2002**

- * **Projetos Reforsus** – UTI Bloco D e E; Acreditação Hospitalar.
- * **SAME** – Reorganização do arquivo (Projeto do Arquivo Deslizante), interface com ambulatorios, arquivo RX, terceirização do arquivamento dos prontuários semi-ativos.

*** 27/05/2002**

- * **Organograma** – Estudo RH e Quali - modelos de outros hospitais.
- * **Consulta pública a portaria do Ministério da Saúde** – classificação SUS dos hospitais por porte e exigências em Administração Hospitalar.
- * **Quadro da Enfermagem** – reposição de funcionários.
- * **Lavanderia** – terceirização.

* **03/06/2002**

- * **Vagas do Agendamento de Consultas.**
- * **Portaria/Recepção** – Proposta de estudo e definição da equipe de trabalho.
- * **Laboratórios especializados e LPC** – Proposta de estudo para centralização.

* **10/06/2002**

- * **Medidas Financeiras**
Recursos Humanos – DEM, Lavanderia, Enfermagem, Horas Extras.
- * **Laboratórios** – Proposta de centralização CCI e AIDS. Contratos de algumas máquinas.

* **02/07/2002**

- * **Projeto Ergonomia (Ação Civil)** – apresentação.
- * **Espaço Cultural** – no F2.
- * **Lavanderia** – terceirização.
- * **Planos de Certificação** – RH + Quali – rever todos e fazer os novos.

* **22/07/2002**

- * **Medidas Financeiras**
Lavanderia – terceirização, dispensa funcionários Funcamp.
SAME – fechamento noturno, transferir para dia.
Plantões – retirar módulos de alguns médicos; transformar plantões contínuos em plantões à distância; reduzir plantões do LPC.
Exames – reduzir excessos de pedidos, reavaliar protocolos.
Ambulatórios – reavaliar os que não deveriam estar no HC.
Custos X Faturamento – avaliar de algumas áreas.
Psiquiatria – transferência para algum hospital da cidade, uso dos leitos para procedimentos estratégicos.
PS – reunião com DIR e Prefeitura.
Informática – custo mensal, sistemas “pacotes” prontos no mercado.

* **05/08/2002**

- * **Organograma e Planos de Certificação** – Situação de algumas áreas.
- * **Lavanderia** – demissão de 18 pessoas e 25 disponibilizadas para DGRH
- * **SAME** – fechamento noturno (7 pessoas).

* **19/08/2002**

- * **Projeto Crachá Funcional** – grupo controle de acesso e controle de ponto.
- * **Organograma** – Coordenadoria de Administração e Assistência.

* **26/08/2002**

- * **Organograma** - situação das áreas em geral.

* **02/09/2002**

- * **Relação com Município** – Gestão Plena.
- * **Universidade de Santa Maria** – viagem.
- * **Enfermagem** – carga horária.
- * **Unificação áreas administrativas da saúde.**

* **09/09/2002**

- * **Organograma** – Carta NAMB, DS, S.Social.
- * **Coffee da Qualidade** – assunto.

* **16/09/2002**

- * **Medidas Financeiras**
DND – medidas de redução de funcionários.
Redução de custos X aumento faturamento (extrato – hemodiálise e transplantes).
Propostas de ajuda a área de saúde (CAAAAS).
- * **Projeto para Secretaria de Ciência e Tecnologia**
- * **Acreditação Hospitalar** – situação dos DML's.

* **23/09/2002**

- * **Organograma** – situação geral da proposta.
- * **SSPR** – situação geral do estudo (redesenho).

* **30/09/2002**

- * **Medidas Financeiras**
FUCS (CAAAAS)
Horas Extras – reduzir/terminar
Tetos – não fazer mais serviços que ultrapassem os tetos.
- * **Comissões da FCM**
Ensino e Assistência – atuação na rede básica; quais serviços podem passar para a rede; conversar com o município.
Padronização de Protocolos – todos os departamentos. Vão mandar 3 a 4 protocolos padronizados de maior incidência (diagnóstico e conduta).

* **07/10/2002**

- * **Medidas Financeiras** – ajuda da reitoria; medidas do HC-Ribeirão.
- * **Comissões da FCM** - junção áreas administrativas e regimento.
- * **Organograma**

* **14/10/2002**

- * **Organograma**

* **21/10/2002**

- * **Organograma** – principais alterações, terminar e encaminhar para a Universidade.
- * **DND** – proposta da Universidade de centralizar a produção, exceto para pacientes.
- * **Novas contratações** – Contas e Convênios; Assessoria da Administração.

- * **Estagiários FAEP**
- * **Relatório de Gestão** – solicitação às áreas.

- * **28/10/2002**
 - * **Organograma** – últimos acertos, encaminhamento para reitoria/PRDU.
 - * **Composição do Conselho de Administração do HC** – nova proposta.

- * **18/11/2002**
 - * **Higiene/Limpeza** – transferência de funcionários para a Universidade.
 - * **DND** – produção de refeições pela Universidade, transferência de pessoas (15).
 - * **RX** – mudança de chefia.

2 – Coffee-break

ANO 2002

Total de 20 horas de reunião.

- * **14/03/2002**
 - * **Grupo Xô Dodói** – Giovani A Mendes de Godoi

- * **11/04/2002**
 - * **Grupo de Humanização** – M. Cristina M. dos S. Guaraldo

- * **17/05/2002**
 - * **Despedida Dr. Paulo e Marinez** - homenagens

- * **20/06/2002**
 - * **Pesquisa de Opinião sobre o Grau de Satisfação dos Usuários HC** - Sandra Regina de Angelis M. Terra

- * **18/07/2002**
 - * **Planos de Certificação** – Proposta de trabalho - Cláudia Armelin

- * **16/08/2002**
 - * **Plano de Carreira Vencimentos e Salários (PCVS)** – propostas de revisão - CSA - Lucélia A.Moya

- * **12/09/2002**
 - * **“Implementação de medidas para o adequado controle de medicamentos nas Unidades de Internação”** – SEMC II - Maria Rosa Ceccato Colombini

- * **15/10/2002**
 - * **Organograma e Planos de Certificação** – nova proposta - M.Bernadete P.B.Lima

- * **14/11/2002**
 - * **“Análise da Eficiência do Sistema de Gerenciamento de Resíduos Sólidos na Enfermaria de Gastroclínica”** – Faculdade de Engenharia Civil – Ana Paula

- * **05/12/2002**
 - * **Despedida Dra. Terezinha e Dr. Joaquim** – homenagens

3 – Palestras (Projeto Trocando Experiências)

O que é?

Mesa de discussão sobre os processos de trabalho de uma determinada área do HC com outras áreas afins de outras Instituições Hospitalares.

Para que ?

Com o objetivo de treinar e trocar experiências sobre modelos na área de saúde, tornando comum possíveis situações de maior dificuldade, bem como soluções alternativas também possíveis.

Quem participa?

Fórum aberto a todos os funcionários do HC, docentes, alunos e residentes da FCM, com média de 30 pessoas por encontro.

Quando? Onde?

Encontros mensais de 1 hora e 30 minutos cada um, toda 5ª feira do mês no Anfiteatro.

Como?

Apresentação das 2 ou 3 instituições, seguida de mesa de debates onde são trocadas experiências (semelhanças e diferenças).

ANO 2002

Total de 11 horas de treinamento.

*** 26/03/2002**

- * **Recepção e Portaria** – Hospital Mário Gatti, CAISM e HC

*** 30/04/2002**

- * **Centro Cirúrgico** – Centro Médico e HC

*** 28/05/2002**

- * **Recursos Humanos** – Hospital Mário Gatti e HC

*** 27/06/2002**

- * **Nutrição e Dietética** – Hospital Mário Gatti e HC

*** 25/07/2002**

- * **Capelania** – Hospital Samaritano, Celso Pierro e HC

*** 03/09/2002**

- * **Pronto Socorro** – Hospital Mário Gatti e HC

*** 26/09/2002**

- * **Programa de Qualidade** – Hospital Vera Cruz e HC

4 – Redesenho de Processos

Metodologia própria utilizada para propiciar a implantação de mudanças nas diversas áreas e serviços do hospital, desenvolvendo a filosofia da melhoria contínua, através da revisão do funcionamento dos serviços, redesenhando os processos.

- * **Divisão de Nutrição e Dietética (DND)**

Assessoria e acompanhamento da implantação das melhorias nos diversos setores da DND.

(Anexos 4.1 – Redesenho de Processo – DND)

- * **Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**

Assessoria e Acompanhamento da implantação das melhorias pelos diversos grupos de trabalho.

Elaboração dos projetos de investimentos para o Ministério da Saúde:

- * Projeto da UTI Bloco E – 2º andar (área física e equipamentos);

- * Projeto da UTI Bloco D – 2º andar (equipamentos)

(Anexos 4.2 – Redesenho de Processo – UTI)

- * **Laboratório de Anatomia Patológica (LAP)**

Assessoria e Acompanhamento da implantação das melhorias pelos diversos grupos de trabalho.

(Anexos 4.3 – Redesenho de Processo – LAP)

- * **Serviço de Segurança, Portaria e Recepção (SSPR)**

Este redesenho está em andamento, etapas I e II terminadas em 2002.

(Anexo 4.4 – Redesenho de Processo – SSPR)

5 – 5S (Housekeeping)

Definido acompanhar as áreas em Redesenho de Processo (prioridade de aplicação).

- * **Setembro a Dezembro/2002**

- * Implantação dos 3 primeiros S's na área do LAP

6 – Acreditação Hospitalar

O ano de 2002 foi marcado como sendo o ano em que o projeto de Acreditação foi definitivamente alavancado pelo Hospital. Criou-se grupos de trabalho, juntando pessoas independente da categoria profissional, criou-se um método comum de administração do projeto, e também as primeiras não conformidades começaram a ser sanadas pelas áreas.

Agora esse projeto passa para uma etapa fortemente centrada em três necessidades básicas, para que ele possa conseguir o selo de “Hospital Acreditado” no nível 1:

- ◆ recursos financeiros para não conformidades de infra-estrutura física/equipamentos;
- ◆ acompanhamento constante das ações em andamento pelos grupos/áreas em conjunto com a Superintendência e a Assessoria de Qualidade;

Seguem abaixo as principais atividades desenvolvidas em 2002 com relação à Acreditação Hospitalar no Hospital de Clínicas da UNICAMP:

*** Fevereiro de 2002**

*** Seleção de propostas das Instituições Acreditoras**

Contato, solicitação e recebimento de propostas das Instituições Acreditoras para Curso e Desenvolvimento do Diagnóstico Organizacional. Escolha da proposta e obtenção de recurso financeiro para a contratação da Acreditora escolhida, o IQG – Instituto Qualisa de Gestão.

*** Março de 2002**

*** 18 a 22/03/02**

Visita de Diagnóstico da Instituição Acreditora

Visita de 8 consultores do IQG nos dias 18 e 19, e de 2 consultores no dia 20 para o desenvolvimento do Diagnóstico Organizacional. Confecção do relatório de diagnóstico no dia 21. Reunião de apresentação do diagnóstico organizacional pelo IQG com a Superintendência, Coordenadorias, e o Grupo de Facilitadores da Qualidade.

(Anexo 6.1 – Diagnóstico Organizacional)

*** Abril de 2002**

*** Desenvolvimento de Estratégia e Planejamento**

Reuniões com as áreas do hospital para retorno sobre os seus respectivos diagnósticos.

Compilação dos diagnósticos comuns a todas as áreas do hospital, e criação de respectivos grupos de trabalho, bem como definição de responsabilidades. Criação de um gráfico “Pert” (usando o software MS-Project) com todas as não conformidades agrupadas por área/serviço.

Desenvolvimento de fluxo de trabalho para acompanhamento do projeto.

Criação de modelo padrão para as “Atas de Reunião” bem como para os “Planos de Execução” contendo as ações necessárias, visando sanar as não conformidades.

Planejamento para a busca da Acreditação, através da confecção de pastas por área contendo seus respectivos **Plano de Metas para Serem Acreditadas**. Essas pastas são um instrumento de gestão e de acompanhamento do projeto com todas as áreas, visando uniformizar a linguagem para todo o hospital.

As pastas contém: fluxo de trabalho, auto-diagnóstico, diagnóstico da creditora, gráfico “Pert”, formulários padrão (Ata e Plano de Execução).

(Anexo 6.2 – Modelo dos Planos de Metas)

* **Maio de 2002**

* **Início do Plano de Metas**

Reuniões com as áreas e/ou grupos do Hospital, priorizando as áreas diagnosticadas como NA - não acreditadas e as de nível 1 que apresentaram não conformidades menores. As reuniões tem os seguintes objetivos:

- entregar as pastas dos Planos de Metas;
- explicar o fluxo de trabalho / acompanhamento do projeto;
- explicar o preenchimento dos formulários padrão;
- avaliar as não conformidades já sanadas;
- elaborar as primeiras ações, para as não conformidades não sanadas
- encontrar ações de curto prazo e que não dependiam de recursos financeiros para serem implantadas
- estimar o custo das ações que exigirão investimentos.

* **Projeto de Financiamento**

Elaboração de projeto encaminhado ao Ministério da Saúde, visando o financiamento de recursos necessários à busca da Acreditação pelo hospital.

(Anexo 6.3 – Projeto de Financiamento para Acreditação Hospitalar)

* **21 a 24/05/02**

I Seminário de Gestão da Qualidade e Assistência Hospitalar - promovido pelo Ministério da Saúde em Brasília.

Apresentação do Projeto de Acreditação Hospitalar do HC-Unicamp na mesa *"Em busca da Acreditação Hospitalar – Relato de Experiências"* - **Anexo 6.4**

* **Junho de 2002**

* **Plano de Metas**

Reuniões com as áreas e/ou grupos faltantes (nível 1, 2 e 3) para entrega das pastas e explicação sobre os Planos de Metas.

* **Julho a Dezembro de 2002**

* Acompanhamento das ações da acreditação em andamento nos grupos/áreas.

* Alterações e inclusões de itens no Projeto de Financiamento junto ao Min. Saúde.

* **Projeto de Manuais** (nível 2 da Acreditação)

Estudo e elaboração de metodologia para padronizar os Manuais de Normas e Rotinas, e implantar os manuais em larga escala em todo o hospital.

(Anexo 6.5 – Projeto de Manuais)

* **Projeto de Indicadores** (nível 3 da Acreditação)

Coleta, tabulação e interpretação dos indicadores de gestão e desempenho dos processos, para criar uma cultura institucional de gerenciamento por metas e evidências, através dos indicadores (piloto na Anatomia Patológica).

Próximos Passos

Visitar hospitais acreditados.

Acompanhamento contínuo das áreas/serviços através de seus Planos de Metas.

Teste e Implantação piloto do padrão de manuais e dos indicadores em alguns serviços.

7 – Projetos Institucionais

Com uma maior aproximação junto à Alta Administração do hospital, a Assessoria de Qualidade passou a ter um papel institucional na elaboração, implantação e acompanhamento dos projetos institucionais, com a finalidade de facilitar o alinhamento sistêmico das ações dos diversos projetos. Portanto, nasceu em 2002 essa nova frente de trabalho do Programa de Qualidade, a qual descrevemos abaixo:

O que é?

São projetos em geral multi disciplinares que atendem a todas e/ou diversas áreas do hospital. São projetos desencadeados pelo próprio hospital, pela Universidade ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com as diferentes demandas estratégicas dessas instituições.

Para que ?

Com o objetivo de desenvolver a filosofia da melhoria contínua no hospital, assim como facilitar a implantação de projetos internos, e captar recursos financeiros. Também tem o objetivo de ampliar a integração do HC com a Universidade e/ou com o Ministério da Saúde, participando dos projetos desenvolvidos a nível nacional.

Quem participa?

A participação varia de acordo com a natureza do projeto em questão, mas em geral participam as áreas relacionadas ao assunto em questão, representadas pelo seu gerente e supervisores.

Quando? Onde? Quais?

Os projetos tem sido estruturados desde 2001, e foram elaborados os seguintes:

- ◆ **Projetos para Financiamento junto ao Ministério da Saúde:**
 - ◆ Projeto de Acreditação Hospitalar – nível 1 – Infra-estrutura física e equipamentos;
 - ◆ Projeto de Reequipamento do Centro Cirúrgico (Anestesia);
 - ◆ Projeto de Equipamentos para UTI Bloco D 2º andar – UTI Geral (adulto/pediatria);
 - ◆ Projeto de Equipamentos para UTI Bloco D 3º andar – Transplantes;
 - ◆ Projeto de Reequipamento/Reforma para UTI Bloco E 2º andar – UTI Geral(adulto).
- ◆ **Programas desencadeados pelo Ministério da Saúde – participação em:**
 - ◆ **Programa de Humanização**
 - ◆ **Programa Hospital Sentinela**(Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância)
 - ◆ **Programa de Centros Colaboradores para a Gestão da Qualidade e Assistência Hospitalar** – Assessoria, atendimento e acompanhamento aos Hospitais Clientes “Fundação Beneficência Hospital de Cirurgia” em Aracaju/SE e “Hospital de Urgência de Goiânia” em Goiânia/GO, onde os trabalhos realizados encontram-se nos *Anexos 7.1 – Centros Colaboradores*.
- ◆ **Projetos desencadeados pela Unicamp:**
 - ◆ **Revisão do Organograma e Planos de Certificação das Unidades da Unicamp**
Anexo 7.2 – Organograma
 - ◆ **Planes – Planejamento Estratégico**
- ◆ **Projetos desencadeados pelo HC-Unicamp:**
 - ◆ **Projeto de Gerenciamento de Equipamentos** – Help-Desk
 - ◆ **Projeto de Modernização do Arquivo do SAME**
 - ◆ **Projeto de Capacitação em Administração Hospitalar** (*Anexo 7.3*)
 - ◆ **Projeto de Ouvidoria** (*Anexos 7.4*)

8 – Outras Atividades

*** Biblioteca**

- * Manutenção, atualização e controle de empréstimos da Biblioteca da Qualidade, contendo livros, teses, periódicos, revistas com temas relativos à Admin.Hospitalar e Gestão da Qualidade.

*** Abril a Dezembro/2002**

- * Participação no curso de pós-graduação “Capacitação Gerencial para Dirigentes Hospitalares”, patrocinado pelo Ministério da Saúde – Reforsus, através do IAHCS (Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde), com carga horária de 360 horas, incluindo a elaboração de trabalhos práticos das disciplinas do curso, referentes ao HC-Unicamp, assim como 2 trabalhos para a conclusão do curso: “Diagnóstico da Unidade Hospitalar” - abril a agosto/2002; “Plano de Intervenção – A Organização do Sistema de Referência e Contra-referência no HC-Unicamp” – agosto/2002 a janeiro/2003.

*** Mensalmente**

- * Participação na Reunião do Conselho de Administração do HC. O Conselho de Administração é o órgão deliberativo máximo do hospital e o fórum de comunicação entre o HC e a Faculdade.

*** 24/11/2001**

- * Apresentação de palestra “A Missão do Hospital das Clínicas e o Programa de Qualidade” no I Curso de Aperfeiçoamento do Grupo de Apoio Administrativo do Núcleo do Centro Cirúrgico/HC-Unicamp.

*** 26 a 28/02/2002**

- * Autoria no poster “Projeto de Melhoria de Processo na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Unicamp” apresentado no VI Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo.

*** 24 a 25/04/2002**

- * Participação no **Workshop da Enfermagem do HC-Unicamp**, promovido pelo Departamento de Enfermagem.

*** 30/04/2002**

- * Visita ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, para avaliação da possibilidade de criação do Projeto “Central de Distribuição”, com o intuito de liberar a assistência de trabalhos burocráticos, tais como transporte de pacientes, amostras laboratoriais, resultado de exames, prontuários, etc.

*** 02/05/2002**

- * Apresentação da palestra “Programa para Desenvolvimento de uma Organização de Qualidade no Hospital das Clínicas da Unicamp” na Oficina de Aperfeiçoamento Profissional dos funcionários do Serviço Social/HC-Unicamp.

- * **21 a 24/05/02**
 - * Participação do **I Seminário de Gestão da Qualidade e Assistência Hospitalar** promovido pelo Ministério da Saúde em Brasília. Apresentação do Projeto de Acreditação Hospitalar do HC-Unicamp na mesa *"Em busca da Acreditação Hospitalar – Relato de Experiências"* - **Anexo 6.4**

- * **26/07/2002**
 - * Participação no **"Prevenção de Riscos e Otimização de Resultados – base para o sistema de Acreditação "**, promovido pelo Instituto Qualisa de Gestão.

- * **12/08/2002**
 - * Participação no **Seminário Fundação como Modelo de Gestão e Gerenciamento para a Área de Saúde**, promovido pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

- * **27/08/2002**
 - * Participação na palestra **Controle de Qualidade e Acreditação do Laboratório de Anatomia Patológica**, promovida pelo Laboratório de Anatomia Patológica.

- * **19 a 23 /08/2002**
 - * Participação na VIII SISA – Semana de Integração e Soluções Administrativas, promovida pela Diretoria Geral da Administração.

- * **19/09/2002**
 - * Participação na palestra sobre Planejamento Estratégico na UFSC, promovida pela CGU-Unicamp.

- * **18/10/2002**
 - * Participação na palestra sobre o Planejamento Estratégico da EMBRAPA, promovida pela CGU-Unicamp.

- * **11 a 13/11/2002**
 - * QualiHosp 2002 - 5º Congresso de Qualidade para Serviços Hospitalares –São Paulo **Trabalhos apresentados no QualiHosp 2002:**
(Anexo 8.1 – Posterres do QualiHosp 2002 e apresentações)
 - * "Indicadores de Melhoria após Redesenho de Processo no Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas da UNICAMP" (QualiHC)
Trabalho convidado para apresentação oral em mesa de discussão
 - * "Implementação de Medidas para o Adequado Controle de Medicamentos nas Unidades de Internação do Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica II do Hospital das Clínicas da UNICAMP" (SEMC II)
Trabalho convidado para apresentação oral em mesa de discussão
 - * Padronização de Equipamentos de Proteção Individual (Epi) no Ambiente Hospitalar do Hc/Unicamp (Grupo da Ação Civil)
Trabalho apresentado em poster.

Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar – Ministério da Saúde

- * **04 a 07/12/2001**
 - * Visitas dos Hospital Cliente de Aracaju ao HC-Unicamp (RH, Informática e enfermagem).
- * **16/07/2002**
 - * Visita de avaliação a Santa Casa de Vinhedo juntamente com o Ministério da Saúde.
- * **05 a 07/08/2002**
 - * Visita do HC-Unicamp ao HUGO- Hospital de Urgência de Goiânia - para confecção do diagnóstico e dos planos de trabalhos.
- * **09 e 10/09/2002**
 - * Reunião do HC-Unicamp, HUGO e Secretaria da Saúde do Estado de Goiás
- * **22 a 26/09/2002**
 - * Visita do HUGO ao HC
- * **28 a 30/10/2002**
 - * Oficina de trabalho “Qualificação de Artigos Hospitalares”, realizada pelo HC para todas as unidades de saúde ligadas à Secretaria do Estado de Goiás
- * **28 a 30/10/2002**
 - * Visita do HC-Unicamp ao Hospital de Aracaju para acompanhamento dos trabalhos, assim como para diagnóstico e plano de trabalho nas áreas de Enfermagem e Farmácia
- * **04 a 08/11/2002**
 - * Visita do HC-Unicamp ao HUGO para confecção de diagnóstico e plano de trabalho específicos nas áreas de RH e Enfermagem

Os relatórios de todas as visitas de Diagnóstico, bem como os Planos de Trabalho e certificado da oficina podem ser vistos nos *Anexos 7.1 – Centros Colaboradores*

- * **17/10/2002**
 - * Participação na oficina de trabalho para implantação da “**Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão e Assistência Hospitalar**” do Programa Centros Colaboradores para a Gestão da Qualidade e Assistência Hospitalar, promovidos pelo Ministério da Saúde e OPAS/OMS , em Brasília.
- * **17 e 18/12/02**
 - * Participação no **Seminário de Avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Gestão da Qualidade e Assistência Hospitalar**, promovidos pelo Ministério da Saúde em Brasília. O relatório de avaliação do grupo de consultores técnicos HC-Unicamp encontra-se nos *Anexos 7.1 – Centros Colaboradores*.

III - Plano de Trabalho para 2003

Frentes de Trabalho	O que é?	Para que?	Quem participa?	Quando? Onde?	Como?
1 - Assessoria de Desenvolvimento Organizacional (ADO)	1º Fórum de Comunicação (1º nível do organograma).	Comunicação, integração. Dar diretrizes e alinhar as ações das várias áreas e/ou projetos.	Superintendência, Coordenadorias, e Assessorias.	Semanal , <u>2as.feiras</u> , 8:30 às 10hs na Superintendência.	Reuniões com a eventual participação das áreas / projetos do hospital, conforme demanda.
2 - Coffee-break	2º Fórum de Comunicação (2º nível do organograma).	Comunicação, integração. Integrar as diversas áreas / projetos e melhorias do hospital. Repassar informações do 1º Fórum (ADO).	ADO Gerentes Assistentes Supervisores Líderes de Projetos Multidisciplinares.	Mensal , <u>2.a quinta-feira do mês</u> , 8:30 às 11hs no anfiteatro da Superintendência.	Inicia-se com um coffee-break, seguido da apresentação de alguma área, projeto institucional ou de melhoria Inicia-se com o repasse das pautas da ADO.
3 - Palestras / Trocando Experiências	Ciclo de Palestras para comunicação, conscientização, educação, treinamento.	Comunicação, integração e educação. Treinar e trocar experiências sobre modelos de funcionamento e de qualidade na área de saúde.	Aberta ao público em geral-docentes, residentes, alunos, funcionários, e convidados externos. <u>Parceria:</u> RH-Des.Pessoal	Trocando Experiência bimestral , <u>4.a quinta-feira do mês</u> , 10:30 às 12hs QualiSau - Ciclo de Palestras anual -junho	Convidar palestrantes internos/externos. Organização (infra-estrutura, coffee, lista de presença, certificados, etc.)
4 - Melhoria de Processos	Metodologia própria, desenvolvida com os valores e técnicas da Gestão da Qualidade.	Desenvolver a filosofia de melhoria contínua. Revisar o funcionamento dos serviços e redesenhá-los. Implantar mudanças e melhorias nas diversas áreas.	Gerentes, lideranças e funcionários dos serviços, seus principais Clientes e Fornecedores. Em 2003: Acompanhamento das áreas DND, UTI, LAP; Novas demandas: SSPR, CC/CME/ Mat.Consignado	Constante, sob demanda priorizada pela ADO, na Superint. ou nas áreas referentes ao processo que está em estudo.	Definir objetivos, produtos/serviços, clientes/fornecedores do processo. Avaliar requisitos dos Processos na visão dos clientes e fornecedores. Propor planos de melhorias e mudanças. Criar indicadores (medir antes e depois redesenho).

Frentes de Trabalho	O que é?	Para que?	Quem participa?	Quando? Onde?	Como?
5 – 5 S	Filosofia de trabalho dos 5 sentidos: -Utilização, -Ordenação -Limpeza -Padronização -Disciplina	Desenvolver a filosofia de melhoria contínua. Educar para a prática de bons hábitos e disciplinar mais o ambiente de trabalho.	Grupo Gestor do 5S e Grupos Locais nas áreas. Parcerias: Grupo do 5S e Projeto Visite-me. Em 2003: Novas demandas no LAP, DND,CC/CME/Consignado, Refer./Contra-ref	Ação contínua nas áreas.	Aplicar metodologia nas áreas. Realizar eventos e palestras anuais para conscientizar e ensinar a filosofia em larga escala.
6 – Acreditação Hospitalar	Metodologia desenvolvida pela ONA – Organização Nacional de Acreditação e pelo Ministério da Saúde para avaliar a qualidade da assistência médico hospitalar.	Aprimorar a gestão. Implantar melhorias em larga escala. Marketing Institucional (selo de hospital acreditado – nível I) Avaliar padrões de referências de qualidade desejáveis, construídos por peritos.	Lideranças e representantes de todas as áreas do HC. Comissões da FCM e Biblioteca da FCM. Áreas fornecedoras (CEB, CEMEQ)	Constante, em todas as áreas do hospital.	Acompanhamento das ações para sanar as não conformidades referentes ao nível I da Acreditação, através da metodologia criada (pastas com Plano de Metas das áreas e grupos. Viabilização de financiamento (Projeto no Min.Saúde).
6 – Acreditação Hospitalar Projeto de Manuais	Metodologia e padrão para elaboração de manuais de normas e rotinas em todo o Hospital.	Aprimorar a gestão. Marketing Institucional (selo hospital acreditado – nível II) Adquirir hábitos para diminuir a variabilidade e padronizar os serviços. Auxiliar/treinar os profissionais na realização de suas tarefas.	Todas as áreas do HC. Todas as especialidades médicas, através da elaboração das diretrizes clínicas (protocolos). Em 2003: Áreas piloto - DND, LAP, Referência e Contra-referência.	Constante, em todas as áreas do hospital.	Implantar o padrão dos manuais em larga escala.

Frentes de Trabalho	O que é?	Para que?	Quem participa?	Quando? Onde?	Como?
<p>6 – Acreditação Hospitalar</p> <p>Projeto de Indicadores</p>	<p>Coleta, tabulação, interpretação e educação em relação aos indicadores de gestão e de desempenho dos processos.</p>	<p>Aprimorar a gestão. Marketing Institucional (selo hospital acreditado – nível III). Criar cultura institucional de gerenciamento por metas e evidências, através dos indicadores.</p>	<p>Todos os serviços do hospital.</p> <p>Em 2003: Áreas piloto - DND, LAP, Referência e Contra-referência, Pesquisa de Opinião.</p> <p>Criar o Fórum de Indicadores das Especialidades</p>	<p>Indicadores de qualidade /desempenho do processo. Indicadores de não qualidade (desperdício, etc.). Indicadores de satisfação dos clientes.</p>	<p>Através da coleta de dados manuais ou informatizados, de sua consolidação, seguido de estudos para sugerir ações que melhorem o indicador. Implantar ações e verificar por evidências sua efetividade.</p>
<p>7 - Projetos Institucionais</p>	<p>Projetos sugeridos pelo Ministério da Saúde, ou pela Universidade ou pelo Hospital.</p>	<p>Desenvolver a filosofia de melhoria contínua.</p> <p>Integração com o Ministério da Saúde e participação nos projetos desenvolvidos a nível nacional.</p> <p>Facilitar a implantação de projetos sugeridos internamente.</p> <p>Captar recursos financeiros.</p>	<p>Projetos de financiamento p/ o Ministério da Saúde</p> <p>Programa de Humanização</p> <p>Projeto Sentinela</p> <p>Programa de Centros Colaboradores</p> <p>Projeto da Ouvidoria</p> <p>Projeto de Capacitação em Adm. Hospitalar</p> <p>Revisão do Organograma e Planos de Certificação das Unidades da UNICAMP</p> <p>Planes – Planejamento Estratégico da UNICAMP</p>	<p>No âmbito de todo o Hospital das Clínicas.</p>	<p>Reuniões</p> <p>Participação na elaboração do Projeto e Planos de Ação.</p> <p>Implantação e acompanhamento das ações.</p> <p>Alinhamento sistêmico das ações dos diversos Projetos.</p>

Frentes de Trabalho	O que é?	Para que?	Quem participa?	Quando? Onde?	Como?
8 – Outras Atividades Participação no Conselho de Administração do Hospital	Fórum de Comunicação entre a FCM e o HC. É o órgão deliberativo máximo do hospital.	Comunicação, integração da FCM com o HC. Dar diretrizes, estabelecer objetivos e metas.	Composição do Conselho eleita por seus pares. Ouvintes: QualiHC e um gerente do hospital.	Mensal, 1.a 6a.feira do mês , às 9hs na sala da Congregação da FCM.	Reuniões com pauta prédefinida e a eventual participação de áreas / projetos do hospital, conforme demanda.
8 – Outras Atividades Oficinas de Trabalho	Oficinas organizadas e mediadas por facilitadores, com dinâmicas que permitam a participação de um número grande de pessoas, para estudar e propor um determinado assunto.	Educação, capacitação de lideranças. Definir e normatizar critérios sobre determinados temas.	ADO Gerentes Assistentes Supervisores Líderes de Projetos Multidisciplinares.	Esporádico sob demanda gerada pela Reitoria, ADO ou Gerências.	Apresentação do tema, seguida por exercício prático aplicável no trabalho e criação de Grupos de Trabalho . Oficina do Planejamento Estratégico (Planes)
8 – Outras Atividades Participação em Congressos	Participação em Congressos sobre Qualidade ou assuntos afins, como palestrantes, ou no envio de trabalhos científicos, ou como participantes.	Educação, capacitação de lideranças. Marketing Institucional.	Todos as áreas e/ou grupos do HC que tenham trabalhos científicos referentes à Qualidade .	QualiHosp Congressos e Seminários do Min.Saúde	Divulgação e Organização das inscrições e traslado dos interessados. Apoiar e/ou elaborar o trabalho científico, os posters e/ou elaborar as palestras para serem ministradas no Congresso.
8 – Outras Atividades Biblioteca	Biblioteca contendo livros, artigos, teses e revistas, que versem sobre temas da Qualidade, Adm.Hosp. e afins.	Educação. Prover os funcionários de material de leitura para treinamento de forma autodidata.	Público em geral.	Constante, na Superintendência do hospital.	Controle de entrada e saída dos volumes. Receber doações e compra de novos materiais.

ANEXOS

Vide disquete ANEXOS - [Relatório de 2002 e Planejamento para 2003](#)