 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 1/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Projeto de Implantação do Controle de Qualidade		Data Desta Revisão:	

Instituição Adventista Central Brasileira de Educação e Assistência Social

Janilson Beck


Karla Lemes

Normas e Rotinas de Controle de Qualidade Aplicada ao Hospital Adventista do
Pênfigo

Campo Grande – MS

2008

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 2/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Projeto de Implantação do Controle de Qualidade		Data Desta Revisão:	

Instituição Adventista Central Brasileira de Educação e Assistência Social

Frase...

“A Qualidade começa pela educação e acaba na educação. Uma empresa que progride em qualidade é uma empresa que aprende a aprender”.


(Ishikawa)

Este projeto foi elaborado com o objetivo de propor uma mudança no Desenvolvimento Organizacional, integrando os principais aspectos identificados nos modelos propostos pela Organização Nacional de Acreditação- ONA, no Hospital Adventista do Pênfigo, com a orientação de Jocelmo Mews e Odnilson Fonseca.

Campo Grande- MS

2008

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odnilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 3/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Projeto de Implantação do Controle de Qualidade		Data Desta Revisão:	

Visão

Ser um centro de referência em saúde


Missão

Promover a saúde física, mental e espiritual, seguindo o exemplo do Senhor Jesus, o Médico dos médicos

Valores

O amor a Deus e ao próximo tendo o paciente como centro das atenções, e respeito aos princípios bíblicos, a ética profissional em todas as suas esferas e a qualidade na prestação de serviços.

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:


 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 4/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Projeto de Implantação do Controle de Qualidade		Data Desta Revisão:	

Sumário

Conteúdo

Apresentação do Projeto.....	5
1. Metodologia de Trabalho	7
1.1. Identificação dos Processos.....	8
1.2. Descrição dos Processos.....	9
1.3. Discussão dos processos e idéias (brainstorming).....	11
1.4. Avaliação geral do processo (Diagrama de Ishikawa).....	11
2. Elaboração do POP	13
2.1. Ferramenta 5s.....	14
2.2. Fluxograma	15
3. Treinamento POP	16
4. Formulário de não- conformidade	18
5. Auditoria e Avaliação.....	20
Referência Bibliográfica	22

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 5/ 22
		Data Emissão:	23/06/2008
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Projeto de Implantação do Controle de Qualidade		Data Desta Revisão:	

Apresentação do Projeto

A idéia da criação do Comitê de Controle de Qualidade inspirou-se através de um conjunto de técnicas gerenciais para otimizar o fazer humano, no sentido de alcançar a qualidade máxima do que se está produzindo e que tem como importante ferramenta a estatística.

Os esforços para a melhoria da qualidade recebeu forte impulso com a introdução progressiva do controle estatístico dos resultados que se deseja atingir, num sistema planejado para alcançar a qualidade do produto final, estimulando a participação e a auto-avaliação, contendo um componente educacional muito importante, que é o incentivo a mudanças de atitudes e de comportamentos. Incentivar o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

Através desta idéia, temos como objetivo alcançar o certificado da Organização Nacional de Acreditação - ONA, que é uma organização não governamental caracterizada como: "pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo", com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral implantar um processo permanente de avaliação e de certificação de qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de saúde do País.


Assim a certificação é uma forma de organização empresarial, isto é, cada "coisa" é colocada em seu devido lugar, de maneira sistêmica, com responsabilidades e interação grupal. Essa certificação ajuda as empresas a entenderem o que se passa internamente, como realmente funcionam e, de certa forma, orienta como devem tratar seus processos; as suas não conformidades; os seus eventos; os fatores potenciais de risco; os incidentes e danos; e para atuarem de forma preventiva e corretiva, utilizando planos de ação e análises críticas de tal sorte e preparo que desvios não ocorram novamente.

Alguns benefícios podem ainda estar implícitos como, oportunidade de alavancar a imagem da imprensa, promover um marketing positivo e ativo de comunicação, mudar o foco da correção para a prevenção, mobilizar as pessoas em torno de um objetivo comum e assim seguir na mesma direção com maior força e perseverança, reduzir desperdícios e custos por retalho, subutilizações e baixa produtividade.

Por isso, um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e perseverança são elementos chave nesses processos e talvez o maior desafio para qualidade e certificação.

A certificação não é um objeto que se pendura na parede para servir de mostruário ou enfeite. Também não é adequado ser encarada como a salvação pra uma organização. É sim, e de fato, um grande passo para se manter no mercado competitivo. Não é algo passageiro ou moda

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 6/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Projeto de Implantação do Controle de Qualidade		Data Desta Revisão:	


contemporânea. Esse trabalho é pautado em evidências concretas, fruto de passos analisados e escalados criteriosamente, na busca de excelência e melhoria contínua para a qualidade e a segurança de todos.

Importância do comprometimento de todos

É de suma importância o comprometimento de todos os funcionários da instituição, no processo de Controle de Qualidade, a fim de que tomem iniciativas do tipo controle de qualidade, identificação de defeitos, participação em grupos de melhorias e outras formas de ação que requerem disposição para participar, para que a instituição possa alcançar a qualidade máxima do que está produzindo.

O caminho do hospital em direção a excelência não é uma linha reta e tampouco pode ser comparado a uma corrida de curta distância. Ao contrário, a melhor analogia aplicada é a de uma maratona. Trata-se de um desafio, que a organização só conseguirá com a mobilização e com o comprometimento de todos, rumo a excelência.

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/1	Pág: 7/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Metodologia e Ferramentas de Trabalho		Data Desta Revisão:	

1. Metodologia de Trabalho

O objetivo, como já foi mencionado na apresentação é obter o certificado de qualidade para os serviços prestados. Mas esta acreditação deverá ser uma consequência da mudança de conceitos e atitude sobre atendimento, segurança do paciente, visão proativa constante dos gestores e colaboradores, aprimoramento nas ferramentas de trabalho, gerenciamento de riscos e muitas outras variáveis que integram a realidade hospitalar. Não é o objetivo do Comitê da Qualidade apenas preparar os itens legais para atender as exigências do órgão certificador, mas sim preparar o Hospital para um contínuo crescimento e principalmente que isto se torne o círculo virtuoso da qualidade.


Para isso será necessário trabalhar em duas áreas concomitantemente:

- ü Identificação dos riscos ou não conformidades e o gerenciamento destes com foco na segurança do paciente (baseado no Relatório de Diagnóstico);
- ü Elaboração do manual de Procedimentos Operacionais Padrão

1.1. Identificação dos Riscos e o gerenciamento dos mesmos

- ü Reunir os gerentes, conscientizar e criar um vínculo de responsabilidade para a qualidade;
- ü Passar para o grupo a metodologia de trabalho, os modelos de relatórios, etc.;
- ü Avaliar e dividir o Hospital em áreas de atuação para avaliação do relatório de diagnóstico;
- ü Definir cronograma de reuniões objetivas para análise do diagnóstico e definição dos indicadores;
 - Reuniões curtas (de 30m a 1h);
 - Devem já ter assuntos predefinidos;
 - Priorizar os itens a serem ajustados (reunião de avaliação do Diagnóstico);
 - Toda melhoria deve ter em mente melhorias futuras ou oportunidade de crescimento
 - Estimular a criatividade dos colaboradores para resolução dos problemas;
 - Orientar os envolvidos sobre as questões legais ou normatizadas;
 - Definir prazo e o planejamento das medidas a serem tomadas (ações, investimento, mudança no processo, etc.) para resolução dos problemas;
 - O ideal é que se discuta apenas o assunto proposto, e se surgir outro de relevância, este deverá ser acrescentado no diagnóstico para futura resolução;
- ü Formalizar ata destas reuniões com os assuntos tratados e as ações e prazos a serem cumpridos definidos pelo grupo;
- ü Marcar e confirmar data da próxima reunião de confirmação dos itens e avaliação de outros;
- ü Periodicamente deverá ser avaliado o check-list do diagnóstico para visualização dos itens resolvidos e os pendentes;
- ü Montar gráfico por departamento visualizando a situação atual do mesmo com relação ao relatório;

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/1	Pág: 8/22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Metodologia e Ferramentas de Trabalho		Data Desta Revisão:	

1.2. Elaboração do manual de Procedimentos Operacionais Padrão

- ü Reunir os gerentes e explicar como elaborar o POP e as ferramentas* que poderão ser usadas;
- ü Avaliar quais deverão ter um acompanhamento mais específico;
- ü Disponibilizar material de consulta e modelos;
- ü Avaliar periodicamente a elaboração dos mesmos e a normatização;
- ü Avaliar a necessidade de reuniões com todos os colaboradores sobre elaboração dos POPs;
- ü Os POPs deverão ser descritos e elaborados pelos colaboradores executantes do processo; Definir formulários, manuais, etc.


Identificação dos Processos

Preenchimento do formulário 1 – Descrição de Função:

- ü Deverá ser preenchido por cada colaborador do departamento quando as funções forem distintas, caso sejam iguais preencher um formulário para todos;
- ü Descrever os processos de forma resumida, apenas as atividades desempenhadas, sem mencionar detalhes de como este processo é desenvolvido;

- ü Exemplo do formulário: 1 – Descrição de Função

Formulário para descrição de função			
Título do cargo: Enfermeira CCIH			
Nome do colaborador: Marilange Sampaio Rossi			
Departamento: CCIH			
Data da admissão: 01/08/1997		Data Entrada Dpto.: 01/01/2007	
1- Supervisionar técnica de Lavagens de mãos.			
2- Supervisionar técnica de Aspiração Endotraqueal			
3- Supervisionar técnica de Passagem de Sonda Vesical de Demora (pedir urocultura)			
4- Supervisionar técnica de Curativos Contaminados			
5- Supervisionar técnica de Curativos limpos			
6- Supervisionar técnica de Punção Venosa			
7- Supervisionar técnicas de Isolamento			
8- Controlar e planejar a imunização dos Funcionários			
3-Assinatura		Data: 03/07/2008	
Colaborador		Superior Imediato	
Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes		Data: Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/1	Pág: 9/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Metodologia e Ferramentas de Trabalho		Data Desta Revisão:	

Aplicação da ferramenta Matriz GUT:

- ü Está tabela é uma forma de se tratar os processos ou problemas com o objetivo de priorizá-los. Leva em conta a gravidade, a urgência e a tendência de cada problema;
- ü Deverá ser feita com a participação de todos os membros do departamento (colaboradores envolvidos no processo), de forma a estabelecer as prioridades a serem implantadas ou resolvidas;
- ü Deverá haver consenso entre os membros do grupo, sobre as notas dadas aos processos;
- ü Os processos que obtiverem o resultado mais alto deverão ser desenvolvidos primeiro.

Parâmetros da Matriz GUT

PONTOS	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA
5	Os prejuízos ou dificuldades são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito, o agravamento é imediato
4	Muito graves	Com alguma urgência	Vai piorar a curto prazo
3	Graves	O mais cedo possível	Vai piorar a médio prazo
2	Pouco graves	Pode esperar um pouco	Vai piorar a longo prazo
1	Sem gravidade	Não tem pressa	Não vai piorar ou pode melhorar


Exemplo:

DEPARTAMENTO: CCIH	Gravidade	Urgência	Tendência		
Função: ENFERMEIRA CCIH					
Processos:	G	U	T	GxUxT	Prioriz.
Supervisionar técnica de Lavagens de mãos.	5	5	5	125	1º
Supervisionar técnica de Punção Venosa	5	5	5	125	2º
Supervisionar técnica de Passagem de Sonda Vesical de Demora (pedir urocultura)	5	4	5	100	3º
Supervisionar técnica de Curativos limpos	5	4	4	80	4º

Descrição dos Processos

- ü O Colaborador irá descrever no formulário 2 – Formulário Descrição de Processo, as rotinas operacionais já identificados no formulário 1 e priorizado na Matriz GUT;

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/1	Pág: 10/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Metodologia e Ferramentas de Trabalho		Data Desta Revisão:	

- ü Neste formulário o colaborador descreve detalhadamente o processo desenvolvido, sem deixar de mencionar qualquer particularidade, mas de forma objetiva;
- ü Usar a ferramenta 5W1H para contemplar todas as etapas do processo;


5W 1H	
WHAT (o que será feito)	
WHERE (onde será feito)	
WHY (por que será feito)	
WHO (quem irá fazer)	
WHEN (quando irá ser feito)	
HOW (como será feito)	

- ü Com a aplicação da ferramenta acima, será possível a descrição do processo de forma objetiva e sem perda de detalhes relevantes.

Exemplo:

Descrição do processo	
1-Identificação: Faturamento de Guias Ambulatoriais Departamento: Faturamento Título do cargo: Menor Aprendiz	Data: 01/07/2008
2-Descrição do processo:	
a) Recebimento das guias ambulatoriais diariamente até as 9:00h da manhã junto ao departamento de compras, com Robinson Gilvete.	
b) Protocola o recebimento das guias que estiverem com os seguintes campos devidamente preenchidos: <ul style="list-style-type: none"> • Nome • Data atendimento • Assinatura do Médico e Paciente • CRM ou Carimbo do Médico 	
c) Providencia o acerto nas guias que não estão devidamente preenchidas junto a Responsável pelo Faturamento e devolve as demais para correção da recepção sem protocolar o recebimentos das mesmas, colocando o motivo da devolução e solicitando o protocolo de devolução da recepção.	
d) Encaminha as guias separadas por convênios para os seguintes responsáveis pelo faturamento destas: Rosenira e Franciele	
e) Arquiva o protocolo de recebimento na pasta "Protocolo Consultas" sendo que estas pastas deverão ser do modelo suspensas e dividas por mês.	

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/1	Pág: 11/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Metodologia e Ferramentas de Trabalho		Data Desta Revisão:	

Discussão dos processos e idéias (brainstorming)

Conhecida como “tempestade de idéias”, o brainstorming é uma técnica de auxílio na criação de um detalhamento de idéias sobre determinado assunto, sem inibições e em curto intervalo de tempo. Normalmente é conduzida por membros da equipe ou departamento, que se reúnem em torno de uma mesa e devem indicar uma pessoa para secretariar.

Em uma “seqüência estruturada de trabalho”, em que cada participante se expressa por vez, permitindo a participação de todos, a obtenção de idéias convergentes, a identificação de problemas e o levantamento das causas prováveis, com o objetivo de criar e detalhar idéias na busca de soluções.

Uma vez selecionadas as idéias em consonância com o foco, estas são agrupadas por “parentescos” ou semelhança de conteúdo, e de forma a gerar subtítulos ou múltiplas respostas.

Será usado após a definição e descrição do Processo atual juntamente com colaboradores envolvidos no POP e a Equipe da Qualidade. Também poderá ser usado após a descrição do processo se este ainda não estiver aplicável ou não oferecer resultados satisfatórios.

Avaliação geral do processo (Diagrama de Ishikawa)

Esta ferramenta é muito eficiente na identificação das causas e efeitos relacionados com a maioria dos problemas detectados em uma organização.

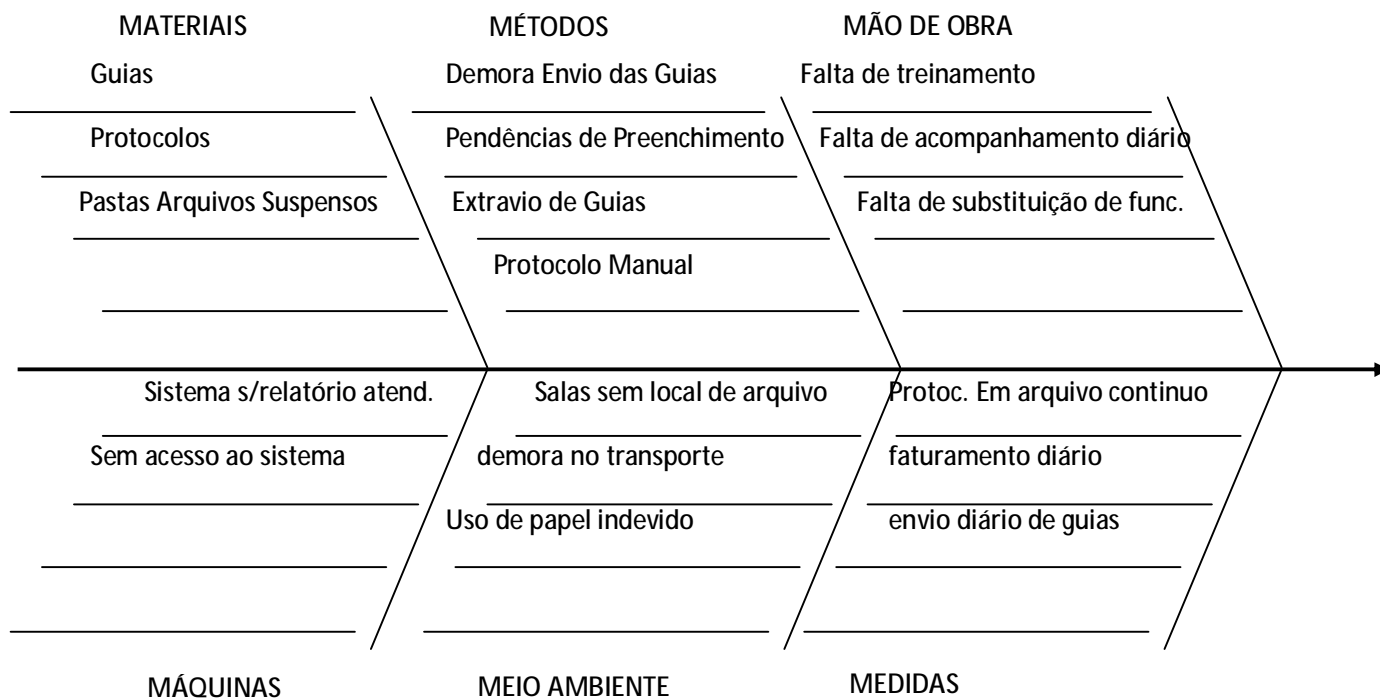
Os diagramas Espinhas de Peixe têm também um papel decisivo na identificação de possíveis novo gargalos gerando assim uma ação preventiva e não corretiva.


Poderá ser usado em qualquer momento após a rotinização do departamento.

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odnilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:



Diagrama de Ishikawa (Modelo)



 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/2	Pág: 13/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Elaboração do POP		Data Desta Revisão:	

2. Elaboração do POP

Em inglês: Standart Operating Procedure, o procedimento operacional padrão- POP, é uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade


Considerada como o instrumento mais simples do rol das informações técnicas e gerenciais da área de qualidade, as Instruções de Trabalho- IT, também conhecidas como NOP (Norma Operacional Padrão) ou POP (Procedimento Operacional Padrão), tem uma importância capital dentro de qualquer processo funcional, cujo objetivo básico é o de garantir, mediante uma padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada.

Quando é feito uma elaboração de um IT, mais importante do que a forma, é essencial colocar todas as informações necessárias ao bom desempenho da tarefa, e não deve ser ignorado que a instrução é um instrumento destinado a quem realmente vai executar a tarefa, ou seja, o operador. Preferencialmente, as IT deverão ser "elaboradas" pelos próprios operadores.

Neste processo torna-se mais importante ainda o uso da ferramenta 5W1H

5W 1H	
WHAT (o que será feito)	
WHERE (onde será feito)	
WHY (por que será feito)	
WHO (quem irá fazer)	
WHEN (quando irá ser feito)	
HOW (como será feito)	

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odínilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/2	Pág: 14/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Elaboração do POP		Data Desta Revisão:	


2.1. Ferramenta 5s

Na elaboração do POP os colaboradores deverão usar a ferramenta 5S, o uso desta permite promover a imediata mudança do ambiente físico em torno do colaborador.

O 5S É A BASE PARA QUALQUER PROGRAMA DE QUALIDADE TOTAL.

5S JAPÃO – 1950		
SEIRI	SENDO DE UTILIZAÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> • UTILIZAR OS RECURSOS DE ACORDO COM A NECESSIDADE E ADEQUAÇÃO; • EVITAR EXCESSOS, DESPERDÍCIOS E MÁ UTILIZAÇÃO; • MANTER NO LOCAL DE TRABALHO SOMENTE OBJETOS E DADOS NECESSÁRIOS.
SEITON	SENDO DE ORDENAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • QUARDAR OS ITENS DE FORMA SISTEMÁTICA; • CONSIDERAR OU REPENSAR O LAYOUT COMO FATOR MUITO IMPORTANTE; • FAZER USO DA COMUNICAÇÃO VISUAL
SEISOU	SENDO DE LIMPEZA	<ul style="list-style-type: none"> • EDUCAR-SE PARA NÃO SUJAR; • LIMPAR O QUE ESTÁ SUJO; • INSPECIONAR ENQUANTO LIMPA; • DESCOBRIR E ELIMINAR FONTES DE SUJEIRA; • <u>QUEM LIMPA INSPECIONA PARA NÃO SUJAR!</u>
SEIKETSU	SENDO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • CRIAR CONDIÇÕES ADEQUADAS DE ILUMINAÇÃO, VENTILAÇÃO E DE SEGURANÇA; • EVITAR A POLUIÇÃO DO AR, DA ÁGUA, SONORA E VISUAL; • NÃO REUTILIZAR DESCARTÁVEIS; • TER PRODUTOS DE PRIMEIROS SOCORROS SEMPRE EM CONDIÇÕES DE USO.
SHITSUKE	SENDO DE AUTODISPLINA	<ul style="list-style-type: none"> • SER CRIATIVO; • TER PADRÕES SIMPLES; • TER PACIÊNCIA E PERSISTÊNCIA • PREVISIBILIDADE DE RESULTADOS; • AUTO-INSPEÇÃO E AUTOCONTROLE; • MELHORIA CONTÍNUA A NÍVEL PESSOAL E ORGANIZACIONAL; • CRIAÇÃO DE NOVOS HÁBITOS.

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odínilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/2	Pág: 15/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Elaboração do POP		Data Desta Revisão:	

2.2. Fluxograma

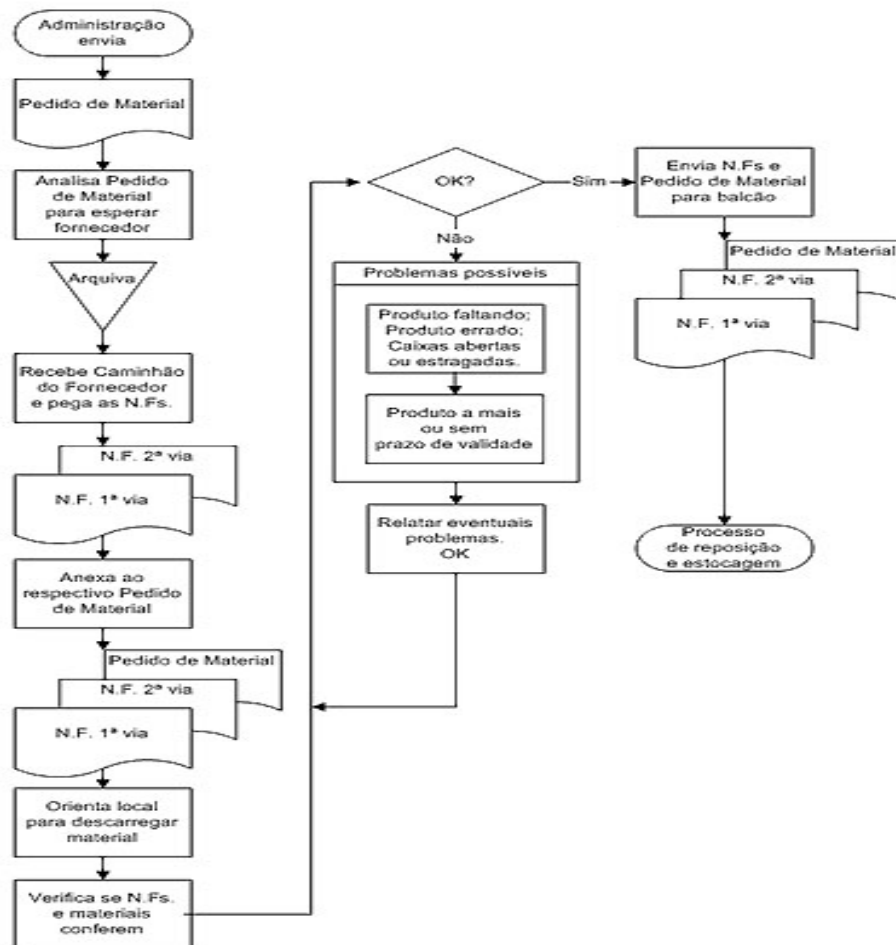
O fluxograma é um tipo de diagrama, e pode ser entendido como uma representação esquemática de um processo, muitas vezes feito através de gráficos que ilustram de forma descomplicada a transição de informações entre os elementos que os compõem. Podemos entendê-lo, na prática, como a documentação dos passos necessários para a execução de um processo qualquer.

Caracteriza as operações e os agentes executores e tem como ponto de partida o levantamento da rotina de um determinado processo, identificando- se entradas e seus fornecedores, padrões de entrada, operações, órgãos e pessoas responsáveis, saídas e seus clientes e padrões de saída.


Preferencialmente, cada procedimento operacional padrão terá seu fluxograma.

Fluxograma (Exemplo:)

Recebimento de Mercadorias



Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/3	Pág: 16/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Treinamento do POP		Data Desta Revisão:	

3. Treinamento POP

Segundo Chiavenato (1994, p. 126), treinar é “o ato internacional de fornecer os meios para proporcionar a aprendizagem”, é educar, ensinar, é mudar o comportamento, é fazer com que as pessoas adquiram novos conhecimentos, novas habilidades, é ensiná-las a mudar de atitudes. Treinar no sentido mais profundo é ensinar a pensar, criar e a aprender.

A missão do treinamento pode ser descrita como uma atividade que visa: ambientar os novos funcionários; fornecer aos mesmos novos conhecimentos; desenvolver comportamentos necessários para o bom andamento do trabalho e, atualmente vem tendo a sua maior missão que é o de conscientizar os funcionários da importância de auto- desenvolver- se e de buscar o aperfeiçoamento contínuo.


Ao se treinar um empregado, este pode se sentir prestigiado perante sua empresa, pois desta forma ela demonstra sua preocupação em capacitar bem seus profissionais, dando- lhe a oportunidade de crescimento pessoal e profissional. O treinamento é uma responsabilidade gerencial, preocupando- se em capacitar sua equipe, cuidando para que ela receba treinamento adequado continuamente.

Para se elaborar um programa de treinamento é fundamental identificar os seguintes pontos: 1- público alvo; 2- objetivo; 3- definição dos temas; 4- metodologia; 5- processos e técnicas; 6- plano de aula; e 7- tempo e custo.

Os resultados esperados com um Programa de Treinamento são:

- 1- Aumento da produtividade;
- 2- Melhoria na qualidade dos resultados;
- 3- Redução de custos, retrabalho, etc;
- 4- Otimização da eficiência;
- 5- Elevação do saber;
- 6- Aumento das habilidades;
- 7- Redução dos riscos de acidentes;
- 8- Melhoria do clima organizacional;
- 9- Redução do absenteísmo; e
- 10- Redução do turn- over.


Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/4	Pág: 19/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Relatório de Não Conformidade		Data Desta Revisão:	

Após a avaliação da não conformidade, é preenchido o formulário de reposta da não conformidade onde é descrito as ações a serem tomadas.

5- Ação a ser tomada:
Responsável pela tomada da ação:
Previsão de implementação da ação:
5.5-Acompanhamento da implantação da ação:
Eficaz? () Sim () Não. Por quê?
Data:
6-Assinaturas:
Aprovação do Comitê da Qualidade:
Janilson Marafiga Karla Lemes
Aprovação da diretoria:
Odinilson Fonseca Jocelmo Mews

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafiga Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/5	Pág: 20/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Auditoria e Avaliação		Data Desta Revisão:	

5. Auditoria e Avaliação

A importância da auditoria na avaliação dos controles internos do hospital, busca a eficiência operacional. Um dos pontos-chave para alcançar tal propósito são a integração e a sinergia entre os diversos departamentos. Destaca-se que, nesse novo cenário, essa política é de responsabilidade de todos os funcionários e não mais de interesse exclusivo de profissionais de auditoria.

A avaliação dos POPs é o meio pelo qual a adequação e efetividade são analisadas, visando garantir a continuidade de todos os negócios da instituição. Esse mecanismo deve ser sempre repetido como incentivo a constantes melhorias, certificando-se que cada uma de suas etapas seja devidamente documentada.


Para auditoria dos processos e rotinas será usado o formulário anexo, sendo que os itens de controle serão extraídos especificamente dos POPs já aprovados pelo Comitê de Qualidade e pela Administração do Hospital.

As auditorias poderão ser feitas em períodos pré-determinados com a Gerência de cada departamento, ou poderá ser feita a qualquer momento desde que:

- Não interrompa o atendimento ao cliente;
- Não cause algum constrangimento externo;
- Não interrompa algum processo de emergência;

O relatório de auditoria será encaminhado para os Gerentes e para a Administração do Hospital para devidos ajustes.

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafija Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:


 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148/5	Pág: 21/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Auditoria e Avaliação		Data Desta Revisão:	

INST. ADV. CENTRAL BRASILEIRA DE EDUC. E ASSIST. SOCIAL
DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA
Formulário de Revisão e Controle
60.833.910/0012-30

Entidade: <u>HOSPITAL ADVENTISTA DO PÊNFIGO</u>
Mês: _____ Auditor Interno: _____

FATURAMENTO			
Item	Discriminação	Possíveis	Avaliação
1	ARQUIVO		
1.1	Organização	1	
1.2	Verificar sistema de arquivos	1	
	Pontuação Máxima neste item	2	
	Pontuação Alcançada neste item	0	
	Percentual Alcançado neste item	0,00%	NR
2	CONTROLES e PROCEDIMENTOS		
	Verificar existência de rotinas de controles internos e formulário de atividades	4	0
	Verificar cópia de contratos com todos os convênios	1	0
2.1	Todas as faturas contabilizadas no dia	1	0
2.2	Todos os recebimentos contabilizados no dia	1	0
2.3	Contas glosadas - processo diário de verificação	1	0
2.4	Controle das datas de envio das faturas aos convênios - conferir envio regular	1	0
2.5	Controle de acompanhamento das glosas recursadas - acompanham do pagamento	1	0
2.6	Ter controle dos contatos efetuados com convênios para receber os recursos	1	0
2.7	Verificar rotina de cobrança dos convênios	1	0
2.8	Conferir pendências a pagar aos médicos	1	0
2.9	Análise das contas a receber dos convênios- existência e controle	1	0
	Pontuação Máxima neste item	15	
	Pontuação Alcançada neste item	0	
	Percentual Alcançado neste item	0,00%	NR
	PONTUAÇÃO MÁXIMA TOTAL	17	
	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	0	
	Percentual Alcançado	0,00%	NR
4	Critérios de Avaliação e Pontuação		
6.1	Excelente - de 96% a 100%	5	E
6.2	Muito Bom - de 81% a 95%	4	MB
6.3	Bom - de 61% a 80%	3	B
6.4	Regular - de 31% a 60%	2	R
6.5	Insatisfatório - de 01% a 30%	1	I
6.6	Não realizado - 0%	0	NR

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafija Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data:

 HOSPITAL ADVENTISTA do PÊNFIGO	Procedimento Operacional Padrão - POP	NR: POP 148	Pág: 22/ 22
		Data Emissão: 23/06/2008	
Manual de Rotina do Departamento de Controle de Qualidade		Revisão N°:	
Referência Bibliográfica		Data Desta Revisão:	

Referência Bibliográfica

1- COUTO, R.C., PEDROSA T.M.G. Hospital – Acreditação e Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2007.

2- FELDEMAN, L.B. Gestão de Risco e Segurança Hospitalar – Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas e Monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

3- CHIAVENATO, Idalberto. Gerenciando pessoas. 2 edição. São Paulo: Makron Books, 1994.

Elaboração:		Aprovação da CCIH/SESMET:	
Aprovação Comitê da Qualidade: Janilson Beck Marafija Karla Lemes	Data:	Aprovação da Diretoria: Odinilson Fonseca Jocelmo Mews	Data: