

JUCILENE BATISTA MOTA

Auto avaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalares

São Paulo

2016

JUCILENE BATISTA MOTA

Auto avaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalares

Monografia apresentada à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Especialista em Gerenciamento de Facilidades – MBA / USP.

Área de Concentração: Engenharia de Construção Civil

Orientador:
Prof. Dr. Moacyr E. A. da Graça

São Paulo

2016

Catálogo-na-publicação

Mota, Jucilene

Auto avaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalares / J. Mota --
São Paulo, 2016.
100 p.

Monografia (MBA em Gerenciamento de Facilidades) - Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de
Construção Civil.

1.Gerenciamento de Facilidades 2.Acreditação Hospitalar 3.Desempenho
4.Auto avaliação I.Universidade de São Paulo. Escola Politécnica.
Departamento de Engenharia de Construção Civil II.t.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Moacyr E. A. da Graça, pelo aprendizado proporcionado, apoio e orientação da qualidade deste trabalho.

Aos colegas e amigos da Turma GF 2013, pelo companheirismo, troca de experiências e momentos gratificantes.

Aos meus pais Antonia e Edson, pelo exemplo de determinação, carinho e apoio sempre em toda minha formação acadêmica.

Ao meu esposo Hamilton pela compreensão nos momentos em que tive que me dedicar à elaboração deste trabalho.

E a todos que colaboraram, direta e indiretamente, na execução deste trabalho.

“Só quando a última árvore for derrubada, o último peixe for morto e o último rio for poluído é que o homem perceberá que não pode comer dinheiro”.

Provérbio Indígena

“Nossa tarefa deveria ser nos libertarmos... aumentando o nosso círculo de compaixão para envolver todas as criaturas viventes, toda a natureza e sua beleza”.

Albert Einstein

RESUMO

O Gerenciamento de Facilidades – GF hospitalar tem papel relevante em diversas perspectivas, tais como a otimização de recursos, frente ao subfinanciamento do setor saúde, a segurança das instalações ao processo assistencial, atendendo as necessidades dos usuários e suportando o core business por meio de processos efetivos. Para tanto, há a necessidade de planejamento e embasamento, os quais foram desenvolvidos nesta monografia a partir dos principais programas de acreditação hospitalar. Este trabalho apresenta os requisitos de desempenho das atividades que compõem o gerenciamento de facilidades em edificações hospitalares, bem como metodologia para auto avaliação gerencial destes processos, para conduzir ao melhor desempenho das atividades e serviços de apoio. Estes requisitos foram direcionados a partir das perspectivas do *Balanced Scorecard – BSC*, o qual foi a base para a proposição de um BSC próprio ao Gerenciamento de Facilidades Hospitalar. Assim, evidenciando a contribuição estratégica do GF nas edificações hospitalares e conseqüente benefício para a população usuária dos serviços de saúde.

Palavras-chave: gerenciamento de facilidades, acreditação hospitalar, desempenho, auto avaliação.

ABSTRACT

The Facilities Management - FM hospital has an important role in various perspectives, such as the optimization of resources, compared to the underfunding of the health sector, security of facilities to the care process, meeting the needs of users and supporting the core business through processes effective. Therefore, there is the need for planning and embasement, which were developed in this monograph from the main hospital accreditation programs. This paper presents the performance requirements of the activities that make up the management of facilities in hospital buildings, as well as a methodology for self assessment of these processes, to lead to better performance of activities and support services. These requirements were directed from the perspectives of the Balanced Scorecard - BSC, which was the basis for the proposal of a BSC itself to the Hospital Facilities Management. Thus highlighting the strategic contribution of FM in hospital buildings and consequent benefit to the users of the health services.

Keywords: facility management, hospital accreditation, performance, self assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1: Número de leitos por mil habitantes	12
Figura 2: Hotel Dieu Paris – primeiras edificações hospitalares.....	21
Figura 3: Hotel Dieu Paris – edificação contemporânea.....	22
Figura 4: Enfermaria Nightingale	23
Figura 5: Pirâmide de atenção à saúde	26
Figura 6: Representação planejamento estratégico em saúde.....	30
Figura 7: Domínios principais do gerenciamento de facilidades hospitalar	56
Figura 8: Índice do roteiro para avaliação do sistema gerencial de facilidades	80
Figura 9: BSC para o Gerenciamento de Facilidades Hospitalar	83
Figura 10: Resultado geral ao aplicar o questionário	87
Figura 11: Percentual geral de itens atendidos	88
Figura 12: Percentual de itens atendidos por perspectiva do BSC	88
Figura 13: Percentual de itens atendidos para os oito blocos.....	89
Figura 14: Análise detalhada bloco Uso	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais metodologias de acreditação hospitalar no Brasil.....	34
Tabela 2: Escopo GF hospitalar – perspectiva serviços	42
Tabela 3: Etapa de análise de projeção – IHFMM.....	47
Tabela 4: Semelhanças entre FMEP e BCS no GF.....	49
Tabela 5: Requisitos do PNASS ao GF	59
Tabela 6: Requisitos do CQH ao GF.....	63
Tabela 7: Requisitos do Qmentum ao GF	67
Tabela 8: Requisitos da JCI ao GF.	74
Tabela 9: Blocos de assuntos X Perspectivas BSC	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI	Accreditation Canada International
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
APH	Atendimento pré hospitalar
APM	Associação Paulista de Medicina
APPA	Organização educacional para o desenvolvimento do GF
AVCB	Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros
BIFM	<i>British Institute of Facilities Management</i>
BPI	<i>Building Performance Indicator</i>
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CNS	Confederação Nacional de Saúde
CAFM	<i>Computer-Aided Facility Management</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CAAH	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMMS	<i>Computerised maintenance management system</i>
Conama	Conselho Nacional de Meio Ambiente
CQH	Compromisso com a qualidade hospitalar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamentos de proteção individual
<i>FMEP</i>	<i>Facilities Management Evaluation Program</i>
FMS	Facility Management and Safety
GF	Gerenciamento de Facilidades
IFMA	<i>International Facility Management Association</i>
<i>IHFMM</i>	<i>Integrated healthcare facility management model</i>
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
JCA	Joint Commission on Accreditation
JCI	Joint Commission International
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACQS	Programa Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde
PMOC	Plano de Manutenção Operação e Controle
PNGS	Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimentos Operacional Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente

RFID	Identificação por radiofrequência
ROPs	Práticas organizacionais obrigatórias
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de informação e comunicação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Justificativa	17
1.2. Objetivos da pesquisa.....	17
1.3. Metodologia da pesquisa	18
2. INTERFACE DA GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR E O GERENCIAMENTO DE FACILIDADES.....	20
2.1. Histórico das instituições hospitalares	20
2.2. A evolução dos processos de gestão.....	24
2.3. Gestão da qualidade em hospitais	31
2.4. Gerenciamento de facilidades no contexto hospitalar	36
2.4.1. Desempenho do gerenciamento de facilidades.....	48
3. REQUISITOS DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR AO GERENCIAMENTO DE FACILIDADES.....	57
3.1. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS.....	58
3.2. Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH.....	62
3.3. Accreditation Canada International – ACI.....	66
3.4. Joint Commission International - JCI.....	74
4. ROTEIRO PARA AUTO AVALIAÇÃO DO SISTEMA GERENCIAL DE FACILIDADES HOSPITALARES	79
4.1. Proposição de modelo de BSC para o GF hospitalar	83
5. ESTUDO DE CASO - AVALIAÇÃO DO SISTEMA GERENCIAL DE FACILIDADES EM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO.	87
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
8. APÊNDICE – ROTEIROS DE AVALIAÇÃO.....	99

1. INTRODUÇÃO

O segmento de saúde caracteriza-se pela complexidade dos diversos processos que acontecem concomitantemente com o objetivo de promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Estas ações invariavelmente são realizadas nos equipamentos de saúde, os quais são traduzidos em hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas, serviços de apoio diagnóstico e tratamento, pertencentes ao sistema público ou privado.

Em termos de demanda, oferta e financiamento, apesar de essenciais, os serviços de saúde encontram-se subdimensionados. Segundo a Confederação Nacional de Saúde – CNS (2015), atualmente o Brasil dispõe de 496 mil leitos, sendo 343 mil pertencentes ao Sistema Único de Saúde e 153 mil leitos ao sistema privado ou suplementar, para atender uma população de aproximadamente 190 milhões de habitantes. Em termos quantitativos, o Conselho Federal de Medicina informa que o Brasil tem 2,3 leitos por mil habitantes, taxa inferior à do padrão estabelecido pela Organização Mundial da Saúde que prevê de 3 a 5.

Esta taxa é equivalente à média das Américas, mas inferior à média mundial (2,7), ou mesmo da Argentina, com 4,7. Na figura adiante é possível comparar o Brasil com os outros países:

Figura 1: Número de leitos por mil habitantes

País	Leitos Hospitalares (por 1.000 habitantes)
Alemanha	8,2
França	6,4
Argentina	4,7
Austrália	3,9
Espanha	3,1
Reino Unido	2,9
Canadá	2,7
Suécia	2,7
Brasil	2,3
Média das Américas	2,3
Média Global	2,7

Fonte: portal Conselho Federal de Medicina

Apesar do CFM considerar o número insuficiente, este conceito pode ser questionável, já que países como a Suécia aparecem como 2,7 leitos por mil habitantes, logo depois do Brasil, no entanto, ao considerar o índice de desenvolvimento humano, a Suécia ocupa a posição número 14, enquanto o Brasil está na posição número 79, conforme o relatório do Programa para Desenvolvimento das Nações Unidas – PNUD (2014). Indubitavelmente, os programas de promoção à saúde seguidos pelos países previnem o adoecimento populacional, logo refletindo na menor necessidade de hospitalização.

Nesta mesma linha, Tajra (2006) apresenta o conceito da pirâmide de atenção à saúde, no qual são estabelecidos três grandes eixos, a atenção primária, secundária e terciária. Na base situa-se a atenção primária, voltada à promoção da saúde e prevenção das doenças mais comuns nas especialidades básicas, seguida pela atenção secundária, que tem foco no atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas e por fim a atenção terciária, que atende as situações de maior complexidade. Desta forma, os equipamentos de saúde disponíveis deveriam ser dimensionados e planejados nesta mesma proporção.

A pirâmide de atenção à saúde considera o direcionamento de maiores investimentos em sua base, para a atenção primária, onde as ações de promoção e prevenção à saúde garantissem o menor adoecimento da população, assim o uso da rede de atenção secundária e terciária, ou seja, os hospitais gerais e especializados, teria melhor performance. Mendes (2013), afirma que de acordo com o Plano Metropolitano de Saúde, de 1983, a cidade de São Paulo deveria ter hoje um posto de saúde (atenção primária) para cada 20 mil habitantes, mas atualmente existem 388, quando a necessidade seria de ao menos 500 unidades.

Em relação ao financiamento, o setor saúde é regulamentado pela Emenda Constitucional - EC 29, que estabelece o repasse mínimo orçamentário pelas esferas federal, estadual e municipal. Em estudo sobre o cumprimento da EC 29, Campelli (2007) informa que apenas 52% dos estados

atingiram o repasse de 15% exigidos, representado 48% de inadimplentes no ano de 2003. Com isso, apenas entre os anos 2000 e 2003 os SUS deixou de receber R\$ 7,09 bilhões, sendo R\$ 5,29 bilhões pelos Estados e R\$ 1,8 bilhões da União.

Tendo em vista a deficiência na oferta e financiamento dos serviços de saúde, suas estruturas, ou seja, edificações, sistemas prediais, mobiliários, equipamentos médicos e patrimônios de um modo geral acabam tendo um uso muito intenso e disputado. Esta condição propicia a um desgaste maior e também aumento dos riscos de funcionamento, os quais são acentuados caso não haja a devida manutenção. Exemplos de riscos envolvendo desabastecimentos nos hospitais são as falhas nos suprimentos do sistema elétrico ou funcionamento inadequado dos equipamentos médicos, que podem resultar em consequências desastrosas, com agravos à saúde do paciente. Assim, o gerenciamento eficiente dos sistemas prediais e patrimônios em hospitais ganha maior visibilidade e importância, sendo este o foco de atuação do Gerenciamento de Facilidades - GF.

A característica principal do GF hospitalar diz respeito ao próprio *corebusiness*¹, o qual lida com o atendimento à saúde e este depende, além da qualidade dos profissionais responsáveis pela assistência, também do perfeito funcionamento dos sistemas prediais. Neste sentido, Palombo (2007), destaca os riscos de desabastecimento em hospitais:

- Parada de equipamentos médicos por falta de manutenção preventiva;
- Falta de energia elétrica devido ausência de gerador ou pela existência de um único equipamento;
- Avarias de grande magnitude por falha no sistema de detecção e alarme de incêndios;
- Desabastecimento de gases medicinais se não houver baterias sobressalentes.

¹ Corebusinnes – atividades fim do negócio

Portanto, de um modo geral, torna-se mandatória a existência de sistema backup para agir em caso de falha no sistema principal.

Além das demandas citadas, o GF hospitalar deve atender as necessidades dos clientes e usuário final de forma ampla, contemplando requisitos de desempenho a respeito do uso, serviços, comunidade e ambiente.

Felice (2007), em estudo de caso sobre avaliação de desempenho do GF hospitalar, constatou um importante gap entre percepção da qualidade de serviço oferecido pelo prestador de serviço e o tomador; enquanto o provedor afirmava atender 92% do escopo contratual, o cliente afirmava que este percentual ficava abaixo de 7%, evidenciando que ambas as partes possuem dados diferentes sobre o desempenho do serviço, resultando em conflitos e insatisfação.

Numa abordagem maior sobre desempenho, Chiareto (2014) afirma que a mensuração é um conceito fundamental à melhoria da qualidade hospitalar, oferecendo um meio para definir o papel real dos hospitais e comparar resultados com metas originais, corroborando com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

No âmbito internacional, a APPA², Organização Educacional para o Desenvolvimento do GF, propõe o *Facilities Management Evaluation Program – FMEP*³, importante contribuição para a melhoria do desempenho do gerenciamento de facilidades. Consiste em um programa de avaliação para conduzir os processos relacionados a níveis excelentes de desempenho, tendo como focos as seguintes abordagens: liderança, planejamento estratégico e operacional do GF, necessidades dos clientes, avaliação e análise de informações, gerenciamento e desenvolvimento de recursos humanos, gerenciamento de processos e resultados de desempenho. A metodologia de

²APPA – Organização americana líder no desenvolvimento educacional para o Gerenciamento de Facilidades

³ FMEP – Programa de avaliação do Gerenciamento de Facilidades

aplicação do FMEP fundamenta-se na auto avaliação do GF junto aos representantes dos processos, seguido de visita às instalações do site pelos auditores do programa, que tendo conhecimento da auto avaliação, entrevistarão os gestores e clientes de processo. Após apropriarem-se do cenário, os avaliadores realizam reunião para troca de informações e percepções, para finalmente emitirem o relatório escrito.

Assim como o FMEP, mas no âmbito hospitalar, a gestão da qualidade proporciona o aprimoramento dos processos não assistências, tanto no sentido técnico quanto de gestão, com isso, as atividades fim concentram seus esforços na consecução da missão hospitalar. Impede-se que os gestores responsáveis pelo *corebusiness* desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e concentrem suas atividades para melhores resultados e mitigar os riscos (DANTAS e MILANO, 2002).

A propósito da convergência conceitual, a gestão da qualidade poderá contribuir significativamente como fonte de informações para a melhoria do desempenho do Gerenciamento de Facilidades, para que os seus objetivos sejam cumpridos, tanto do ponto de vista econômico quanto da segurança das instalações, suprimindo as necessidades dos usuários e dando suporte ao core business por meio de processos efetivos.

Assim, diante da crescente demanda pelo uso dos serviços de saúde frente ao subfinanciamento, configura-se um cenário onde os processos sejam efetivos, otimizando recursos financeiros para serem direcionados às atividades fins. Além do aspecto financeiro, o atendimento médico requer do edifício hospitalar sistemas prediais seguros, providos de redundância e preparados para o funcionamento contínuo, estando diretamente relacionado à segurança das atividades assistenciais.

Neste sentido, o desempenho do GF deve contribuir significativamente do ponto de vista econômico e da segurança das instalações, atendendo as necessidades e expectativas dos usuários, dando suporte ao *corebusiness* por meio de processos efetivos, sendo estas as principais motivações que despertaram o interesse para a elaboração desta monografia.

1.1. Justificativa

A deficiência observada no seguimento saúde demanda de seus gestores a melhoria contínua de processos, eliminando qualquer desperdício e a buscar pela otimização de recursos.

Deste modo, justifica-se o desenvolvimento deste trabalho para a identificação de requisitos de desempenho do GF hospitalar a partir do embasamento dos programas de gestão da qualidade e a proposição de ferramenta de auto avaliação gerencial dos sistemas de facilidades em hospitais, que contribua com a melhoria dos resultados e a efetividade dos processos.

Espera-se que o embasamento teórico realizado auxilie os processos do Gerenciamento de Facilidades e sobretudo, que a auto avaliação conduza ao melhor desempenho das atividades *non corebusiness*⁴. Com isso, será evidenciada a contribuição estratégica do GF nas edificações hospitalares, beneficiando as atividades assistenciais à população usuária dos serviços de saúde.

1.2. Objetivos da pesquisa

Para a definição dos objetivos desta pesquisa, deve-se considerar os questionamentos: Como é realizada avaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalares? Quais os requisitos de desempenho?

Geral

Apresentar metodologia para autoavaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalares.

Específicos

- Identificar requisitos de desempenho das atividades que compõem o gerenciamento de facilidades em edificações hospitalares com base nos programas de gestão da qualidade hospitalar.

⁴ Non corebusinnes – atividades relacionadas aos serviços de apoio à atividade fim do negócio

- Propor metodologia de acompanhamento de resultados para o GF hospitalar, com base autoavaliação.
- Identificar os benefícios trazidos e as dificuldades enfrentadas pela avaliação de desempenho do GF hospitalar, a partir da metodologia proposta.

1.3. Metodologia da pesquisa

Para o desenvolvimento desta monografia realizou-se pesquisa bibliográfica a respeito dos temas gestão hospitalar, gestão da qualidade, gerenciamento de facilidades e desempenho, utilizando-se como fontes artigos, teses, dissertações, monografias e livros.

No desenvolvimento dos conceitos principais será realizada a contextualização do objeto da pesquisa, as edificações hospitalares, trazendo breve histórico sobre sua evolução e gestão hospitalar, tendo já interação com o capítulo seguinte, sobre gestão da qualidade hospitalar. Em seguida, será apresentado o gerenciamento de facilidades no contexto hospitalar, seu escopo, necessidades dos clientes, aspectos críticos, contribuições e resultados esperados.

Concluindo o capítulo conceitual, será abordado o tema desempenho em gerenciamento de facilidades, através de suas perspectivas, identificando aspectos importantes a serem atendidos a respeito dos serviços, estrutura física, servibilidade (uso), gestão ambiental e relacionamento com a comunidade.

No capítulo adiante, serão apresentadas as principais metodologias de certificações de qualidade, como o Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, Organização Nacional de Acreditação – ONA, Accreditation Canada International – ACI e Joint Commission International – JCI. Concomitante a apresentação geral de cada metodologia, serão identificados os requisitos sob responsabilidade do Gerente de Facilidades.

Com base nos requisitos dos programas de qualidade hospitalar associados ao GF, bem como demais conceitos apresentados em cada uma

das perspectivas, será elaborado um roteiro de auto avaliação para o sistema gerencial do Gerenciamento de Facilidades hospitalar, cujo resultado possibilitará a implantação de proposta para mensuração contínua de resultados estratégicos ao GF. Os processos elegíveis para esta metodologia são aqueles que contribuam com o *corebusiness* e, portanto estejam alinhados ao planejamento estratégico organizacional.

Este roteiro será aplicado de forma integral ou parcial em ao menos em um hospital, para elaboração de estudo de caso, para observação dos benefícios e dificuldades, assim evidenciando o cumprimento aos objetivos gerais e específicos propostos neste trabalho.

2. INTERFACE DA GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR E O GERENCIAMENTO DE FACILIDADES

No desenvolvimento deste capítulo será apresentada inicialmente a história dos hospitalares, objeto da pesquisa deste trabalho e a evolução nos processos de gestão do setor. Esta abordagem inicial justificará o advento da gestão da qualidade hospitalar, desenvolvido no tema seguinte, tendo como algumas premissas, o aprimoramento dos processos e a redução dos riscos, possibilitando aos gestores do processo *corebusiness* foco nas atividades assistenciais.

Este conceito converge com a missão do gerenciamento de facilidades, próximo tema apresentado, seguido pela abordagem a respeito do desempenho em suas várias perspectivas: físico, uso, serviços, ambiental e comunidade, desta forma concluindo este capítulo.

2.1. Histórico das instituições hospitalares

Segundo Lisboa (2006), a origem da palavra “hospital” deriva do latim *hospitalis*, que significa hospitaleiro, acolhedor, adjetivo derivado de *hospes*, que significa hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, significando, ainda, o que dá agasalho, que hospeda. A evolução do termo tem hoje a mesma concepção de *nosodochium* (lugar de doentes, asilo de enfermos, recepção de doentes).

O conceito de hospedagem surgiu da prática de acolher os viajantes pobres, peregrinos, órfãos e viúvas, assim como hospitalidade aos estrangeiros. Havia também local específico para os enfermos nos albergues, originando os primórdios do conceito dos hospitais.

Os primeiros relatos sobre estudos médicos remontam a cinco ou seis milênios e foram descobertos em documentos da civilização egípcia, escritos em papiros, compêndios médicos, classificação de doenças e emprego de mais de 700 drogas, caracterizando a preocupação desse povo com a prática médica. Inclusive, a técnica de mumificação para preservação de cadáveres,

também é dessa época. Vale destacar o conhecido Código de Hamurabi (2250 anos A. C), que regulamentava a atuação, a remuneração e os castigos pela negligência médica (LISBOA, 2006).

Durante a Idade Média, ainda sob forte influência da administração pelo clero, a manutenção dos hospitais era subsidiada pela caridade da população e dízimos cobrados pela igreja. Em relação ao planejamento da edificação, em decorrência da disseminação da lepra, as instituições para atendimento aos doentes tinham sua localização fora das cidades, havendo as primeiras preocupações com ventilação e iluminação e a adoção de novas práticas como a separação dos pacientes por patologia e sexo. A melhoria das condições de higiene e o abastecimento de água passaram a ser melhor estudados.

Segundo o mesmo autor, um exemplo de edificação deste período é o Hôtel-Dieu (Hotel de Deus), localizado em Tonnerre na França, caracterizado pelo grande tamanho da edificação, constituído de uma só nave e coberta por abóbada em forma de ogiva.

Figura 2: Hotel Dieu Paris – primeiras edificações hospitalares



Fonte: Wikipédia (2015)

Figura 3: Hotel Dieu Paris – edificação contemporânea



Fonte: Wikipédia (2015)

O Hôtel-Dieu foi construído no século VII e está situado às margens do rio Sena, no centro da cidade de Paris, no entanto as primeiras menções históricas datam de 829. Parcialmente demolido, reconstituído e acrescido de novas alas, sobreviveu a guerras e revoluções, chegando a abrigar 5000 pacientes, sendo até oito por cama. Por isso, inicialmente sua fama não era das melhores, pois a mortalidade daqueles que eram internados era superior a 25%. (MARINELLI, 2006)

Quanto à função dos hospitais medievais, em suma, Foucault (2001) descreve o hospital na Europa, como um local de longe reconhecido por sua função atual de curar os doentes, mas sim uma instituição de assistência aos pobres que estavam morrendo, onde receberiam os últimos cuidados e o último sacramento. Basicamente era um morredouro. O pessoal que trabalhava não estava destinado à cura dos doentes, mas a conseguir a própria salvação diante dos atos de caridade e dedicação à assistência.

Já na Idade Moderna, com o Renascimento, as mudanças econômicas e sociais e a emergência da burguesia, entre outros fatores, refletiram na melhoria da condição de vida nas cidades e conseqüentemente houve grande fluxo migratório dos camponeses. Neste novo cenário, a função do hospital deveria acomodar esta demanda, atendendo um número maior de pessoas, em menor espaço de tempo, assim aumentando sua eficiência. A princípio, a melhoria da eficiência foi alcançada através da separação da função asilar para

espaços exclusivamente dedicados e a criação dos dispensários, que consistiam em unidades de atendimento que originariam os ambulatórios, destinados aos pacientes que deambulavam e não necessitariam ficar internados (LISBOA, 2006).

Neste processo evolutivo das práticas de saúde, há grande reconhecimento pelo trabalho exercido por Florence Nightingale, especialmente sua atuação durante a Guerra da Criméia em 1854, quando partiu em missão para prestar assistência aos soldados feridos. Florence promoveu mudanças simples, mas com impacto relevante, tais como os cuidados com a alimentação, higiene ambiental, o ar puro, luz, calor, proporcionando uma redução da mortalidade de 40% para 2% dos soldados atendidos. Com a consolidação destes conceitos, foi instituída a chamada enfermaria Nightingale, caracterizada por longos corredores e leitos dispostos sobre grandes janelas para garantir a renovação do ar, luz e calor (COSTA, 2009).

Figura 4: Enfermaria Nightingale



Fonte: Wikipédia (2015)

As práticas assistenciais recomendadas por Florence são reconhecidas e aplicadas até os dias atuais, em todos os estabelecimentos assistenciais de saúde, sendo consagrada a efetividade de tais medidas.

Neste mesmo período, houve importante desenvolvimento da medicina, com as contribuições de Pasteur e Koch através da teoria bacteriológica e também o uso de métodos anti-sépticos após as descobertas de Semmelweiss, Terrier e Lister.

Já na Idade Contemporânea os hospitais obtiveram de fato o mesmo reconhecimento e missão estabelecidos atualmente. Segundo Mendes (2011), o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, com foco na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, além das atividades de ensino e pesquisa.

Sobre a história dos hospitais no Brasil, Costa (2009), afirma que a origem decorre das Santas Casas de Misericórdia, com a primeira fundada no Estado de São Paulo no ano de 1543 em Santos, precursora das Santas Casas dos Estados da Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, construídas posteriormente.

Pontuado o breve histórico das instituições hospitalares, trazendo o referencial teórico para os dias atuais, será realizada contextualização sobre a evolução nos processos de gestão.

2.2. A evolução dos processos de gestão

As práticas de gestão hospitalar atuais remontam a um incidente fortuito no início do século XX, quando em certa ocasião, a Associação Americana de Cirurgiões dos Estados Unidos necessitava de arquivos clínicos completos e bem organizados para acompanhar a evolução dos resultados das intervenções cirúrgicas, com foco no aperfeiçoamento das práticas utilizadas. Descobriu-se então que não havia qualquer registro que permitisse tais análises. Diante deste fato, foi estabelecido que a entidade não internasse seus doentes em instituições que minimamente se organizassem para atender requisitos sobre registro, organização e controle (CHERUBIN, 1998).

Pouco tempo depois, em 1929 foi criado o primeiro curso de Administração Hospitalar nos Estados Unidos, sob os formatos de especialização, graduação, pós graduação, mestrado e doutorado. No Brasil, os primeiros cursos começaram em 1941, por iniciativa do médico Theóphilo de

Almeida que havia frequentado curso semelhante em Nova York. Mas foi somente em 1971 que o Ministério da Educação estabeleceu um projeto de currículo mínimo para a formação de profissionais de administração hospitalar (CHERUBIN, 1998).

Esta necessidade de profissionalização da gestão hospitalar decorre da natureza e complexidade das atividades hospitalares e especialmente sua missão. Segundo Gonçalves (2006), a amplitude de tarefas desenvolvidas por um hospital engloba ampla análise. Sem esgotar o assunto, pode-se dizer que a atividade hospitalar compreende os panoramas político, econômico, financeiro, social, tecnológico, cultural, demográfico e ecológico. Ainda, sendo o hospital permeável ao meio ambiente onde está inserido, esta organização não se faz apenas por aquilo que a compõe internamente.

Bonato (2006) complementa que os hospitais são instituições prestadoras de serviço que se configuram como sistemas abertos, pois além de sofrerem a ação do meio, são influenciados continuamente pelas mudanças que ocorrem em todos os campos sociais.

O hospital moderno é responsável por diferentes funções relativas à saúde, sendo elas: restaurativa, preventiva, educativa, pesquisa e integração, todas abrangendo desde a assistência e prevenção à saúde da comunidade, o aprimoramento dos recursos humanos em saúde, o desenvolvimento de pesquisas visando à captação de recursos e ao progresso da sociedade.

De acordo com Tajra (2006) a classificação dos focos de atuação é direcionada através do conceito da pirâmide de atenção à saúde, no qual são estabelecidos três grandes eixos, a atenção primária, secundária e terciária, representados na figura a seguir:

Figura 5: Pirâmide de atenção à saúde

Fonte: Tajra (2006)

Na base situa-se a atenção primária, voltada à promoção da saúde e prevenção das doenças mais comuns nas especialidades básicas, seguida pela atenção secundária, que tem foco no atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas e por fim a atenção terciária, que atende as situações de maior complexidade. Desta forma, os equipamentos de saúde disponíveis serão planejados e construídos de acordo com o seu foco de atuação.

Conceitualmente, a pirâmide de atenção à saúde propõe o direcionamento de maiores investimentos em sua base, para a atenção primária, onde as ações de promoção e prevenção à saúde garantissem o menor adoecimento da população, assim o uso da rede de atenção secundária e terciária, ou seja, os hospitais gerais e especializados, teria melhor performance. Mendes (2013), afirma que de acordo com o Plano Metropolitano de Saúde, de 1983, a cidade de São Paulo deveria ter hoje um posto de saúde (atenção primária) para cada 20 mil habitantes, mas atualmente existem 388, quando a necessidade seria de ao menos 500 unidades.

Apresentados brevemente a história, evolução e o modelo de sistema de saúde brasileiro, representado pelo SUS, os quais configuram as forças determinantes ao planejamento estratégico em saúde, assunto fundamental para o sucesso organizacional, apresentado a seguir.

Para Drucker (1999), o gerenciamento na área da saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização, por envolver união de recursos humanos e procedimentos muito diversificados, compartilhando num mesmo ambiente processos que auxiliam as áreas assistenciais. Serviços característicos de outras organizações, tais como engenharia, alimentação, lavanderia, hotelaria e suprimentos formam a complexa cadeia de valor, interagindo com a finalidade de proporcionar condições à recuperação do paciente.

Neste contexto, Wheelen e Hunger (2002) definem o planejamento estratégico como o conjunto de ações que determinam o desempenho da organização em longo prazo. Inclui a análise profunda dos seus ambientes interno e externo, além da implementação, avaliação e controle das ações propostas e metas esperadas. Requer a elaboração de planos e programas com objetivos bem definidos.

Neste tipo de gestão, o futuro e caminho desejáveis são traçados para o desenvolvimento organizacional, diante das constantes mudanças nos panoramas político, econômico, social, tecnológico, cultural, demográfico e ecológico, os quais têm sido precursores de grandes transformações nas estratégias organizacionais. Para enfrentar essa nova conjuntura, as instituições necessitam de flexibilidade, adaptabilidade e rapidez de resposta às necessidades dos clientes e do mercado, tendo em vista que elas próprias estão em constante mudança (DRUCKER, 1999).

As demandas do cenário externo, representados principalmente pela conjuntura política, social, econômica e ambiental afetarão diretamente a forma de conduzir o planejamento estratégico. Esta interação com o cenário interno, representado pela missão, visão, valores, objetivos e diretrizes, estão intimamente relacionados. O entendimento destes panoramas visa enriquecer a tomada de decisão em todos os níveis, possibilita rapidez de resposta para adequações de acordo com as demandas internas e externas.

Para a elaboração do planejamento estratégico a organização deve adotar metodologia que proporcione a análise diagnóstica prévia que

identificará a existência de problemas, as quais podem ser definidas como situações limitantes, conhecer seus stakeholders ou interessados e principalmente, estabelecer a missão organizacional. Bonato (2006) explica que a missão deve elucidar questionamentos simples e de forma atemporal a respeito de quem é a empresa, como deseja ser reconhecida, o que gostaria de ser, qual o objetivo, quais forças impulsionam a empresa, o que se faz de melhor, o que se gostaria de mudar e realizar.

O mesmo autor define o conceito de visão, que representa uma meta futura e desejável a ser atingida por meio do planejamento estratégico e suas ferramentas de acompanhamento de resultados. A execução dos objetivos e das metas se dará através das ações e da capacidade do gestor em fazer o melhor uso dos recursos humanos e materiais disponíveis, estabelecendo as diretrizes e explorando condições favoráveis, proporcionando a consecução das metas ao menor custo. Possibilitará à organização a evidência de seus pontos fortes e a mitigação dos pontos fracos, que responda às necessidades e administre as restrições apontadas pelo ambiente.

O estudo necessário para o desenvolvimento do planejamento estratégico hospitalar deve ser abrangente e detalhado, viabilizando o diagnóstico organizacional dos cenários interno e externo, para o estabelecimento da missão, visão e valores. Os objetivos a serem alcançados dependerão dos interessados ou *stakeholders*, os quais estarão atrelados a projetos específicos e conjunto de ações. Este conjunto de projetos e metas deve ser acompanhado sistematicamente pela direção hospitalar através do *Balanced Scorecard* – BSC.

Ainda sobre os interessados ou favorecidos pela consecução da missão hospitalar, Nogueira (1994), apresenta os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; os interesses dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; os interesses dos acionistas em se tratando de hospital privado, que objetiva o lucro; os interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, das empresas seguradoras e planos de saúde, que estabelecem uma

relação comercial com o hospital; e finalmente, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde o seu foco.

Para representar estes interesses no mapa, o uso do BSC é consagrado. Para Ribeiro (2008), o BSC apresenta-se como alternativa viável aos tradicionais sistemas de gestão, controle e avaliação da performance dos hospitais. Este modelo permite à gestão não perder de vista os aspectos orçamentais, limitações financeiras e a necessidade de otimizar a utilização dos recursos financeiros, técnicos e humanos de que dispõe. Possibilita ainda obter uma visão holística da organização e que demonstra em todas as perspectivas, quais são as áreas em que ela é excelente e quais as áreas onde poderá aprender com outras organizações para melhorar o seu desempenho.

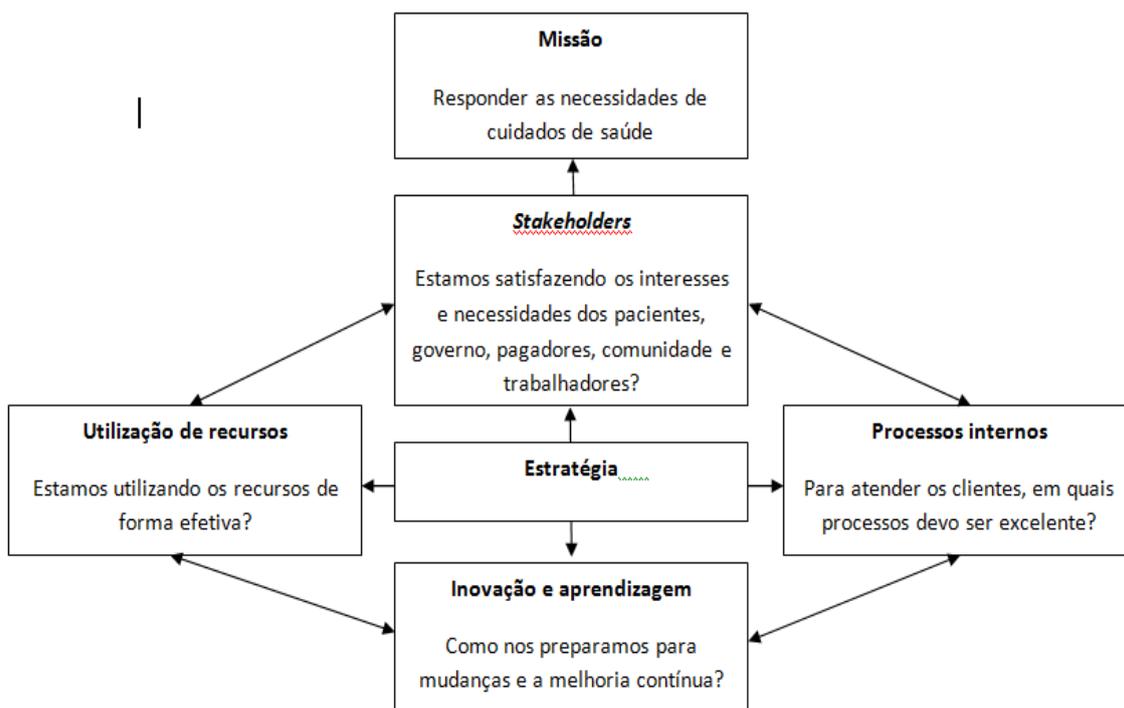
Kaplan e Norton (2000) foram os criadores do BSC, instrumento cujo objetivo é a avaliação da performance organizacional, com base numa síntese de indicadores chave, o qual evoluiu para um modelo a serviço do controle estratégico das organizações. Seu uso como um sistema de gestão estratégica a partir da missão e visão, torna claro e compreensível para todos os funcionários da organização o caminho a percorrer, onde se pretende chegar e quais as ações que devem ser implementadas para atingir os objetivos definidos.

A concepção deste modelo assenta dois princípios básicos, o balanço ou equilíbrio e a mensuração, com o uso de medidas financeiras e não financeiras, entre indicadores de processo e resultado e entre as perspectivas interna e externa.

Os resultados do BSC serão associados de acordo com a perspectiva apresentada, sendo elas: Financeira, Clientes, Processos internos, Aprendizagem e Crescimento. Apesar do BSC ter sido originalmente criado para instituições empresariais com fins lucrativos, o mesmo tem grande potencial para aprimorar a performance das instituições sem fins lucrativos,

como no caso dos hospitais públicos. Ribeiro (2008) sugere modelo adaptando as perspectivas ao cenário público hospitalar:

Figura 6: Representação planejamento estratégico em saúde



Fonte: Ribeiro (2008).

A adoção do BSC implica uma forma de pensamento estratégico que é espelhada no mapa estratégico, o qual possibilita a representação visual da integração dos objetivos das quatro perspectivas comentadas. O mapa estratégico é um diagrama que evidencia e clarifica as relações de causa efeito que ligam os resultados definidos e pretendidos entre elas, permitindo manter a uniformidade e coerência da estratégia (RIBEIRO, 2008).

Esta metodologia permite à direção hospitalar sinalizar a necessidade de otimizar o uso dos recursos financeiros, técnicos e humanos de que dispõe, concentrando os esforços na missão organizacional. A apresentação do mapa estratégico facilita o envolvimento de todas as equipes, desde aquelas responsáveis pelo *corebusiness* ou processos assistências aos processos non *corebusiness*, garantindo o desdobramento das ações em prol das metas projetadas.

Tratando-se de uma ferramenta de gestão para as melhores práticas, o desenvolvimento e monitoramento do planejamento estratégico poderão estar vinculados ao setor de Qualidade do hospital, já que este contribuirá para a melhoria contínua dos processos, implementado as diversas ferramentas de gestão, inclusive com forte atuação na perspectiva de inovação e desenvolvimento organizacional.

Na atualidade, a gestão da qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização (DANTAS e MILANO, 2002).

Por conseguinte, ao ser relevante à direção do hospital, o departamento de qualidade atuará assessorando na coleta de dados, compilação, análise, divulgação dos resultados do mapa estratégico, bem como no projeto para a certificação e na melhoria contínua dos processos.

2.3. Gestão da qualidade em hospitais

O início da avaliação da gestão de qualidade em hospitais vai de encontro com as primeiras práticas de gestão, estabelecidas pelo Colégio Americano de Cirurgiões, em 1924, quando foi instituído o Programa de Padronização Hospitalar, que preconizava a organização do corpo médico, preenchimento correto do prontuário, pedidos de exames do paciente e descrição das condições de alta, associados à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, como laboratório clínico e departamento de radiologia (FELDMAN et al, 2004).

Passados alguns anos com o fim da Segunda Guerra Mundial, houve o aumento da procura por especialidades não cirúrgicas, concomitante ao aumento do número e complexidade das instituições. Com isso, iniciou-se a união de organizações afins tais como a Associação Médica Americana,

Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação de Hospitais, resultando na criação da Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) em 1951 que logo, em dezembro de 1952 delegou oficialmente o programa de acreditação, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*⁵ – JCA (FELDMAN et al, 2004).

Segundo o mesmo autor, a JCA foi criada com a missão de introduzir e enfatizar a cultura de qualidade no ambiente hospitalar em nível nacional, difundindo-se desde os espaços acadêmicos até os órgãos regulamentadores da área, que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, ratificando os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

Dantas e Milano (2002), afirmam que além das demandas para o início dos programas de qualidade, atualmente a adoção destas práticas está fortemente relacionada ao crescimento dos custos da assistência hospitalar e a necessidade de implementar um conjunto de medidas com o objetivos de reduzi-los. Neste aspecto, tanto governos como operadoras de saúde passaram a limitar o pagamento total de faturas e a encorajar um melhor gerenciamento das organizações de saúde através de programas de qualidade, bem como outras medidas questionáveis: a limitação de procedimentos e o acesso de subgrupos mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças.

Vale destacar que as organizações públicas, especialmente os hospitais, no que tange a efetividade orçamentária, devem subordinar o conceito de eficiência a critérios superiores de eficácia, efetividade e relevância, também indicadoras do desempenho organizacional. Uma organização pública que trata diretamente com a vida das pessoas não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa, sob pena de pôr em cheque a própria razão de sua existência. A eficiência é uma dimensão importante da vida das organizações, mas não é a única e, em algumas circunstâncias, nem a mais importante (NOGUEIRA,1994).

Neste cenário desenvolve-se no Brasil, já há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações hospitalares do SUS,

⁵JCA – Comissão Conjunto para a Acreditação de Qualidade Hospitalar

por meio de um conjunto de critérios a serem preenchidos e padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas de qualidade total. Em consonância, o mesmo fenômeno é observado na rede privada suplementar, que fazem uso das certificações como estratégia de reconhecimento e diferencial de mercado, demonstrando uma grande preocupação com a qualidade (DANTAS e MILANO, 2002).

Segundo a Organização Nacional de Acreditação – ONA, definiu-se a acreditação hospitalar como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos.

Este movimento teve início de forma mais premente durante a década de 90, por iniciativa do Ministério da Saúde - MS, que uniu a Associação Paulista de Medicina – APM e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, dando origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar - CQH no Estado de São Paulo, pioneiro no Brasil.

No Rio de Janeiro, em 1997, o Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde - PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA, com a Fundação Cesgranrio, criada pelas Universidades Estaduais do Rio para avaliação do processo educacional. A Fundação implantou a avaliação também na área da saúde. Em dezembro de 1997, o CBA realizou seminário com a assessoria da *Joint Commission* para elaborar um programa nacional de acreditação de hospitais. Nesta ocasião, com a associação junto a *Joint Commission*, o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde (FELDMAN et al, 2004).

Entre 1998 e 1999 o MS realizou o projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil”, através de um ciclo de palestras em âmbito nacional, representada pelas 27 capitais de Estado. O ciclo de palestras teve como objetivo apresentar o projeto desenvolvido pelo Ministério, para sensibilizar e melhorar a compreensão sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação e sua forma de operacionalização, que culminou com a criação da entidade ONA - Organização Nacional de Acreditação, em maio de 1999.

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade.

Nos últimos anos, além da certificação nacional, somou-se à metodologia America da JCI, o programa Qmentum, da *Accreditation Canada International* – ACI⁶, trazida para o Brasil em 2008, com representação exclusiva pela certificadora Instituto Qualisa de Gestão – IQG.

No que tange a iniciativa governamental, além do CQH, outro programa merece destaque – o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), cuja origem está nas atribuições de planejamento, controle e a avaliação das ações e serviços de Saúde, que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS, e conseqüente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade, por meio da avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários.

Em 2015, foi publicada Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).

Assim, atualmente existem as seguintes metodologias principais de acreditação implementadas no Brasil:

Tabela 1: Principais metodologias de acreditação hospitalar no Brasil

Governamental	Privada e/ou sem fins lucrativos	Tipo de certificação	Certificadora	Abrangência
PNASS		PNAS		Nacional
CQH		CQH		Nacional
	ONA	ONA 1, 2, 3	IQG e outras	Nacional
	CBA	JCI	CBA	Internacional
	ACI	Qmentum	IQG	Internacional

Fontes: PNASS (2015); CQH (2015); ONA (2015); CBA (2015); ACI (2015)

⁶ ACI – Acreditação Canadense Internacional.

Segundo a ONA (2015), dos 6.140 hospitais brasileiros, apenas 283 possuem algum tipo de certificação, o que representa 4,61%, sendo 40% das unidades localizadas em São Paulo, o que reflete a ausência de obrigatoriedade para a acreditação e deixa claro que esta chancela ainda tem grande mercado de oportunidades.

Não obstante aos motivos já citados que justificam as práticas de gestão de qualidade, a mesma está associada também ao grande número de eventos adversos relacionados às internações hospitalares. Nance (2011), a respeito do Instituto de Medicina dos Estados Unidos já apontava há uma década que cerca de 100 mil pacientes morrem anualmente nos hospitais em decorrência de erros potencialmente evitáveis.

No Brasil, a iniciativa mais recente com o objetivo de mitigar os agravos à saúde foi estabelecida através criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, neste caso de caráter obrigatório, instituído pela Portaria Ministerial 529/2013. O PNSP deve contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, a qual institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalares com foco na segurança do paciente.

É previsto que todo Estabelecimento Assistencial de Saúde – EAS desenvolva o Plano de Segurança do Paciente - PSP, o qual deve apontar situações de risco e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde. A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Neste aspecto, a abordagem ao gerenciamento de riscos e a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP transcende a adoção de boas práticas através da gestão da qualidade e assume caráter obrigatório ao ser regulamento pela Anvisa.

Assim como o NSP prevê ações relativas ao uso de tecnologias médicas, fica evidente que a qualidade da assistência prestada ao paciente depende não exclusivamente do corpo clínico e demais equipes de saúde, mas de um conjunto de processos trabalhando harmoniosamente. A gestão da qualidade proporciona que os processos não assistências sejam aprimorados, tanto no sentido técnico quanto de gestão, com isso, as atividades fim focam na consecução da missão do hospital. Impede-se que os processos responsáveis pelo *corebusiness* desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados e menores riscos (BONATO, 2011).

A abordagem da gestão da qualidade em aprimorar os serviços de apoio para que os mesmos otimizem o resultados das atividades fins, converge com os conceitos do gerenciamento de facilidades, cuja definição, segundo Graça (2013), é uma atividade profissional que tem por finalidade o planejamento e a operação de processos eficientes, integrando edificações, equipamentos e serviços (meios) visando dar suporte às pessoas, alinhada as estratégias, para a efetiva consecução dos propósitos (fins) das organizações, deve ainda gerar experiências significativas para todos usuários (em amplo sentido), produzindo transformações e agregando valor às diversas atividades das organizações.

Em vista disso, no capítulo adiante serão abordados os conceitos do Gerenciamento de Facilidades em hospitais e na etapa de desenvolvimento serão levantados em literatura os principais requisitos dos programas de certificação hospitalar com enfoque nos processos de apoio ou non *corebusiness* à luz das metodologias predominantes nos hospitais brasileiros.

2.4. Gerenciamento de facilidades no contexto hospitalar

O Gerenciamento de Facilidades hospitalar traz consigo a criticidade do ambiente onde as atividades de apoio são desempenhadas, já que os sistemas prediais e equipamentos médico hospitalares são fundamentais à assistência ao paciente. Não menos importante, o GF contribui sobremaneira com a formação da imagem organizacional, sendo fator decisório em conjunto com a qualidade da equipe assistencial, para a escolha do usuário pelo serviço de saúde.

Gonçalves (2006), afirma que a procura do hospital é usuário dependente, ou seja, está sempre vinculada à avaliação que os usuários fazem dele. Num primeiro momento, esse critério de avaliação prende-se ao conjunto de recursos de que o hospital dispõe, cujo objetivo é garantir ao cliente que o procura as condições necessárias ao seu atendimento, o qual requer certos requisitos, como proporcionar que sua recuperação se faça com o máximo conforto e no mínimo tempo possível. Esse conjunto de exigências é que caracteriza em que medida o hospital cumpre a primeira condição esperada dele: a qualidade da hospitalização oferecida pela instituição.

Após escolher em qual hospital será atendido, o paciente identificará a importância do acolhimento e hospitalidade, os quais englobam uma imensa cadeia de fatores relativos à relação entre hóspede e anfitrião, situação aplicável ao paciente no ambiente hospitalar. Neste momento, o paciente encontra-se fragilizado pela doença, precisando ter segurança e confiança no hospital. Aos poucos, com a melhora do seu quadro clínico, o paciente aguça sua percepção para a qualidade da assistência, para o cuidado e atenção prestados pelos profissionais e para os detalhes da sua estadia no hospital. (LOTTENBERG, apud BOEGER, 2011).

A observação dos detalhes citados anteriormente está relacionada à qualidade dos serviços *non corebusinnes*, dentro os quais citamos a manutenção e conservação dos ambientes, limpeza, enxovais e serviço de lavanderia, qualidade da refeição, oferta de serviços para entretenimento, tais como internet, notebooks, agilidade e presteza no atendimento de solicitações. Todas estas observações iniciam desde o primeiro contato do cliente com a instituição, no estacionamento, recepção, serviço de segurança, acolhimento,

acomodações para o acompanhante, assim corroborando para que sua estadia e recuperação se transformem num momento mais agradável. Esta experiência, independente de sua condição clínica, poderá ser mais ou menos agradável, tendo os serviços de apoio um papel relevante neste desfecho.

No seguimento de serviços de saúde, vale destacar que a decisão do usuário dependerá de uma série de fatores, sendo a primeira se o hospital está vinculado ao SUS, representado pela rede pública ou vinculado à rede suplementar, com os hospitais privados e convênios.

Para os usuários do SUS, a decisão dependerá basicamente da disponibilidade de atendimento e de leitos que supram a sua necessidade. Enquanto os usuários da rede suplementar dependerão do padrão de convênio médico adquirido, os quais possuem grande diferença de valores e também de padrão dos hospitais e demais equipamentos de saúde vinculados para o atendimento.

Boeger (2011) ratifica que devido à evolução da área de serviços, a melhoria no atendimento ao cliente tornou-se mandatória para a sua fidelização, inclusive no seguimento saúde, especialmente quanto aos serviços de apoio, já que os protocolos assistenciais e a terapêutica adotados devem ser independentes ao tipo de estabelecimento onde são realizados.

O mesmo autor afirma que os serviços de apoio oferecem aos pacientes, acompanhantes, visitantes e familiares conforto, segurança e bem estar durante a internação. Os serviços de apoio são representados por todas as atividades não assistenciais, desde o estacionamento, recepção, segurança, higienização, camararia, nutrição não clínica (copeiras, garçons), portanto, podem ser compreendidos como atividades de suporte às atividades assistenciais, suprimindo as demandas de atendimento e hospedagem.

Cabe destacar que quando se fala em usuários dos serviços de saúde, estão compreendidos os clientes internos e externos, sendo os externos a razão de existir do hospital, representados pelos pacientes, bem como visitantes, acompanhantes e familiares, além de fornecedores e prestadores de serviços. Os clientes internos são representados pelas equipes de saúde,

compreendendo os médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, as próprias equipes de apoio (manobristas, recepcionistas, seguranças, auxiliares de limpeza, camareiras, entre outros) e administrativos. Cada um destes clientes possui necessidades distintas de acordo com a atividade desenvolvida.

As necessidades são traduzidas desde demandas bastante específicas e técnicas, como o perfeito funcionamento dos sistemas prediais às atividades assistenciais, até o conforto, segurança e bem estar, que são amplamente subjetivos e dependem de percepções e das circunstâncias em que são oferecidos. Cada classe econômica pode julgar conforme suas percepções e expectativas, mais ou menos conforto ou a maior ou menor percepção de segurança. A condição clínica de um paciente pode interferir diretamente nestas percepções (BOEGER, 2011).

Lee (2009), complementa, afirmando que o paciente julga a qualidade pelas próprias percepções, algo que não é objetivo e não pode ser constatado da mesma forma que os resultados. O paciente está julgando a experiência de forma ampla ao estar em um hospital. Em geral, a equipe de saúde se surpreende quando os resultados clínicos são excelentes, mas o paciente fica insatisfeito.

Assim, Boeger (2011), reitera que o contato com o cliente deve contemplar um escopo que não somente atenda a suas expectativas prévias, como também às exceda, antevendo até necessidades futuras e transformando-as em encantamento.

Este conceito converge com a definição do Gerenciamento de Facilidades já apresentada, desta forma ratificando a missão desta atividade em dar suporte às atividades *corebusiness*, além de gerar experiências significativas para todos os usuários.

Shohet e Lavy (2004) em estudo sobre os fatores determinantes acerca do GF hospitalar trazem as definições de GF estabelecidas pelas principais entidades envolvidas com o assunto: *The International Facility Management Association (IFMA)*: “a prática de integrar o ambiente de trabalho com as pessoas e o negócio”; *British Institute of Facilities Management (BIFM)*:

“a integração de atividades multidisciplinares no ambiente construído e o gerenciamento do impacto sobre o ambiente de trabalho dos usuários”; Barret (1995, 2000) in Shohet e Lavy (2004) define o GF como "uma abordagem integrada para a manutenção, melhoria e adaptação dos edifícios de uma organização, a fim de criar um ambiente que apoia fortemente os principais objetivos organizacionais".

Por fim, o mesmo autor adota a própria definição “A aplicação de técnicas integradas para melhorar o desempenho e custo-eficácia das instalações de apoio ao desenvolvimento organizacional”.

A melhora do desempenho e custo eficácia das instalações compreende os interesses das organizações em reduzir os custos diante da competição acirrada, e ao mesmo tempo, proprietários e usuários têm suas expectativas elevadas quanto aos requisitos do gerenciamento de facilidades. Estas demandas compreendem os dilemas principais da atividade do GF, que no contexto hospitalar é incrementado pelo cenário de aumento de demanda decorrente do envelhecimento e crescimento populacional, conseqüentemente maior procura pelos serviços de saúde (SHOHET e LAVY, 2007).

Em complemento, o mesmo autor afirma que, não obstante ao fator competição entre as organizações, outros determinantes evidenciam a importância do GF no sucesso do negócio: aumento dos custos de construção, especialmente no setor público; o reconhecimento da importância da qualidade do ambiente construído à produtividade; aumento de exigência quanto aos requisitos de desempenho; a burocracia e restrição desestimulam a construção de novas edificações; o desempenho das edificações inteligentes é altamente dependente dos processos de manutenção. Com isso, o GF passou a ser responsável pelo planejamento estratégico e operacional inerentes às facilidades construídas, que afetam o desempenho organizacional.

Esta particularidade torna-se mais explícita nas edificações hospitalares, onde a complexidade dos sistemas prediais e a sua dependência para a assistência ao paciente e suporte às equipes elevam esta categoria de GF ao nível de maior criticidade e conseqüentemente por altos níveis de desempenho.

O ambiente hospitalar caracteriza-se, sobretudo pelo seu funcionamento ininterrupto, onde as equipes estão sempre de prontidão a cumprir com a missão hospitalar de restabelecer, recuperar e promover a saúde de seus pacientes. Para tanto, como já abordado, o ritmo dos sistemas prediais e serviços de apoio devem estar alinhados da mesma forma, atendendo a necessidade dos clientes internos e externos, e o próprio planejamento estratégico da empresa. Este escopo de atuação requer do gerente de facilidades de edificações complexas conhecimentos e expertise em diversas áreas correlatas, como gerenciamento de edificações, recursos humanos e proteção ambiental (SHOHET e LAVY, 2009).

Segundo Boeger (2011), os processos de apoio hospitalar podem ser classificados de acordo com o conceito *front office*: serviços com contato direto aos usuários, como estacionamento, recepção, segurança, hospitalidade e limpeza e o *back office*: representado pelas atividades de bastidores, em sua maioria realizadas sem a presença dos pacientes e ligadas à infraestrutura, como os sistemas prediais e sua manutenção.

Antonioli (2014), classifica as atividades do escopo do GF de acordo com as perspectivas serviços, físico, uso, custos, comunidade e ambiental:

- **Serviços:** devem atender as necessidades dos usuários, em vários aspectos; compreende o conceito de servibilidade, abordado também por Antonioli (2003), que significa a capacidade do edifício e ambiente de trabalho em desempenhar a função para o qual foi projetado, é usado ou solicitado para ser usado.
- **Físico:** deve prover de forma contínua a qualidade da infraestrutura física do empreendimento, garantindo sua adequação às necessidades dos usuários. Representa a estrutura, seu estado de conservação, operação manutenção e adequação do uso do espaço; compreende o conceito de manutenibilidade, característica inerente a um projeto de sistema ou produto, conferindo facilidade, precisão, segurança e economia na execução de ações de manutenção nesse sistema ou produto.
- **Uso:** adequação entre a demanda e capacidade (disponibilidade), percepção quantitativa e qualitativa do uso; Ornstein e Thomazoni

(2008), em estudo de caso sobre desempenho funcional em centro de diagnóstico hospitalar abordaram os requisitos importantes ao uso, tais como a acessibilidade segundo a NBR 9050, funcionalidade, adequação de fluxos de circulação (com enfoque na densidade de uso), segurança contra incêndio (aspectos de prevenção e rotas de fuga previstas pela NBR 9077) e conforto ambiental (aspectos relacionados à ventilação, iluminação e térmica).

- **Custos:** relação custo benefício, equilíbrio entre uso (percepção quantitativa e qualitativa) e os custos operacionais.
- **Comunidade:** relação e interação entre o negócio e a própria edificação com a comunidade, abordando os benefícios e prejuízos correlatos. Representa a forma pela qual a comunidade percebe a qualidade dos serviços prestados pelo empreendimento.
- **Ambiental:** compreende a gestão dos impactos do negócio ao meio ambiente, como o gerenciamento dos resíduos, efluente e emissões, as questões de uso racional dos recursos de forma que não comprometa o uso por gerações futuras.

A tabela a seguir foi baseado em Boeger (2010), Lee (2009), Quinello e Nicoletti (2006), e a partir da experiência do autor:

Tabela 2: Escopo GF hospitalar – perspectiva serviços

PERSPECTIVA SERVIÇOS		
SERVIÇO	FINALIDADE	PONTOS CRÍTICOS
Estacionamento	Guarda de veículos de clientes internos e externos, normalmente serviço terceirizado com a gestão do contrato.	Gestão do contrato, procedimentos mediante ocorrência de avarias, agilidade e cordialidade.
Recepção	Controle de entrada e saída dos usuários.	Identificação e autorização de entrada, acolhimento, cordialidade, agilidade, prestatividade.
Segurança patrimonial	Segurança dos usuários e patrimônio, dispendo além de recurso humano, o circuito fechado de TV – CFTV, gestão do controle	Risco de raptos de incapazes, danos aos usuários e patrimônio, falso médico, interface importante com os planos de

PERSPECTIVA SERVIÇOS		
SERVIÇO	FINALIDADE	PONTOS CRÍTICOS
	de acesso através das barreiras físicas: catracas, controladoras eletrônicas.	atendimento a múltiplas vítimas e evacuação.
Hospitalidade	Acolhimento durante o check in e check out, atendimento a pedidos de diversas ordens.	Atendimento a pedidos e desejos mais específicos, como determinado alimento ou produto, devidamente autorizado pela equipe assistencial.
Higienização	Limpeza dos diversos ambientes, proporcionando segurança, conforto e bem estar.	Barreira ao controle de infecções transmitidas pelo ambiente, rápida liberação de apartamentos e salas cirúrgicas, reduzindo o tempo de ociosidade dos mesmos entre a alta e a admissão do próximo paciente.
Camararia	Limpeza dos apartamentos em conjunto com a equipe de higienização, substituição dos enxovais e controle dos mesmos.	Controle dos enxovais, garantindo uso adequado e racional.
Lavanderia/ Rouparia	Processamento do enxoval hospitalar hoteleiro e cirúrgico	Gestão do contrato, cadeia logística para consumo racional e evitando evasão.
Gestão ambiental	Gerenciamento de resíduos, efluentes, emissões, consumos.	Regularidade mediante aos órgãos competentes
Manutenção predial	Garantir perfeita conservação e funcionalidade do ambiente construído	Servibilidade, manutenibilidade, custos
Projetos e obras	Atender novas demandas e adequações do ambiente construído	Gestão de obras em ambientes críticos
Gerenciamento de leitos	Proporcionar o menor intervalo de substituição dos leitos através do alinhamento de atividades dos serviços de apoio	Interface entre alta médica e alta hospitalar, com a perfeita sincronia das equipes.
Patrimônio e entreposto	Gestão do patrimônio	Rastreabilidade dos ativos
Engenharia	Garantir a disponibilidade	Segurança no uso dos ativos

PERSPECTIVA SERVIÇOS		
SERVIÇO	FINALIDADE	PONTOS CRÍTICOS
clínica	do parque de equipamentos médicos.	e rastreabilidade
Protocolo e transporte	Recebimento e distribuição de documentos, gestão da frota e contratos de motoboy.	Rastreabilidade dos documentos, gestão dos contratos.
Lojas de amenities	Facilidade para compra de amenities na própria edificação hospitalar	Gestão do contrato
Lanchonete, restaurante e vending machines	Facilidade para os clientes internos e externos	Alinhamento do perfil dos clientes com o fornecedor qualificado e a gestão do contrato.

Fonte: baseado em Boeger (2010), Lee (2009) e Quinello e Nicoletti (2006).

Além da perspectiva serviços, com a grande variedade de processos e atividades para atender as necessidades dos usuários e suporte ao *corebusiness*, a perspectiva físico é responsável por demandas vitais à edificação hospitalar. Segundo Karman (2008), os sistemas prediais, representados principalmente pelo elétrico, climatização, hidráulica, aquecimento e geração de vapor, central de gases medicinais e rede de distribuição, lógica, telefonia, detecção e combate a incêndios são fundamentais a praticamente qualquer atividade assistencial, que acontecem ininterruptamente. Para a gestão destes sistemas, Antonioli (2003) apresenta características cruciais à adequada gestão, tais como manutenibilidade, servibilidade, sustentabilidade e redundância, esta, inquestionavelmente fator vital, pois qualquer falha no suprimento de energia elétrica, água, gases medicinais ou vapor, poderá ocasionar consequências desastrosas aos processos assistenciais.

Para a gestão dos sistemas prediais é necessária a elaboração de um plano de manutenção que garanta a confiabilidade e disponibilidade dos ativos, a continuidade e lucratividade do negócio, preserve a segurança das pessoas, instalações e meio ambiente, bem como a função, desempenho e a vida útil dos mesmos. Os ativos por sua vez devem estar completamente inventariados e identificados para que se estabeleçam as estratégias de manutenção de

acordo com as características e necessidades de cada sistema, podendo ser manutenção corretiva, preventiva e preditiva (Maran, 2014).

Em consonância com as perspectivas apresentadas, a gestão ambiental e sustentabilidade permeiam todos os assuntos já abordados, pois compreendem os aspectos relativos à responsabilidade ambiental, social e também econômica do negócio. A efetividade da gestão dos serviços de apoio e do ambiente construído (perspectiva físico) determinará o desempenho da sustentabilidade do negócio.

Novamente, tratando-se do ambiente hospitalar, como seu funcionamento contínuo, todas as demandas ganham maiores proporções. Degani (2003) apresenta os aspectos de sustentabilidade dos edifícios em operação e seus processos produtivos, onde simplificada o processo tem sua entrada com o consumo de matérias primas e equipamentos (insumos) para que as atividades produtivas aconteçam, resultando também em cargas ambientais, representadas pelos resíduos sólidos, efluentes e emissões atmosféricas.

A mesma autora refere que as cargas ambientais têm grande impacto no entorno da edificação, podendo interferir no fluxo das vias de acesso, ruídos, poluição visual e ambiental, portanto, a formação da imagem de seus usuários e ocupantes do entorno da edificação será determinada também pelo grau de sustentabilidade do negócio, impactando na perspectiva comunidade.

A missão do GF em otimizar os custos dos serviços de apoio encontra grandes oportunidades na perspectiva ambiental, pois poderão ser desenvolvidos projetos com foco na eficiência energética, uso racional de água, coleta seletiva dos resíduos, todos com forte potencial para redução de custos e dos impactos ocasionados pelo *corebusiness*.

Diante deste universo de demandas, onde o gerenciando recursos humanos, materiais, sistemas críticos e orçamentos ocorrem simultaneamente com a finalidade de atender as necessidades tão distintas de clientes internos e externos do ambiente hospitalar, o gerente de facilidades deve adotar metodologias de trabalho para que não perca o foco de suas atividades. Trata-se do desempenho de seus processos e o alinhamento com o plano estratégico da própria organização.

Lavy e Shohet (2007), abordam o mesmo assunto no artigo “*A strategic integrated healthcare facility management model*” (IHFMM) – Modelo de planejamento estratégico para o gerenciamento de facilidades hospitalar, que identifica cinco assuntos principais, sendo os dois primeiros tópicos considerados com maior relevância para o desenvolvimento desta monografia:

- Gerenciamento da manutenção
- Gerenciamento do desempenho e dos riscos
- Gerenciamento do consumo de energia e operações
- Gerenciamento do negócio
- Desenvolvimento

O IHFMM é representado como modelo de processo com entrada de informações, processamento e saída com os resultados. Na “entrada”, para o gerenciamento da manutenção, do desempenho e dos riscos, requer-se uma série de dados da edificação: todos os inventários dos sistemas, componentes, vida útil, desempenho projetado versus atual e o requerido, custos de ciclo de vida dos componentes, padrão de deterioração dos mesmos, projetos atualizados dos sistemas, levantamento de necessidade dos usuários, dados gerais da edificação, como a localização, número de leitos, entre outros.

Ainda nesta fase são estabelecidas as estratégias de manutenção de cada sistema de acordo com o nível de desempenho exigido e o nível de risco atribuído. O detalhamento exige informações a respeito dos custos de reposição de cada componente e seu desempenho atual, viabilizando projeções sobre o custo anual em manutenção da edificação.

Na etapa de processamento, os dados são avaliados para a projeção dos resultados através dos indicadores chave de desempenho a respeito do gerenciamento da manutenção e riscos existentes no escopo do GF (edificação, sistemas e seus componentes), conforme representado de maneira simplificada na tabela adiante:

Tabela 3: Etapa de análise de projeção – IHFMM

Análise de projeção – IHFMM	
Parâmetros de referência	<ul style="list-style-type: none"> • Custo anual total de manutenção • Escore de desempenho dos sistemas prediais • Escore de risco dos sistemas prediais • Desempenho requerido
Indicadores atuais	<ul style="list-style-type: none"> • Custo anual total de manutenção • Indicador de desempenho da manutenção • Indicador de desempenho da edificação • Risco atual
Indicadores projetados	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenho projetado • Risco projetado • Gasto anual de manutenção

Fonte: Lavy e Shohet (2007)

A obtenção dos indicadores da etapa de análise de projeção demanda o uso de metodologias específicas, com a aplicação de escalas e matrizes, que viabilizarão a etapa seguinte do IHFMM, com a saída do processo e a comparação dos indicadores atuais com os projetados, direcionando as ações necessárias para que as metas sejam atingidas.

Assim, o GF hospitalar depara-se com um universo de informações oriundas de questões intrinsecamente técnicas, tais como a análise do risco e desempenho dos sistemas prediais, além do desempenho dos diversos serviços, apresentados anteriormente e que pela natureza das atividades têm forte contato direto com os clientes internos e externos, portanto alto grau de relevância ao GF, justificando o texto adiante sobre o desempenho do GF hospitalar.

2.4.1. Desempenho do gerenciamento de facilidades

A análise do desempenho a respeito do gerenciamento de facilidades é vasta, pois aborda conceitos bastante distintos que contemplem as perspectivas serviços, físico, uso, custos, comunidade e ambiental. Amaratunga et al (2000) afirma que a premissa do GF está pautada no conceito de que a eficiência das organizações está relacionada também ao ambiente físico onde suas atividades são executadas, portanto a eficiência deste ambiente pode aprimorar o desempenho organizacional. O objetivo do GF, além de otimizar custos, prevê aumentar a eficiência dos espaços e outros ativos para as pessoas e processos. Os sistemas de medição de desempenho utilizados pelo GF devem refletir os objetivos das várias partes interessadas, sendo bem sucedidos aqueles que atingirem tal expectativa.

A influência do desempenho do ambiente como fator motivacional para os recursos humanos corrobora fortemente para a importância do assunto, constatando-se que aproximadamente 20% da satisfação dos colaboradores está ligada às questões ambientais. Desta forma, a medição é ferramenta obrigatória para a melhoria do desempenho e realmente o foco das boas práticas do GF (AMARATUNGA et al, 2000).

Em estudo denominado “avaliação do desempenho do gerenciamento de facilidades – o que há de novidade”, o mesmo autor considera o uso da ferramenta BSC para monitoramento do desempenho do GF, focando as perspectivas desenvolvimento e aprendizado, processos estratégicos, clientes e financeira.

Outra importante contribuição, o *Facilities Management Evaluation Program – FMEP*, desenvolvido pela Organização educacional para o desenvolvimento do GF a APPA, propõe o programa de avaliação para conduzir os processos relacionados a níveis excelentes de desempenho, tendo como focos as seguintes abordagens: liderança, planejamento estratégico e operacional do GF, necessidades dos clientes, avaliação e análise de informações, gerenciamento e desenvolvimento de recursos humanos, gerenciamento de processos e resultados de desempenho.

A metodologia de aplicação do FMEP consiste na auto avaliação do gerenciamento de facilidades junto aos representantes dos processos, seguido de visita às instalações do site pelos auditores do programa, que tendo conhecimento da auto avaliação, entrevistarão os gestores e clientes de processo. Após apropriarem-se do cenário, os avaliadores realizam reunião para troca de informações e percepções, para finalmente emitirem o relatório escrito.

Comparando-se o BCS e o FMEP é possível identificar diversas semelhanças, conforme representado na tabela abaixo:

Tabela 4: Semelhanças entre FMEP e BCS no GF

BSC	FMEP	Semelhanças
Financeira/custos	Avaliação e análise de informações, e resultados de desempenho	Resultado financeiro compatível com as necessidades e alinhado ao planejamento estratégico organizacional. Para o FMEP, há o complemento dos requisitos à liderança e o próprio planejamento estratégico e operacional do GF.
Clientes	Necessidades dos clientes	Satisfação dos clientes
Processos estratégicos	Gerenciamento de processos	Qualidade e efetividade dos processos
Desenvolvimento e aprendizagem	Gerenciamento e desenvolvimento de recursos humanos	Desenvolvimento dos recursos humanos como base para sustentar os resultados das demais perspectivas

Fonte: AMARATUNGA et al, 2000 e APPA (2015)

Apesar de nomeadas de formas diferentes, a maioria dos macroassuntos que representa o desempenho do GF foca os mesmos objetivos, direcionando os resultados importantes e que não podem ser perdidos de vista pelo GF.

Numa abordagem mais detalhada sobre o tema, Antonioli (2003), afirma que desempenho significa comportamento em utilização, sendo necessária a quantificação dos processos para avaliar e compará-los em relação a determinado padrão. Assim, identificar os critérios significantes que

caracterizem o desempenho esperado para processos, produtos e serviços é fundamental à metodologia.

Sobre edifícios de alto desempenho, o mesmo autor considera algumas características importantes, tais como a possibilidade de reaproveitamento de materiais, a exemplo de portas e divisórias que flexibilizam o uso dos espaços ou ainda permita a utilização em outros locais; inteligentes, portanto projetados de acordo com as necessidades dos usuários, não requerendo reformas e adaptações futuras; verde, conceito aplicado desde a concepção do edifício, com o uso de materiais que demandem poucos recursos durante a construção e operação, bem como eficiente quanto ao uso de energias, consumo racional (água, energia elétrica, outros recursos); seja construído no local certo, favorecendo o transporte público aos seus usuários e garanta a qualidade do ambiente interno (ar, climatização, iluminação, ergonomia).

Destacando a importância do desempenho do GF perante os clientes internos e externos, considera-se satisfatória a gestão que obtiver aprovação dos usuários com relação aos serviços oferecidos. Assim, para o ambiente hospitalar, os clientes principais são o paciente, familiares e acompanhantes, sendo fundamental identificar suas necessidades, o que é válido igualmente aos colaboradores e prestadores de serviço, que terão exigências e comportamentos diferentes em espaços diversos (ANTONIOLI, 2003).

Castro (2010) apresenta a Avaliação Pós-Ocupação (APO), processo de avaliação de edificações de modo rigoroso e sistemático depois delas terem sido construídas e ocupadas por algum tempo após a entrega da obra, de modo a promover uma análise crítica da satisfação dos usuários e dos problemas por eles detectados, a fim de subsidiar propostas de ações corretivas e projetos futuros.

O mesmo autor considera a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), tendo como base principal a NR17, a ser desenvolvida pelo ergonomista, diagnosticando aspectos ergonômicos do ambiente de trabalho e as eventuais necessidades de adequação, assim promove a saúde do colaborador e resguarda a empresa de questões legais trabalhistas.

Em consonância aos aspectos ambientais, o desempenho dos serviços contribuirá sobremaneira para a satisfação dos usuários, desta forma, a adequada gestão das equipes responsáveis e a qualificação de fornecedores, com a determinação das metas e acordos de nível de serviço para cada atividade são fatores de sucesso para esta perspectiva. Invariavelmente, os serviços são mão de obra dependente e neste sentido, Jungman (2000), afirma que para o cliente, a pessoa mais importante da empresa é em geral o seu ponto de contato, ratificando o preparo ou despreparo da empresa em atender as necessidades e proporcionar encantamento ou gerar descontentamento ao cliente.

Desta forma, pode-se identificar que os fatores críticos no sucesso da prestação de serviços são dependentes do alinhamento de expectativas e o monitoramento periódico, bem como o desenvolvimento dos recursos humanos responsáveis pela prestação de serviços. Deve-se definir os procedimentos e a realização permanente de treinamentos a cerca do assunto para que a linha de frente esteja preparada para o momento de contato com os clientes.

No que tange o desempenho da perspectiva físico, o perfeito funcionamento e disponibilidade dos sistemas prediais são as principais demandas relacionadas, caracterizando assuntos de natureza intrinsecamente técnicos e com grande embasamento por meio de normas de órgãos competentes. Del Mar (2013), a propósito da NBR 15575, que trata sobre o desempenho de edificações habitacionais, informa que apesar da elaboração das normas ser voluntária, o seu cumprimento é obrigatório sob os aspectos ético profissional, contratual (boa fé objetiva) e legal propriamente dito. Há também a obrigação legal, valendo citar os Códigos de Obras e a Lei 4.150/62 (regime obrigatório de cumprimento das normas da ABNT, nos contratos de obras e compras do serviço público federal).

O perfeito funcionamento dos sistemas prediais é determinado pela qualidade do sistema de manutenção implantado, sendo importante a contribuição da NBR 5.674, que estabelece algumas diretrizes:

- Assegurar o desempenho e valor das edificações ao longo do tempo;

- Definir o sistema de comunicação e fluxo de informação entre os diversos intervenientes, proporcionando desempenho mínimo tolerável pelos seus usuários e proprietários quanto aos sistemas prediais e ambiente.

Dada à natureza da perspectiva físico do GF e a complexa normatização a respeito dos sistemas prediais diante dos riscos potenciais de desabastecimento e suas consequências. Esta perspectiva requer forte evidência documental, previstos por meio do plano de manutenção e as estratégias adotadas, check lists das atividades diárias, semanais, mensais ou outra frequência validada, obrigatoriedade de recolhimento de Anotação de Responsabilidade Técnica – ART, licenciamentos, entre outros, desta forma endossando a segurança e disponibilidade no uso das instalações para seus usuários (KARMAN, 2008).

O mesmo autor afirma ser determinante a redundância dos sistemas e equipamentos que impactam de maneira crítica nos processos assistenciais, tais como autonomia energética com geradores, abastecimento contínuo de água, oxigênio e outros gases, sistemas de climatização com back up, adequado dimensionamento de equipamentos médicos e cadeia fria (armazenamento de gêneros alimentícios, materiais, medicamentos e hemoderivados).

Ainda, quanto à concepção destes sistemas e equipamentos, novamente é essencial a característica de manutenibilidade, com soluções através de piso técnico, shafts para as diversas prumadas, tubulações aparentes, sistemas seccionados, permitindo executar manutenção com continuidade operacional e assegurando que os riscos de desabastecimento sejam mitigados (KARMAN, 2008).

A propósito dos indicadores para o desempenho físico da edificação, Lavy (2004), cita aqueles relacionados com conforto térmico e ventilação, nível de iluminação e gerenciamento da água, que compõem o escopo dos KPI – *Key Performance Indicator* ou indicadores chave de desempenho, dos quais fazem parte indicador principal denominado BPI – *Building Performance Indicator* ou Indicadores de desempenho da edificação. No caso do BPI, mensura-se o desempenho dos dez principais sistemas prediais.

Fortemente determinada pelos KPIs, a perspectiva ambiente, como já abordado anteriormente, permeia todas as atividades do GF. Contempla a racionalização dos processos para eliminar atividades repetitivas, gestão dos resíduos sólidos, efluentes, eficiência energética, entre outros.

Dada sua importância, o gerenciamento de resíduos, que no caso dos hospitalais é regulamentada pelas RDCs 306 da Anvisa e do Conselho Nacional de Meio Ambiente – Conama com a Resolução nº 358, requer atenção especial dos gestor, pois envolve riscos pertinentes ao volume e tipo de resíduo gerado, classificação para a correta segregação interna e a qualificação de fornecedores, garantindo que todo o resíduo receba o correto tratamento e destinação, por conseguinte, atingindo o desempenho esperado a cerca deste assunto.

Vale citar também as oportunidades relativas à eficiência energética, como a apresentação de estudos de viabilidade para uso de materiais eficientes, a exemplo das lâmpadas de led e uso de painel solar para aquecimento da água (KARMAN, 2008).

Mark Graban (2013) aborda o conceito “hospitais lean”, ou seja, “hospitais enxutos”, afirmando que o ambiente hospitalar e sua complexidade, por vezes executa atividades de maneira redundante, em todos os processos o que resulta em maior demanda de recursos humanos, materiais e geração de resíduos.

Desta forma, adotar o conceito lean, pode contribuir relevantemente à perspectiva ambiente, a qual possui os intervenientes da própria organização, mas também a sociedade como um todo e corrobora com a missão do GF em eliminar custos e melhorar o desempenho financeiro.

Diante deste volume de informações e resultados de desempenho a serem monitorados, o GF indubitavelmente necessitará geri-las com a mesma eficiência. Lavy (2004), em artigo sobre gerenciamento de facilidades hospitalar, apresenta as tecnologias de informação e comunicação – TIC, como fatores determinantes ao sucesso do GF, que na prática representa a utilização de sistemas informatizados para a gestão da manutenção, por exemplo, ou o gerenciamento de facilidade como um todo.

No caso do gerenciamento da manutenção predial a ferramenta é denominada *computerised maintenance management system* (CMMS), que garante o melhor desempenho dos equipamentos por meio da execução dos planos de manutenção preventiva, gestão dos custos, desempenho das equipes e projeções sobre o custo do ciclo de vida (ARCHIBUS, 2005).

O IFMA (2012) afirma que o CMMS viabiliza a gestão da manutenção, permitindo controlar e armazenar detalhes sobre os sistemas prediais, como a localização de ativos, garantias, manutenções preventivas e corretivas, averiguar as tendências para determinar necessidade de reparado, recondicionamento ou substituição.

O CMMS pode tanto ser um sistema independente ou um módulo do *Computer-Aided Facility Management* – CAFM, ou gerenciamento de facilidade auxiliado por computador, ferramenta de alta tecnologia usada por profissionais de facilidades para acompanhar e gerenciar virtualmente de qualquer ativo relacionado às facilidades, possibilitando analisar o uso efetivo dos espaços (IFMA, 2012).

O CAFM refere-se ao uso da tecnologia da informação para o gerenciamento dos ativos de várias formas. Isto possibilita criar uma variedade de relatórios ao gerente de facilidades, bem como a interação direta com sistemas prediais por meio da automação, como iluminação ou equipamentos de aquecimento e refrigeração (TECHOPEDIA, 2014).

Quando se fala em gerenciamento de ativos, uma das premissas é a localização do patrimônio em si, o que pode ser feito manualmente, demandando tempo considerável da equipe, já que no caso dos equipamentos médicos há uma constante movimentação entre unidades, especialmente em situações de transferência de pacientes entre áreas assistências. Neste sentido, Zoghi et al (2004) afirma que o uso de tecnologias de identificação por radiofrequência – RFID, são úteis aos hospitais para diversas finalidades, dentre as quais, a rastreabilidade de equipamentos médicos, evitando furtos e também a localização para executar manutenções, por exemplo.

Osaka (2010) destaca outras finalidades do RFID que podem aprimorar a segurança dos processos hospitalares:

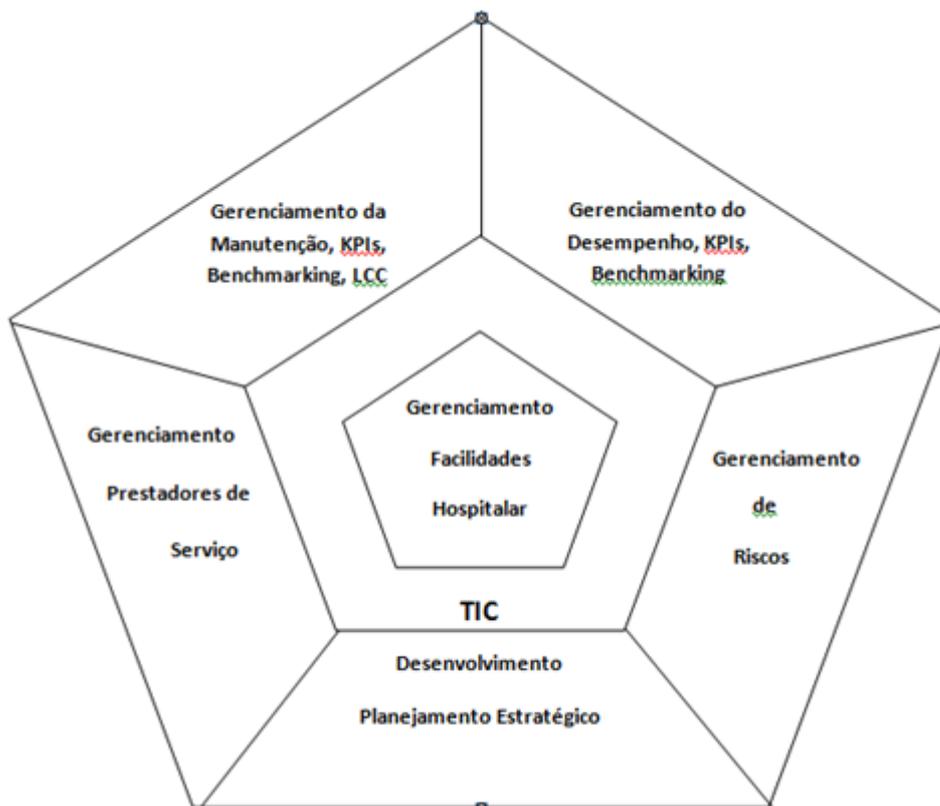
- Uso de tags pela equipe de saúde para rápida localização de médicos e enfermeiros, por exemplo, rastrear profissionais que tiveram contato com determinado paciente, profissionais em contato com pacientes com doenças infecto contagiosas;
- Uso de tags na pulseira de identificação do paciente para que toda medicação administrada seja associada ao tag, prevenindo erros de medicação, possibilita a qualquer profissional acessar o prontuário médico através da leitura da pulseira com auxílio de dispositivo móvel.
- Uso de tags na pulseira de recém nascidos para rastrear a localização, mais uma barreira aos sequestros.
- Uso de tags na pulseira dos visitantes, para que o mesmo permaneça apenas na unidade de internação autorizada, e se houver tentativa de acesso a outros locais, um alerta seja disparado.
- Uso de tags para a rastreabilidade de materiais e medicamentos, para evitar furtos.

Sobre a justificativa do RFID para rastrear equipamentos, Osaka (2010) realizou estudo de caso em 2010 contemplando unidades de atendimento pré hospitalar (APH), hospitais, unidades ambulatoriais e atendimento domiciliar, sendo constatados os seguintes problemas: 80% dos gestores do departamento de engenharia clínica têm dificuldade na localização do equipamento, 90% têm ocorrência de saídas não autorizadas, 40% declararam ter perdido algum equipamento nos últimos três anos; quanto aos profissionais do APH, 92% afirmaram já ter presenciado a perda de algum equipamento, ocasionando grandes prejuízos.

Por conseguinte, evidencia-se o benefício trazido ao GF mediante a adequada utilização dos sistemas de informação, contemplando todo o escopo de trabalho para o monitoramento do desempenho das perspectivas apresentadas.

Lavy (2004), numa abordagem macro que arremata o assunto desempenho do GF hospitalar, elege os seis domínios principais e inter-relacionados, representados através de um pentágono, cujo domínio ou assunto central é a tecnologia da informação e comunicação - TIC:

Figura 7: Domínios principais do gerenciamento de facilidades hospitalar



Fonte: adaptação simplificada de Lavy (2004).

Todos os assuntos apresentados estão inter-relacionados, portanto, normalmente o desempenho de um afetará os outros, além de serem entendidos como assuntos principais, já que o bom desempenho dos mesmos refletirá na satisfação dos intervenientes. Desta forma, o GF hospitalar, por meio do planejamento de todas as atividades e o gerenciamento as informações pertinentes certamente cumprirá com sua missão.

3. REQUISITOS DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR AO GERENCIAMENTO DE FACILIDADES

Neste capítulo serão apresentadas as principais metodologias de acreditação hospitalar, focando os requisitos exigidos ao escopo sob responsabilidade do GF. Com base neste levantamento e nos conceitos fundamentais, será elaborado roteiro para auto avaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalar.

No contexto hospitalar, Karman (2008) e Boeger (2010), apontam algumas atividades de apoio essenciais à assistência ao paciente, como a infraestrutura, manutenção predial, gestão de equipamentos médicos ou engenharia clínica, governança, que concentra as atividades de higienização, lavanderia, gerenciamento de resíduos, controle de pragas e vetores, segurança patrimonial, recepção e estacionamento. Cabe citar outros serviços que não estão diretamente relacionados ao suporte assistencial, mas que promovem conforto e facilitam a estadia de visitantes, familiares e mesmo funcionários, como salão de beleza, loja de conveniência e presentes, lanchonete, vending machines, floricultura e hospitalidade⁷.

No que tange aos requisitos dos programas de certificação hospitalar inerentes aos serviços citados, os programas PNASS, CQH, ONA, JCI e ACI demandam necessidades semelhantes em sua maioria, diferindo na forma de questionamento e metodologia de aplicação. Adiante serão apresentados os requisitos ao GF hospitalar, considerando duas metodologias de abrangência nacional: PNASS e CQH, e duas de abrangência internacional ACI e JCI.

⁷ Departamento responsável por atender solicitações diversas dos pacientes e familiares, como dispositivos eletrônicos, pedido de táxi, cardápio diferenciado; contempla também ações de humanização, proporcionando uma atmosfera de apoio emocional, segurança e bem estar.

3.1. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS está regulamentado pela Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 e foi estabelecido em função da busca do Ministério da Saúde - MS em consolidar ações de planejamento, controle e a avaliação das ações em serviços de Saúde, para a garantia dos princípios e as diretrizes do SUS e consequente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (PNASS, 2015).

O PNASS avalia as dimensões estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido, estando estruturado através dos blocos gestão organizacional, apoio técnico e logístico para a produção de cuidados, gestão da atenção à saúde e cuidado, serviços / unidades específicas e assistência oncologia, totalizando 30 critérios. Cada um dos 30 critérios é desdobrado em itens de verificação que totalizam 180 requisitos ao todo.

Estes mesmos itens de verificação são priorizados e recebem a classificação imprescindível **(I)**, necessário **(N)** e recomendável **(R)**, não sendo apresentada na própria metodologia o critério para a ponderação adotada. Quanto à apresentação das evidências, o programa estabelece as formas que o avaliador poderá solicitar o cumprimento, através da observação de equipamento ou área física, documento apresentado pelo estabelecimento, prontuário do paciente ou resposta dada pelo responsável pelo estabelecimento a determinada pergunta. Concernente à interpretação do resultado do PNASS, com exceção da classificação **I, N e R**, há fragilidade, pois o roteiro e informações disponibilizados no site oficial não deixam clara a forma de apuração do resultado ou se é estabelecida pontuação mínima.

Entendida a metodologia de aplicação do PNASS, adianta serão apresentados os requisitos ao GF hospitalar especificamente e processos mais abrangentes como recursos humanos e planejamento e organização, também aplicáveis ao GF.

Tabela 5: Requisitos do PNISS ao GF

Classificação	Nº	Itens de verificação
		Critério 01 – Gestão de Contratos
I	02	O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços
N	04	Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados
		Critério 02 – Planejamento e Organização
I	07	Houve planejamento institucional em relação a objetivos, missão e diretrizes nos últimos quatro anos
I	08	Possui programação orçamentária para o ano do exercício atual
N	09	Possui estudos de custos implantados
N	10	Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento de resultados
R	11	Há contratualização interna das equipes com metas e resultados
R	12	Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores e usuários.
		Critério 04 – Gestão de Pessoas
I	19	A política de recursos humanos preconiza a educação permanente
I	20	Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas
N	21	Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador
R	23	O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimule a fixação dos trabalhadores
R	24	Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao alcance das metas e resultados esperados, como parte de um processo de avaliação de desempenho
		Critério 6 – Gerenciamento de risco e segurança do paciente

Classificação	Nº	Itens de verificação
I	32	Conta com plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, geral e por serviços específicos
N	33	Trabalha com mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos: tecnovigilância
		Critério 7 – Gestão da infraestrutura e ambiência
I	37	Possui condições físicas, de fluxo e limpeza adequados
I	38	Garante continuidade da assistência em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica
N	39	Realiza manutenção predial corretiva e preventiva
N	40	Garante ambiente acolhedor, incluindo sinalização, climatização e iluminação
R	41	Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores
R	42	Existe programa de segurança que atenda as normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios
		Critério 8 – Gestão de equipamentos e materiais
I	43	Os equipamentos necessários estão em condição de uso para o exercício de sua atividade
N	45	Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças
R	47	Materiais, insumos e equipamentos são armazenados / acondicionados de forma adequada
		Critério 11 – Processamento de roupas e materiais
I	61	O estabelecimento qualifica os produtos para higiene de roupas (no caso de serviço próprio) ou o fornecedor de serviço (se terceirizado)
I	62	Os fluxos de processamento de roupas e materiais estão validados pelo serviço de controle de infecção hospitalar – SCIH
N	64	A instituição realiza monitoramento e controle de estoque de roupas e materiais
R	65	Os profissionais recebem orientação do fluxo de processamento e roupas
R	66	Possui metodologia definida para a utilização de roupas

Classificação	Nº	Itens de verificação
		Critério 12 – Serviços de apoio à atividade finalista do estabelecimento
I	68	Garante os serviços de apoio ao processo assistencial como higienização, segurança patrimonial e recepção de forma regular e sistemática
N	69	Possui indicadores de qualidade dos serviços de apoio disponibilizados
N	70	Há protocolos e normativas acerca da utilização dos serviços de apoio, bem como rotinas atualizadas
R	71	Possui documentação que comprove a necessidade dos serviços de apoio
R	72	Há integração dos serviços de apoio com os serviços / unidades, em relação ao <i>corebusiness</i>
		Critério 16 – Acesso à estrutura assistencial
		Itens de verificação
R	95	As acomodações obedecem a critérios mínimos contidos na legislação vigente sem diferenciar a estrutura conforme o tipo de convênio
R	96	O estabelecimento possui kit de roupas padronizado em todas unidades assistenciais
		Critério 17 – Atenção imediata – urgência e emergência
I	97	A unidade possui infraestrutura e equipamentos em condições de uso, destinados ao atendimento imediato
		Critério 21 – Atenção cirúrgica e anestésica
I	121	A unidade dispõe de roupas e equipamentos para a realização das cirurgias eletivas e mantém margem de segurança para os casos de urgência
N	123	A unidade gerencia o tempo de desinfecção das salas
R	126	A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado

Fonte: Roteiro PNAAS

Os requisitos do PNASS ao GF realizam abordagem ampla aos aspectos de gestão de infraestrutura, gestão de pessoas e serviços. Em relação à infraestrutura, os itens questionam a existência das atividades de manutenção corretiva e preventiva, mas não detalham o que se espera de cada sistema predial. Em contrapartida, o critério planejamento e organização aborda a existência de missão, metas e resultados, em alusão ao planejamento estratégico na esfera organizacional e entre processos, possibilitando a mensuração da qualidade dos serviços oferecidos pelo GF aos diversos clientes dos processos ligados ao *corebusiness*.

3.2. Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH

De acordo com o Roteiro de Avaliação do CQH, esta metodologia é organizada em nove assuntos principais: Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Requisitos da Qualidade, Informação e conhecimento, Processos, Pessoas, Perfil e Sociedade. Durante a auditoria, as evidências documentais devem ser providenciadas juntamente com a apresentação dos processos nos setores para a obtenção de item conforme ou não conforme para cada requisito do critério.

A metodologia consiste de auto avaliação, seguida por pedido de avaliação dos avaliadores do Programa, que estabelecerão o diagnóstico e a indicação de oportunidades de melhoria. No roteiro de avaliação a pontuação máxima, considerando todos os itens, totaliza 100 pontos.

No escopo do CQH há também a iniciativa ao Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS, que busca contribuir para o aprimoramento das práticas de gestão na área da saúde, por meio da avaliação e reconhecimento das melhores práticas no setor.

Inerentes ao GF, a tabela abaixo apresentará os requisitos exigidos de acordo com cada o assunto:

Tabela 6: Requisitos do CQH ao GF

ASSUNTO	PERGUNTAS RELACIONADAS
Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital avalia seus riscos empresariais? <ul style="list-style-type: none"> ○ Outros: relacionados à infraestrutura. • O hospital, para avaliar e melhorar as suas práticas e respectivos padrões de trabalho faz uso dos seguintes mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reuniões específicas para aprendizado, correlações entre seus indicadores, ferramentas da qualidade (gráfico de Pareto, 5W 2H, Brainstorming etc.), auditorias internas e/ou externas, auto avaliação?
Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital identifica quais são as necessidades e expectativas de seus usuários? • As reclamações e solicitações dos clientes, advindas dos canais de relacionamento, são recebidas, solucionadas quando for o caso e dado retorno aos interessados? • O hospital conta com um ambiente provido de decoração, organização de espaços para brincar, atividades educativas ou recreativas na pediatria?
Informação e conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital realiza visitas a outras instituições para obter referenciais comparativos? <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibiliza suas informações para outros hospitais?
Processos	<ul style="list-style-type: none"> • Os processos principais e de apoio são gerenciados por meio de indicadores de desempenho? • O hospital informa os fornecedores sobre o resultado de sua avaliação formal?
	<ul style="list-style-type: none"> • O controle dos contratos dos serviços terceirizados contempla: <ul style="list-style-type: none"> ○ Licença de funcionamento, Cadastros da força de trabalho, Manuais de rotinas e procedimentos, Registros de treinamentos, Escalas de trabalho, Documentação relacionada com a saúde ocupacional,

ASSUNTO	PERGUNTAS RELACIONADAS
Processos	<p>Requisitos e/ou metas desejadas pelo hospital, Declaração de regularidade com os requisitos legais aplicáveis as questões socioambientais, Cronograma de manutenção preventiva de equipamentos, Supervisão do processo, Solidez financeira, Não usar mão de obra infantil ou escrava</p> <ul style="list-style-type: none"> • O plano diretor de reforma das áreas físicas está alinhado com as estratégias do hospital?
Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação e desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> ○ O hospital tem programa formal de integração para pessoas recém admitidas? ○ Há cronograma de treinamentos, previsão orçamentária para esta atividade, pessoas que mantém contato com o público são treinadas. ○ As pessoas do serviço de higiene hospitalar recebem instruções básicas a respeito: Limpeza diária, Desinfecção e limpeza de superfícies, Limpeza terminal de todas as áreas, Manuseio e descarte dos resíduos sólidos. • O hospital faz avaliação formal de desempenho das pessoas? • Qualidade de vida: <ul style="list-style-type: none"> ○ O mapa de risco está visível em cada área, há programas preventivos implantados de acordo com o mapa de risco. ○ Há uso sistemático de equipamentos de proteção individual baseado no Programa de Prevenção de Risco Ambiental- PPRA ○ As pessoas que manipulam a roupa suja estão devidamente uniformizadas com gorro, máscara, luvas, botas e roupas exclusivas do setor. ○ Realiza avaliação ergonômica de seus ambientes e mobiliários? ○ Há conforto para a equipe de saúde na UTI, Emergência ○ Há vestiários com chuveiros para uso das pessoas que trabalham no hospital?

ASSUNTO	PERGUNTAS RELACIONADAS
Perfil: avaliar as condições das estruturas física e organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza-se campanhas que visam manter a limpeza e ordem no ambiente de trabalho? ○ Há brigada de incêndio presente 24 horas no hospital? ○ Existem mecanismos para identificar e analisar o bem-estar e a satisfação das pessoas que trabalham no hospital: Pesquisa de clima organizacional, Ouvidoria da força de trabalho, Outros (especificar) <ul style="list-style-type: none"> ● Há condições para os profissionais realizarem a higiene das mãos (pias com sabão e toalhas de papel ou álcool gel) em todos os ambientes de atendimento aos pacientes e de manipulação de artigos
	<ul style="list-style-type: none"> ● Há acesso/saída controlados, com níveis progressivos de restrições, para serviço de emergência, unidade de internação, força de trabalho, pacientes ambulatoriais, cadáveres, materiais e resíduos e visitantes/fornecedores
	<ul style="list-style-type: none"> ● Há sinalização de fácil compreensão para circulação interna
	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação geral de aspectos relacionados à acessibilidade, conforme NBR 9050
	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação geral de aspectos relacionados à infraestrutura hospitalar, conforme RDC 50
	<ul style="list-style-type: none"> ● Há sistema de detecção e combate a incêndios
	<ul style="list-style-type: none"> ● Há sistema alternativo de geração e energia e iluminação de emergência
	<ul style="list-style-type: none"> ● Há reservatório de água para contingência
	<ul style="list-style-type: none"> ● A estrutura disponível ao gerenciamento de resíduos atende a RDC 306 da Anvisa.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Plano de manutenção preventiva das instalações
	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsabilidade sócio ambiental <ul style="list-style-type: none"> ○ As pendências ou eventuais sanções referentes aos requisitos legais e

ASSUNTO	PERGUNTAS RELACIONADAS
Sociedade	<p>regulamentares são devidamente tratadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Existe sistema de utilização de reuso de água ○ Realiza a coleta seletiva de lixo ○ Uso racional: água, energia, materiais ○ Programa de gerenciamento de resíduos
	<ul style="list-style-type: none"> ● O hospital conhece as necessidades sociais das comunidades vizinhas e desenvolve atividades de apoio
	<ul style="list-style-type: none"> ● Há esquema formal para atendimento em casos de calamidade pública
	<ul style="list-style-type: none"> ● Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
Requisitos da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ● Manuais operacionais, Procedimento Organizacional Padrão – POP, para os serviços de apoio
	<ul style="list-style-type: none"> ● Séries históricas de resultados: evidência de ciclos de melhoria, desempenho de fornecedores, estatísticas básicas,

Fonte: Roteiro CQH

O CQH apresenta metodologia com enfoque em resultados por meio de uma série de indicadores que permitem o acompanhamento do desempenho dos processos, inclusive aqueles de apoio. Considera também a qualificação dos fornecedores e a implementação de instrumentos para monitorar a satisfação dos usuários e o cumprimento do escopo contratual, sendo assim útil ao GF para sistematizar seus processos de trabalho.

3.3. Accreditation Canada International – ACI

Esta certificação foi trazida para o Brasil em 2008, com representação exclusiva pela certificadora IQG. Os grandes objetivos são a melhoria da

qualidade e segurança do cuidado, o entendimento das necessidades da população usuária e a diminuição de custos.

De acordo com o Manual Qmentum em parceria com o IQG, o processo de certificação da acreditação canadense tem início com a elegibilidade do EAS ao programa, seguido pelo acompanhamento da certificadora que desempenhará papel educativo e de consultoria, preparando a organização à auto avaliação de seus processos e resultados através do preenchimento de questionário específico. Por fim, programa-se a visita de certificação que será realizada pelos auditores canadenses da ACI.

A metodologia é configurada a partir de alguns conceitos principais, sendo os processos prioritários, diretrizes e práticas organizacionais obrigatórias ou ROPs.

Ainda em relação aos critérios, há uma subclassificação denominada Ouro, Platina e Diamante, sendo obrigatório o atendimento de 100% dos quesitos ou a possibilidade da Acreditação Condicional Diamante, quando atingir pelo menos 71%. Conforme IQG (2015), atualmente existem 36 instituições com o selo ACI no Brasil.

Dentre os 18 processos prioritários, 04 contemplam importante atuação do GF, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 7: Requisitos do Qmentum ao GF

Processo prioritário	Descrição	Requisitos
Preparação para emergências	Lidar com situações de emergência ou outras situações de saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Abandono / Incêndio • Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas • Planos de contingência
Estrutura física	Fornecimento de estruturas adequadas e seguras e facilidades para realizar com	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os processos de trabalho • Promover melhoria

Processo prioritário	Descrição	Requisitos
	sucesso a missão, visão e objetivos da organização	contínua <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as rotas de fuga e os riscos ambientais
Gestão de materiais e equipamentos	Tecnologias destinadas a auxiliar no diagnóstico e tratamento aos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • ROP manutenção preventiva • Método de planejamento para renovação do parque
Prevenção e controle de Infecção	Medidas praticadas pelos colaboradores e prestadores de serviço para prevenir e reduzir a transmissão e aquisição de infecções	<ul style="list-style-type: none"> • Validação de procedimentos • Capacitação da equipe para prevenir a transmissão de patógenos

Fonte: Manual Qmentum

Quanto às diretrizes de avaliação, das oito estabelecidas, duas concentram maior interface com o GF: a efetividade, cujo objetivo é gerar impacto na população atendida e a eficiência, para a melhor utilização dos recursos (MANUAIS QMENTUM, 2014).

As ROPs são definidas como conjunto de ações essenciais para consolidar a cultura de segurança no hospital, sendo a maioria voltada aos processos assistenciais, no entanto três delas são específicas do GF ou com interface relevante: Treinamento em bombas de infusão, Programa de manutenção preventiva e Higiene das mãos.

- **ROP Treinamento em bomba de infusão:** responsabilidade da engenharia clínica. Objetiva minimizar a ocorrência de erros durante a infusão de medicamentos e dietas aos pacientes, que podem resultar do despreparo da equipe assistencial na operação do equipamento ou de grande variação de modelos, induzindo também ao erro. O teste de conformidade desta ROP prevê evidência da realização periódica de

treinamentos, com indicador de efetividade monitorado através do registro de ocorrência envolvendo o uso do equipamento bem como a padronização de modelo. Ratifica-se que o papel do Gerente de Facilidades em relação ao Departamento de Engenharia Clínica deve ser exatamente o de gestor, sendo mandatória a presença de um responsável direto com formação técnica (engenharia, tecnólogo) para o desenvolvimento das atividades do setor.

- **Rop Programa de manutenção preventiva:** responsabilidade da engenharia clínica. Objetiva a implantação de um programa efetivo de manutenção preventiva para os equipamentos médicos, garantindo-os seguros e funcionais. Os testes de conformidade preveem a existência de um programa de manutenção preventiva em vigor para todos os dispositivos, equipamentos e tecnologia médica, sistema de registro dos relatórios da manutenção preventiva, acesso aos líderes para avaliação da eficácia do programa e o acompanhamento documentado sobre a investigação de incidentes e problemas que envolvam os equipamentos.
- **Rop Higiene de mãos:** responsabilidade de todos os profissionais do EAS, no entanto a operacionalização envolve a manutenção da infraestrutura e o Serviço de Higienização para a reposição dos insumos. O gerenciamento desta Rop é realizado pelo SCIH e Higienização. Objetiva o acesso fácil aos recursos para que os funcionários coloquem em prática as diretrizes recomendadas de higienização de mãos. Os testes de conformidade preveem adequação do número de locais (pias com dispensadores de papel toalha e sabonete líquido ou outra solução para antissepsia, álcool 70%), divulgação de lembretes sobre a técnica correta para higiene de mãos, o acesso a uma água segura em todas as torneiras (análise periódica da qualidade da água).

Outros requisitos demandados ao GF:

- **Plano de preparação para emergência – contempla o Plano de Abandono / Incêndio e o Plano de Atendimento a Múltiplas Vítimas.**

Nestes procedimentos, além da atuação das equipes assistenciais, são definidas ações às equipes de apoio para que toda a logística para atendimento, por exemplo, no caso de múltiplas vítimas, recursos extras sejam direcionados ao local de atendimento: equipe de segurança patrimonial controlando o fluxo local, engenharia clínica para alocar equipamentos sobressalentes, equipe de higienização, recepção, estacionamento, entre outras. O Plano de abandono contempla todos os requisitos de infraestrutura, procedimentos de rotina e programa de treinamento para a manutenção do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB, havendo responsabilidade pela Manutenção Predial e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT.

- Prevê a existência de sistemas back up ou planos de contingência para os serviços públicos essenciais, como água, energia, combustível (gás natural), gases medicinais e sistema de vácuo.
- Todas as saídas da instituição e suas rotas de fuga em caso de emergência estão claramente indicadas e padronizadas.
- Plano para o restabelecimento das operações normais, incluindo os serviços públicos, restabelecimento ou reforma das estruturas físicas, limpeza, gerenciamento dos resíduos.

Requisitos relacionados ao Controle de Infecções:

- Estabelece procedimento para combater a presença de Legionella em reservatórios de água (incluindo torres de refrigeração, rede de água quente e outros sistemas de água como chuveiros)
- A instituição tem procedimentos específicos para lidar com materiais, equipamentos e dispositivos contaminados.
- O ambiente físico é limpo e desinfetado: todas as superfícies, inclusive paredes, janelas e tetos, remoção de resíduos, contenção e limpeza de substâncias derramadas, os procedimentos indicam o cronograma de

limpeza, escolha dos produtos de limpeza ou desinfetantes, diluição adequada, tempo de contato para garantir a eficácia; e a padronização dos equipamentos utensílios e equipamentos.

- A instituição dispõe do Plano de Manutenção Operação e Controle – PMOC dos sistemas de ar condicionado.

Requisitos relacionados ao Planejamento do Trabalho:

- Os líderes desenvolvem, implementam e executam os planos operacionais da instituição e têm definido seu papel no processo de planejamento estratégico da instituição.
- Os líderes utilizam o plano operacional para identificar os recursos, sistemas e infraestrutura necessários para atingir suas metas e objetivos.
- Definem políticas claras para a aquisição de equipamentos e investimentos de capital.
- Os líderes da instituição monitoram o orçamento e geram relatórios regulares sobre seu desempenho financeiro.
- Os relatórios de desempenho financeiro da instituição incluem uma análise da utilização dos recursos e oportunidades de melhorar o uso eficiente dos mesmos.

Requisitos relacionados à gestão da Estrutura física

- Oferece uma estrutura física segura e saudável para os pacientes, familiares, visitantes e colaboradores.
- Tem acesso à água potável 24 horas por dia, com um plano de contingência em caso de interrupção do mesmo.
- Testa regularmente suas fontes de água a fim de verificar e documentar sua qualidade (de acordo com a legislação aplicável)

- As instalações são inspecionadas e testadas regularmente a fim de identificar riscos para pacientes e colaboradores.
- As instalações atendem as legislações de construção civil aplicáveis, inclusive às regulamentações de segurança no caso de incêndios.
- Mantém controle de todos os materiais e substâncias químicas inflamáveis, combustíveis e materiais perigosos existentes em seu espaço físico: inclui políticas e procedimentos sobre como manuseá-los, armazená-los, descartá-los e uso de EPI.
- A instituição dispõe de um plano descrito para a estrutura física a fim de garantir a segurança de todos os seus ocupantes: como a instituição tratará de todos os aspectos da infraestrutura física, áreas de circulação, materiais e resíduos perigosos,
- A instituição segue um programa para avaliar o risco para pacientes, visitantes, colaboradores durante períodos de construção e reforma.
- A instituição coleta e utiliza sugestões e informações dos colaboradores e prestadores sobre estrutura física: se o espaço físico é seguro, acessível, limpo e confortável, utilizando essas informações para melhorar o ambiente físico.

Requisitos relacionados à Gestão de materiais e equipamentos

- Há um processo formal para selecionar e comprar materiais e equipamentos médicos, seleção de fornecedores, gerenciamento do ciclo de vida, armazenamento seguro e eficiente, serviços ou reparos emergenciais.
- Dispõe de um programa de treinamento específico para os colaboradores sobre o uso seguro de todos os equipamentos.

Requisitos relacionados à Gestão de Pessoas

- Todos os colaboradores (inclusive os novos na integração) recebem treinamento anual sobre segurança no trabalho ou conforme a

periodicidade definida pela legislação vigente, abordando ao menos: o plano para o ambiente físico, políticas e procedimentos que afetam a segurança dos colaboradores, gerenciamento das fontes de água, energia elétrica e outros serviços, materiais e substâncias químicas perigosas, precauções e equipamentos de proteção individual.

- Os líderes monitoram a fadiga dos colaboradores e trabalham para gerenciar o estresse e os riscos à segurança: podem resultar de questões relacionadas às escalas de trabalho, número de funcionários ou a distrações ambientais, tais como ruídos.
- A instituição identifica e monitora regularmente as medidas de segurança ocupacional e gestão de pessoas, incluindo a pesquisa de qualidade de vida dos colaboradores.
- Os membros da equipe têm acesso a estratégias saudáveis no local de trabalho a fim de melhorar sua saúde e bem-estar, dispõe de um espaço tranquilo e reservado para refletir, descansar e também para prática religiosa.

Requisitos relacionados à Gestão da Qualidade

- Disponibilidade das descrições de Procedimentos Operacional Padrão – POP para todos os processos relacionados à atividade fim e de apoio.
- A instituição seleciona e monitora resultados dos processos e resultados a fim de avaliar seu desempenho: metas e objetivos operacionais e estratégicos
- A instituição estabelece critérios de qualidade e segurança para serviços contratados: estabelece os contratos, desenvolve mecanismo para esclarecer as expectativas, monitorar e controlar a qualidade e os custos dos serviços prestados.

A Acreditação Canadense ou ACI traz uma abordagem mais detalhada da atuação do GF hospitalar, contemplando as atividades de gestão da infraestrutura, o atendimento às regulamentações envolvidas, a gestão do

parque de equipamentos, envolvendo o usuário desde a aquisição e a ênfase aos treinamentos como requisito para segurança durante a operação.

Em interface com o processo prioritário controle de infecções, há uma importante qualificação ao serviço de higienização hospitalar, enquanto um dos processos responsáveis por evitar a propagação de infecções por meio da aplicação adequada de técnicas de higienização. Vale destacar ainda os temas sobre controle da qualidade da água e fornecedores como o de lavanderia hospitalar.

Por fim, não esgotando os requisitos da ACI ao GF, os itens sobre gestão de contratos de serviços terceirizados e principalmente aqueles relacionados à qualidade do ambiente, considerando que este tem impacto na saúde de seus usuários, têm total relação com a missão do gerenciamento de facilidades.

3.4. Joint Commission International - JCI

De acordo com o Manual da JCI em parceria com a CBA, a metodologia de acreditação estabelece metas e padrões para o estabelecimento da cultura de segurança ao paciente.

A JCI dedica um padrão exclusivo ao GF, nomeado de Gerenciamento das Instalações (Facility Management and Safety - FMS), e assim como na ACI, há interface com requisitos em outros padrões, a citar: Prevenção e Controle da Infecção (Prevention and Control of Infections - PCI), Governança, Liderança e Direção (GLD).

Cada padrão possui a descrição de seu propósito e os elementos de mensuração que detalham a evidenciam de conformidade para o padrão. A tabela a seguir abordará os principais requisitos da JCI ao GF.

Tabela 8: Requisitos da JCI ao GF.

PADRÃO FMS	ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO
Desenvolve e	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento das exigências legais e

PADRÃO FMS	ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO
<p>mantém um programa escrito que descreve os processos para gerenciar riscos aos pacientes, às famílias, aos visitantes e à equipe.</p>	<p>regulamentos: conhece e cumpre toda a regulamentação ao qual está submetido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segurança e Proteção • Materiais perigosos • Emergências • Segurança contra incêndio • Tecnologias médicas • Sistemas de infraestrutura
<p>Segurança e proteção</p> <p>Planeja e implementa um programa para fornecer uma instalação física (ambiente seguro) segura por meio de inspeção e planejamento para reduzir riscos a todos os usuários: pacientes, famílias, equipe e visitantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa para oferecer uma instalação física segura. • Inspeção documentada, atualizada e precisa das instalações físicas. • Avaliação da segurança durante períodos de construção e reforma e a aplicação de estratégias para reduzir riscos. • Equipe, prestadores de serviços e fornecedores são identificados. • Todas as áreas de risco para a segurança e as áreas restritas são identificadas, documentadas, monitoradas e mantidas seguras. • Crianças, idosos e outros pacientes vulneráveis, incapazes de se protegerem ou pedirem ajuda, devem ser protegidos contra danos. • Dispõe de procedimento para zelar pela integridade dos usuários da edificação, guarda de pertences, identificação de suspeitos.
<p>Materiais perigosos</p> <p>Existe um programa para gerenciamento de materiais perigosos incluindo identificação e controle seguro de materiais e resíduos perigosos nas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital tem um programa de estoque, manuseio, armazenamento e uso de materiais perigosos. • O hospital tem um programa para controle e descarte de materiais e resíduos perigosos. • São considerados: resíduos infectantes, resíduos patológicos e anatômicos, resíduos farmacêuticos perigosos, resíduos químicos perigosos, resíduos com alto teor de metais pesados, recipientes pressurizados, objetos perfurocortantes, resíduos

PADRÃO FMS	ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO
instalações.	altamente infectantes, resíduos genotóxicos/citotóxicos, resíduos radioativo.
Emergências: Preparação para desastres	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital identificou as principais catástrofes internas e externas, como emergências na comunidade, epidemias e catástrofes desastres naturais ou outros. • O hospital identifica o provável impacto que cada tipo de catástrofe terá em todos os aspectos de cuidados e serviços. • O hospital estabelece e implementa um programa de catástrofes que identifique sua resposta a prováveis catástrofes. • O programa inteiro, ou pelo menos os elementos críticos são testados anualmente, com análise pós simulado.
Segurança contra incêndio O hospital testa regularmente seu programa de segurança contra incêndio e fumaça, incluindo todos os dispositivos relativos à detecção antecipada e supressão, e documenta os resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital estabelece e implementa um programa para garantir que todos os ocupantes das instalações estejam protegidos contra incêndio, fumaça ou outras emergências não relacionadas a incêndio. • O programa inclui a avaliação documentada de riscos de incêndio, inclusive quando houver algum trabalho de construção nas instalações ou junto a elas, inclui a detecção antecipada de incêndio e fumaça, o combate a incêndio e a retenção de fumaça, saídas seguras das instalações quando ocorrerem emergências de incêndio ou não relacionadas a incêndio. • Limitação o fumo pela equipe e por pacientes a áreas específicas das instalações, não utilizadas para cuidados aos pacientes.
Tecnologia médica O hospital estabelece e implementa um programa de inspeção, testes e manutenção de tecnologia médica e documenta os	<ul style="list-style-type: none"> • Para garantir que a tecnologia médica esteja disponível para uso e funcione corretamente, o hospital executa e documenta: um inventário da tecnologia médica, inspeções regulares, teste de tecnologia médica de acordo com seu uso e exigências dos fabricantes e desempenho da manutenção preventiva. • Dispõe de sistema de monitoramento e resposta à notificações de perigo, recalls, incidentes

PADRÃO FMS	ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO
resultados	notificáveis, problemas e falhas de tecnologia médica.
<p>Sistemas de infraestrutura</p> <p>O hospital estabelece e implementa um programa para garantir que todos os sistemas de infraestrutura operem de forma eficaz e eficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O programa de gestão de infraestrutura inclui estratégias para manutenção da infraestrutura que garantam componentes de sistemas essenciais: como elétrico, hidráulico, resíduos, ventilação e gases medicinais, sendo regularmente inspecionados, mantidos e, quando necessário, aprimorados. • Dispõe de um inventário dos componentes de seus sistemas de infraestrutura e mapeia a distribuição deles. • Identifica atividades e periodicidade de inspeção e manutenção de todos os componentes operacionais de sistemas de infraestrutura no inventário, com base em critérios como recomendações dos fabricantes, níveis de risco e experiência do hospital. • Garante que água potável e energia elétrica estejam sempre disponíveis e estabelece e implementa fontes alternativas de água e de energia durante uma interrupção no fornecimento, contaminação ou falha: testa os sistemas de emergência de abastecimento de água e energia e documenta os resultados. • A qualidade da água é monitorada pelo menos trimestralmente ou mais frequentemente se exigido por legislação e regulamentos locais, condições das fontes de água e experiência anterior com problemas de qualidade da água. O monitoramento é documentado.
<p>Monitoramento do programa de gerenciamento das instalações</p> <p>Planejamento para substituir ou atualizar tecnologia médica, equipamentos e</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de monitoramento são coletados e analisados para cada um dos programas de gerenciamento da instalação e são usados como base para planejar a substituir ou atualização de tecnologia médica, equipamentos e sistemas, e para reduzir riscos no ambiente. • Relatórios sobre dados de monitoramento e recomendações são fornecidos trimestralmente à liderança do hospital

PADRÃO FMS	ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO
sistemas, reduzindo riscos no ambiente.	
Educação dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • O hospital educa, treina e testa todos os profissionais quanto aos seus papéis na promoção de instalações de cuidado seguras e efetivas. • Os profissionais são treinados e conhecem seus papéis nos planos institucionais de segurança e proteção contra incêndio, materiais perigosos e emergências. • A equipe é treinada para operar e manter a tecnologia médica e os sistemas de infraestrutura.

Fonte: Manual JCI

Os requisitos da JCI ao GF concentram ampla abordagem no padrão FMS, indubitavelmente priorizando aspectos de segurança no uso das instalações através do detalhamento de cada padrão, inclusive trazendo a necessidade de educação aos profissionais como ponto de crítico de sucesso para a segurança do ambiente. Por fim, o programa de gerenciamento das instalações para identificar e planejar a renovação das mesmas converge com a missão principal do GF em apoiar o *corebusiness*, subsidiando a alta liderança a respeito dos sistemas e também o planejamento orçamento requerido.

4. ROTEIRO PARA AUTO AVALIAÇÃO DO SISTEMA GERENCIAL DE FACILIDADES HOSPITALARES

O desenvolvimento do roteiro de auto avaliação do sistema gerencial de facilidades hospitalares teve seu embasamento teórico a partir dos programas de acreditação hospitalar apresentados no capítulo 03 deste trabalho, no qual os requisitos de quatro metodologias de certificação foram identificados: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), *Accreditation Canada International* (ACI) e *Joint Commission International* (JCI), além de legislações específicas a respeito dos temas discutidos.

Todos os requisitos foram classificados em assuntos afins, concentrando 08 blocos de abordagem, totalizando cento e cinco questões. A referência utilizada para a definição dos blocos de perguntas foi inspirada nas quatro perspectivas do BSC, correlacionando os requisitos das metodologias de certificação às perspectivas, conforme representado na tabela abaixo:

Tabela 9: Blocos de assuntos X Perspectivas BSC

Nº	Blocos do roteiro	Nº de questões	Total de pontos	Perspectiva BSC
1	Gestão de Recursos Humanos	01 a 10	52	Aprendizado e desenvolvimento
2	Gerenciamento de Riscos e Não Conformidades	11 a 13	23	
3	Gestão de Serviços – Terceirizados ou Auto Gestão	14 a 37	80	Processos estratégicos
4	Gestão da Infraestrutura – Compliance	38 a 68	84	
5	Gestão da Engenharia Clínica Hospitalar	69 a 89	50	
6	Uso – Clientes Internos e Externos	90 a 95	33	Clientes
7	Sustentabilidade e Comunidade	96 a 104	63	
8	Gestão de Custos	105.00 a 105.06	7	Financeira
TOTAL DE PONTOS			392	

Além das 105 questões identificadas numericamente nos itens do roteiro, um quantitativo importante do questionário possui subitens em sua abordagem, para melhor detalhamento e evidência acerca do assunto. Vale destacar também algumas questões que remetem o roteiro de outro bloco, a exemplo da gestão de recursos humanos quanto à integração de novos colaboradores e seu programa de capacitação – aparece nos roteiros de gestão de serviços, infraestrutura e engenharia clínica hospitalar. Por fim, o questionamento sobre como determinado serviço ou processo contribui com o planejamento estratégico organizacional, não cabendo as respostas “atende” ou “não atende”, tem a finalidade de avaliar o gestor e evidenciar sua compreensão entre a interface do GF e a missão da empresa.

Figura 8: Índice do roteiro para avaliação do sistema gerencial de facilidades

ITEM	GESTÃO RECURSOS HUMANOS
1.00	ESTUDOS DE DIMENSIONAMENTO DAS EQUIPES
6.00	AULA DE INTEGRAÇÃO PARA O NOVO COLABORADOR: PÚBLICO GERAL
7.00	AULA DE INTEGRAÇÃO PARA O NOVO COLABORADOR: ESPECÍFICO POR FUNÇÃO/EQUIPE
8.00	PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
9.00	INDICADORES GESTÃO RH
ITEM	MONITOTARAMENTO DE RISCOS E NÃO CONFORMIDADES
11.00	MATRIZ DE RISCOS PARA CADA PROCESSO
12.00	CADEIA CLIENTE FORNECEDOR - CCF
13.00	PREPARAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS
ITEM	GESTÃO DE SERVIÇOS - TERCEIRIZADOS OU AUTO GESTÃO
14.00	ESTUDO COMPARATIVO DE VIABILIDADE: ORGÂNICO X TERCEIRO
18.00	QUALIFICAÇÃO DAS EMPRESAS CONTRATADAS
19.00	APLICA ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO (SLA) PERIODICAMENTE
20.00	GESTÃO DE COLABORADORES TERCEIRIZADOS
21.00	NOVO COLABORADOR TERCEIRIZADO OU PRÓPRIO RECEBE INTEGRAÇÃO - CONSIDERAR ITENS 6 E 7
22.00	PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO - CONSIDERAR ITEM 8
26.00	MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS ATUALIZADO
27.00	PLANO DE TRABALHO DE ACORDO COM O TIPO DE SERVIÇO
35.00	SERVIÇOS ESPECÍFICOS: LAVANDERIA E ROUPARIA
36.00	SERVIÇOS ESPECÍFICOS: HIGIENIZAÇÃO
37.00	SERVIÇOS ESPECÍFICOS: SEGURANÇA PATRIMONIAL

ITEM	GESTÃO DA INFRAESTRUTURA - COMPLIANCE
38.00	ESTUDO COMPARATIVO DE VIABILIDADE: ORGÂNICO X TERCEIRO
48.00	PLANO DE MANUTENÇÃO - DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS
49.00	QUALIFICAÇÃO PRESTADORES DE SERVIÇO: COMPRA DIRETA (SEM CONTRATO)
50.00	GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS - CONSIDERAR ITENS 19 E 20
51.00	MATRIZ DE RISCO PARA CADA PROCESSO - CONSIDERAR ITEM 11
52.00	PLANOS DE CONTINGÊNCIA COM TESTES PERIÓDICOS
53.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - ELÉTRICO
54.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - AR CONDICIONADO
55.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - HIDRÁULICO
56.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - GERAÇÃO DE VAPOR E ÁGUA QUENTE
57.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - SISTEMA DE DETECÇÃO E ALARME DE INCÊNCIO - SDAI
58.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - CENTRAL DE GASES MEDICINAIS
59.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - TRANSPORTE VERTICAL
60.00	PRINCIPAIS SISTEMAS PREDIAIS - CIVIL
61.00	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP
62.00	PLANO DE TRABALHO PARA MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA
63.00	SOFTWARE GESTÃO - <i>COMPUTERIZED MAINTENANCE MANAGEMENT SYSTEM - CMMS</i>
64.00	RASTREABILIDADE ATIVOS POR <i>RADIO-FREQUENCY IDENTIFICATION - RFID</i>
65.00	INDICADORES
66.00	RELATÓRIO SOBRE STATUS DOS ATIVOS DA INFRAESTRUTURA À ALTA ADMINISTRAÇÃO
ITEM	GESTÃO ENGENHARIA CLÍNICA HOSPITALAR
69.00	ESTUDO COMPARATIVO DE VIABILIDADE: ORGÂNICO X TERCEIRO
72.00	CRONOGRAMA DE TREINAMENTO PARA EQUIPE ASSISTENCIAL - USO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS
73.00	DIMENSIONAMENTO VALIDADO PARA O PARQUE DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS - LEGISLAÇÕES
74.00	INVENTÁRIO ATUALIZADO
80.00	PLANO DE MANUTENÇÃO - DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS
81.00	QUALIFICAÇÃO PRESTADORES DE SERVIÇO: COMPRA DIRETA (SEM CONTRATO)
82.00	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
83.00	MATRIZ DE RISCO PARA CADA PROCESSO - CONSIDERAR ITEM 25
87.00	INDICADORES
88.00	RELATÓRIO SOBRE STATUS DO PARQUE TECNOLÓGICO À ALTA ADMINISTRAÇÃO
ITEM	USO - CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS
90.00	CLIENTES INTERNOS
91.00	AVALIAÇÃO ERGONOMICA DAS ÁREAS DE TRABALHO - NR 17
92.00	RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE ACESSIBILIDADE - NBR 9050
93.00	SINALIZAÇÃO ADEQUADA EM TODA EDIFICAÇÃO - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO
94.00	CLIENTE EXTERNOS
94.05	HOSPITALIDADE
95.00	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
ITEM	SUSTENTABILIDADE E COMUNIDADE
96.00	CONSUMO DE ÁGUA
97.00	CONSUMO DE ENERGIA
98.00	CONSUMO DE GÁS NATURAL
99.00	MOBILIDADE - LOCALIZAÇÃO, TRANSPORTE
100.00	CONSUMO DE MATERIAIS - SUPRIMENTOS
101.00	GESTÃO DE RESÍDUOS
101.22	COMPLIANCE
101.31	INDICADORES
102.00	MONITORAMENTO - EMISSÕES
103.00	INICIATIVA PARA MITIGAR OS IMPACTOS AMBIENTAS DE PRODUTOS E SERVIÇOS
ITEM	GESTÃO DE CUSTOS
105.00	PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA O ANO DE EXERCÍCIO ATUAL

Para o preenchimento do roteiro, primeiramente o gestor que realizar a auto avaliação deverá fazer a identificação do estabelecimento em questionário próprio, parte integrante do roteiro. Através da identificação, serão obtidas informações sobre o tamanho da edificação, capacidade instalada, produção, principais serviços de apoio e também o quantitativo das equipes de gerenciamento de facilidades.

Concernente ao preenchimento dos roteiros dos 08 blocos de avaliação, serão possíveis quatro possibilidades de respostas: Atende, Parcial, Não Atende e Não Aplicável (NA):

- Atende: possui evidência documental vigente exatamente como solicitado.
- Parcial: evidência documental não contempla a totalidade da questão.
- Não Atende: não possui evidência documental, mesmo que tenha alguma iniciativa sobre o questionamento.
- NA: não possui o serviço ou eventualmente não está no escopo do Gerenciamento de Facilidades

Esta metodologia não pressupõe a obtenção de algum selo ou certificado, por isso não há pontuação mínima a ser atingida, no entanto, os itens do roteiro que abordam a adequação documental com exigência legal, devem ter atenção prioritária aos processos do Gerenciamento de Facilidades.

Apesar de a proposta ser para auto avaliação, a ferramenta permite a aplicação através de auditor ou entrevistador, devendo ser seguidas as mesmas orientações colocadas.

Realizada a auto avaliação ou avaliação (se feita por entrevistador), deve-se obter o percentual de adequação ao roteiro – geral e por bloco. Considerando o desenvolvimento da ferramenta em planilha Excel, facilita-se a apuração do resultado. Simplificadamente, para a obtenção do resultado deve-se considerar a fórmula:

Total de itens atendidos em cada bloco

Total de itens aplicáveis (Atende + Parcial + Não Atende) no mesmo bloco

A partir da obtenção do percentual, o gestor do Gerenciamento de Facilidades poderá elaborar seu planejamento para sanar os itens atendidos parcialmente ou não atendidos, visualizando seus pontos fortes e as oportunidades de melhoria em cada bloco de avaliação. Esta visualização será mais bem apresentada durante o estudo de caso através da utilização de gráfico radar no capítulo cinco desta monografia.

4.1. Proposição de modelo de BSC para o GF hospitalar

A proposta do BSC para o gerenciamento de facilidades hospitalar permite focar as principais demandas sob o escopo do gestor, a partir de um grupo de indicadores chave de desempenho que contemple as 04 perspectivas e os 08 blocos do roteiro de avaliação, conforme figura adiante:

Figura 9: BSC para o Gerenciamento de Facilidades Hospitalar

PERSPECTIVAS	GERENCIAMENTO DE FACILIDADES HOSPITALAR - INDICADORES DO BSC			
FINANCEIRA	GESTÃO DE CUSTOS * CUSTEIO PROGRAMADO X REALIZADO * CUSTO TOTAL DE FACILIDADES * FACILITY CONDITION INDEX			
CLIENTES	SUSTENTABILIDADE E COMUNIDADE * M ³ DE ÁGUA POR PRODUÇÃO HOSPITALAR * KWH DE ENERGIA ELÉTRICA POR PRODUÇÃO HOSPITALAR * M ³ DE GÁS POR PRODUÇÃO HOSPITALAR * PERCENTUAL DE GERAÇÃO POR TIPO DE RESÍDUO		USO - CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS * PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO * PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL	
PROCESSOS ESTRATÉGICOS	GESTÃO DE SERVIÇOS * PERCENTUAL DE ADEQUAÇÃO DE SLA	GESTÃO DA INFRAESTRUTURA - COMPLIANCE * PERCENTUAL DE EXECUÇÃO - MANUTENÇÃO CORRETIVA * PERCENTUAL DE EXECUÇÃO - MANUTENÇÃO PREVENTIVA	GESTÃO ENGENHARIA CLÍNICA HOSPITALAR * PERCENTUAL DE EXECUÇÃO - MANUTENÇÃO CORRETIVA * PERCENTUAL DE EXECUÇÃO MANUTENÇÃO PREVENTIVA * PERCENTUAL DE DISPONIBILIDADE DO PARQUE	
APRENDIZADO E DESENVOLVIMENTO	GESTÃO RECURSOS HUMANOS * TREINAMENTOS PROGRAMADOS X REALIZADOS * NOTA MÉDIA AVALIAÇÃO EFICÁCIA PÓS TREINAMENTO		GERENCIAMENTO DE RISCOS E NÃO CONFORMIDADES * PERCENTUAL DE NÃO CONFORMIDADES RESOLVIDAS * PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES DE RISCO RESOLVIDAS	

Fonte: baseado no FMEP e BSC

Na base do BSC, o bloco Gestão de Recursos Humanos suscita a vital importância da capacitação e desenvolvimento dos colaboradores para que o resultado das demais perspectivas seja atingido. Há um enfoque importante desde os critérios de dimensionamento para cada equipe, o adequado acolhimento ao novo colaborador, quando deve receber a integração aplicável para todas as categorias profissionais, seguido por aula de integração específica e o programa anual de treinamentos. Os indicadores estabelecidos são o percentual de execução dos treinamentos programados e a avaliação de eficácia pós treinamento através de avaliações formais.

Na mesma perspectiva, o gerenciamento de riscos e não conformidades aborda o mapeamento de riscos dos processos, as causas e se há barreiras de segurança estabelecidas. Para o gerenciamento de não conformidades, questiona-se a existência da cadeia cliente fornecedor, a definição de produto e seus atributos quantitativos e qualitativos. Tanto para as não conformidades, quanto para as ocorrências de risco, a adoção de monitoramento com registro de ocorrências e as devidas tratativas são exigidos.

Devido alinhamento com o tema, neste mesmo bloco o preparo para emergências e plano de abandono (com enfoque nas áreas de apoio) foi incluído também. Os indicadores estabelecidos são o percentual de não conformidades e notificações de risco resolvidos.

Tendo a base do BSC focada no desenvolvimento dos recursos humanos e a segurança dos processos, permiti-se o desenvolvimento dos processos estratégicos do gerenciamento de facilidades hospitalar. Nesta perspectiva, novamente a premissa deve ser a segurança, no amplo sentido, desde a qualificação para a contratação segura de prestadores de serviços, até o rígido controle dos processos de infraestrutura e a gestão do parque de equipamentos médicos. Os indicadores chave de desempenho são o percentual de adequação do SLA⁸ para os prestadores de serviço, percentual

⁸ SLA – *Service Level Agreement* ou Acordo de Nível de Serviço, utilizado para monitorar a adequação dos serviços contratados em relação ao escopo estabelecido.

de execução de manutenção corretiva e preventiva da infraestrutura e equipamentos médicos, além do percentual de disponibilidade do parque.

O desempenho da perspectiva Processos Estratégicos influenciará fortemente o resultado da próxima perspectiva - Clientes, onde o a Sustentabilidade dos processos, do ponto de vista ambiental e financeiro, bem como o gerenciamento dos impactos do negócio no entorno da edificação, refletirão na formação da imagem organizacional junto a Comunidade. Ressalta-se nesta perspectiva o potencial para a otimização de recursos, dada à complexidade dos processos hospitalares e seu funcionamento ininterrupto. Neste bloco há inúmeras possibilidades de indicadores chave de desempenho, no entanto, considerando o volume de recursos consumidos e resíduos gerados, sugeriu-se o monitoramento do consumo de água, energia elétrica e gás natural por produção hospitalar e também o percentual de geração por tipo de resíduo.

No bloco Uso – Clientes Internos e Externos, o objetivo principal é identificar processos e serviços que proporcionem uma experiência positiva aos clientes externos, por ser a razão de existência do hospital: pacientes, acompanhantes, familiares e demais visitantes. Esta experiência positiva, a despeito do motivo de sua internação, deve contemplar todos os momentos da verdade entre os pacientes e familiares com os serviços *non corebusiness*, desde o uso do estacionamento, a gentileza e prestatividade da equipe de seguranças e recepção, o acolhimento pelos concierges, endossados pela conservação da infraestrutura: edificação, mobiliários, equipamentos e limpeza, transmitindo segurança e conforto aos clientes.

A experiência proporcionada ao paciente e ao seu acompanhante serão fatores determinantes na fidelização do cliente, já que os protocolos adotados ao tratamento não deverão apresentar mudanças significativas entre os hospitais concorrentes, apesar da óbvia relevância da equipe de saúde e médicos.

Não menos importante, os clientes internos, representados pelos médicos e demais componentes da equipe multidisciplinar, como enfermeiros,

nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros, bem como colaboradores das equipes de apoio, demandam necessidades específicas de acordo com sua função, sendo determinante a funcionalidade dos ambientes e segurança dos sistemas prediais, proporcionando conforto e bem estar às equipes. Questões como a ergonomia, através do conforto térmico, luminoso e acústico, instalações sanitárias e salas de conforto às equipes, são aspectos de forte relevância para a satisfação e sua retenção. Assim, os indicadores chave de desempenho sugeridos são a pesquisa de satisfação do cliente externo e a pesquisa de clima organizacional.

No topo das perspectivas, a Financeira será sustentada ou determinada em função do desempenho das demais perspectivas já apresentadas. O objetivo do roteiro será verificar a adoção do planejamento orçamentário, a análise dos custos e a troca de informações entre hospitais acerca dos custos dos serviços do escopo do gerenciamento de facilidades, evidenciando a prática de *benchmarking*⁹ como indutor do processo de melhoria contínua. O indicador sugerido está relacionado ao custeio programado versus realizado, custo total de facilidades e o *Facility Condition Index – FCI*¹⁰,

Nos roteiros da perspectiva processos estratégicos, questiona-se sobre a utilização de sistemas de tecnologia da informação e comunicação, como o CMMS¹¹ para que o universo de informações seja devidamente gerenciado, desde o cadastramento dos ativos, definição das estratégias de manutenção, monitoramento dos indicadores chave de desempenho e relatórios gerenciais, contribuindo e facilitando o uso de ferramentas como o BSC, para os resultados esperados em relação ao gerenciamento de facilidades hospitalar.

⁹ *Benchmarking* – prática utilizada para a troca mútua de informações entre instituições afins com o objetivo melhorar os resultados do negócio.

¹⁰ FCI – *Facility Condition Index* – Índice da condição ou status dos ativos de facilidades. No FCI relaciona-se o custo total de manutenção ao custo de reposição, como base para tomada de decisão para renovar ou substituir os ativos.

¹¹ CMMS – *Computerised Maintenance Management System* – Sistema computadorizado para o gerenciamento da manutenção.

5. ESTUDO DE CASO - AVALIAÇÃO DO SISTEMA GERENCIAL DE FACILIDADES EM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO.

O roteiro foi aplicado em hospital público localizado na cidade de São Paulo, caracterizado como hospital geral para o atendimento das especialidades básicas de clínica médica, ortopedia, pediatria, ginecologia, obstetrícia e pronto socorro.

Quanto aos serviços de apoio dispõe de: manutenção predial, ar condicionado, engenharia clínica, rouparia, recepção, segurança patrimonial, estacionamento, lanchonete, higienização, além de diversos contratos com empresas terceirizadas, tais como lavanderia, manutenção do gerador e caldeira, serviços de coleta, tratamento e destinação de resíduos, controle de pragas e vetores, entre outros.

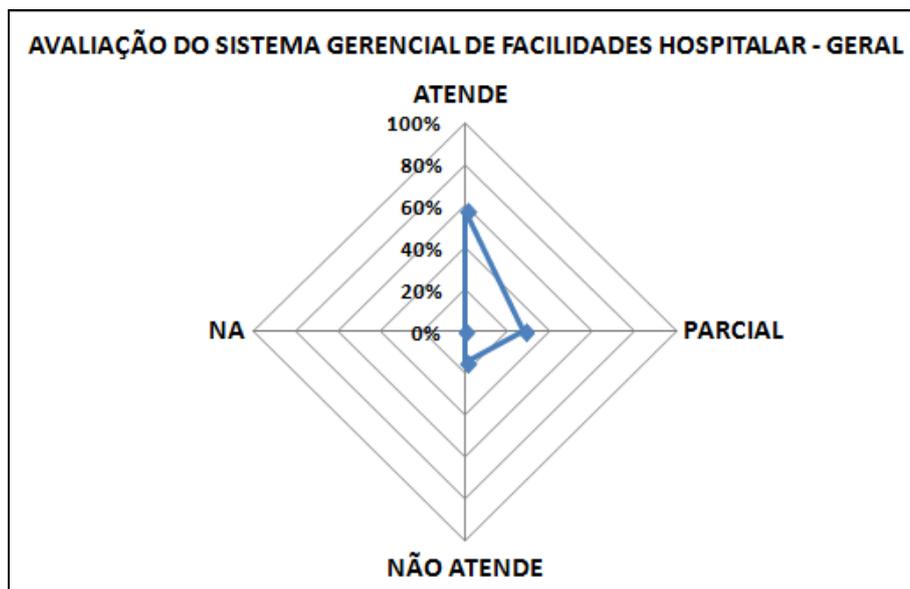
A coleta de dados foi realizada através do questionário de avaliação do sistema gerencial de facilidades apresentado no capítulo 04 desta monografia.

Ao compilar os dados, foram observados os seguintes resultados:

Figura 10: Resultado geral ao aplicar o questionário

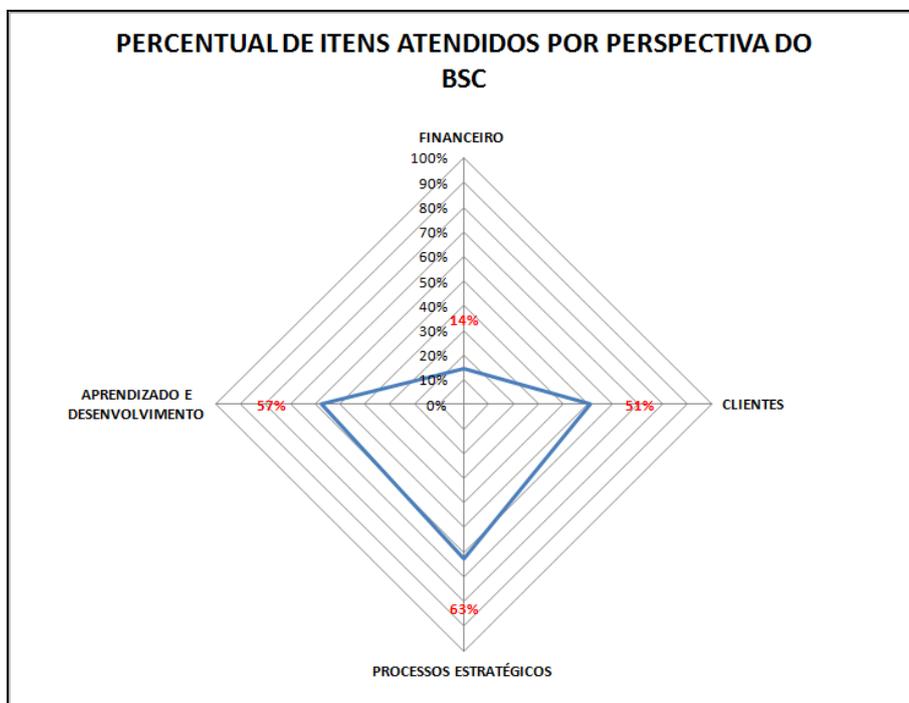
BLOCO DE PERGUNTAS	ATENDE	PARCIAL	NÃO ATENDE	NA	TOTAL
GESTÃO RECURSOS HUMANOS	50%	31%	19%	0%	100%
GERENCIAENTO DE RISCOS E NÃO CONFORMIDADES	74%	22%	4%	0%	100%
GESTÃO DE SERVIÇOS - TERCEIRIZADOS OU AUTO GESTÃO	50%	44%	6%	0%	100%
GESTÃO DA INFRAESTRUTURA - COMPLIANCE	57%	26%	15%	1%	100%
GESTÃO ENGENHARIA CLÍNICA HOSPITALAR	92%	2%	6%	0%	100%
USO - CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS	30%	42%	27%	0%	100%
SUSTENTABILIDADE E COMUNIDADE	62%	13%	25%	0%	100%
GESTÃO DE CUSTOS	14%	86%	0%	0%	100%
PERCENTUAL GERAL	58%	27%	15%	0%	100%

Figura 11: Percentual geral de itens atendidos



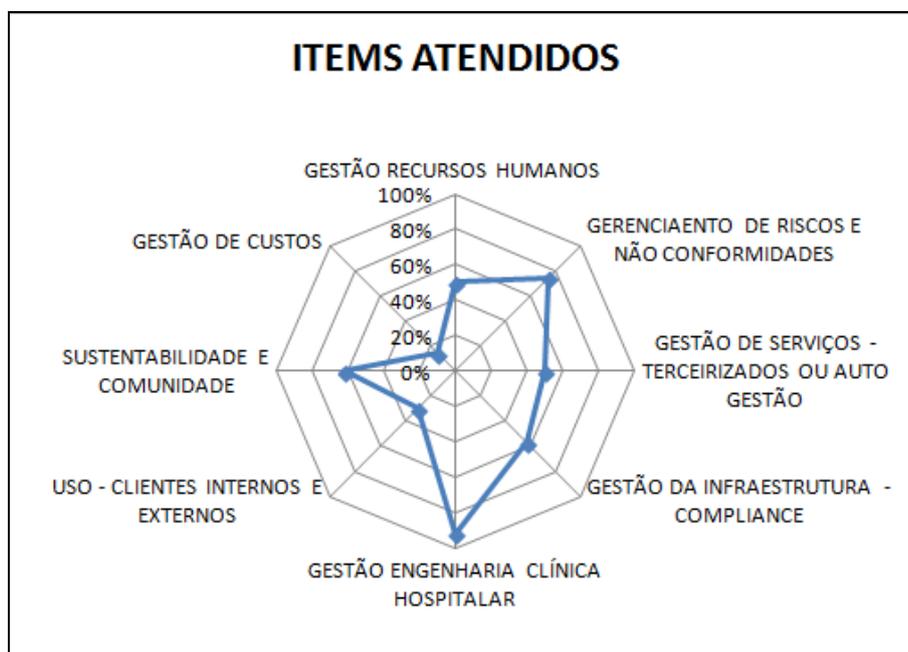
Ao analisar somente o percentual geral, figuras 8 e 9, considerando os oito blocos de perguntas, observamos um resultado razoável de 58% para os itens atendidos, tendo em vista que os parcialmente atendidos representam 27%, um percentual considerável.

Figura 12: Percentual de itens atendidos por perspectiva do BSC



Considerando a correlação dos itens do roteiro às perspectivas do BSC, este gráfico evidencia que o melhor resultado obtido está na perspectiva processos estratégicos, enquanto o mais deficiente na perspectiva financeira. Nesta apuração é importante entender que a ferramenta não considerou uma ponderação entre as perspectivas, logo na financeira com apenas sete perguntas, das quais seis foram atendidas parcialmente, cada resposta terá maior peso no resultado final.

Figura 13: Percentual de itens atendidos para os oito blocos



Quanto à avaliação dos oito blocos, figura 13, destaca-se a gestão da engenharia clínica com 92% de adequação, a despeito dos blocos Uso e Gestão de custos que apresentaram resultado bem inferior, com 30% e 14% respectivamente. Ratifica-se no bloco custos novamente a ausência de ponderação, bem como o teor da perguntas, já que questionava a adoção de indicadores específicos do GF, tais como tempo de retorno do investimento e índice de estado das facilidades, os quais demandam uma apuração precisa dos custos de manutenção através de sistemas informatizados com valor de investimento considerável.

No entanto, considerando que o bloco Custos obteve 86% de itens parcialmente atendimentos, enquanto o bloco Uso atingiu 42% de itens parciais

e 27% de itens não conforme, elegeu-se este assunto para análise detalhada, conforme apresentado adiante:

Figura 14: Análise detalhada bloco Uso

	ATENDE	PARCIAL	NÃO ATENDE
CLIENTES INTERNOS	14%	71%	14%
AVALIAÇÃO ERGONOMICA DAS ÁREAS DE TRABALHO - NR 17	60%	40%	0%
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE ACESSIBILIDADE - NBR 9050	0%	100%	0%
SINALIZAÇÃO ADEQUADA EM TODA EDIFICAÇÃO - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO	0%	100%	0%
CLIENTES EXTERNOS	0%	50%	50%
HOSPITALIDADE	20%	20%	60%
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE	57%	29%	14%

Analisando o bloco Uso, chama a atenção alguns subitens, a exemplo do cliente interno, onde assuntos relacionados à avaliação de instalações sanitárias, refeitório, salas de convivência e conforto são atendidos parcialmente ou não existem, o que refletirá diretamente na satisfação dos colaboradores.

Também o item análise ergonômica das áreas de trabalho, onde 40% dos itens estão parcialmente atendidos, principalmente devido ao assunto conforto térmico.

Quanto ao assunto hospitalidade, chamou a atenção os 60% de itens não atendidos, onde a maior relevância esta na ausência de acomodação adequada para os acompanhantes. Alguns itens como a ausência de serviço de táxi, floricultura e salão de beleza, apesar de ausentes no serviço avaliado, deve-se considerar o perfil do usuário do hospital público.

Com isso, através da demonstração de uso da ferramenta, evidencia-se que a mesma pode ser utilizada pelo gestor responsável do gerenciamento de facilidades, com o objetivo de realizar um diagnóstico amplo de seus processos, identificando fragilidades e elegendo prioridades a serem trabalhadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cenários político, econômico e social são determinantes na consolidação do planejamento e missão das organizações, fator especialmente observado para o segmento de saúde no Brasil. O envelhecimento populacional, associado ao subfinanciamento e à carência de equipamentos de saúde configuram a saturação do setor.

Neste contexto, o papel do Gerenciamento de Facilidades é vital no amplo sentido, desde sua missão basal em garantir a segurança das instalações até em otimizar os recursos por meio do desempenho dos serviços e instalações. Deve-se ainda proporcionar um ambiente acolhedor e humanizado aos pacientes, acompanhantes e visitantes, bem como atender as demandas dos clientes internos, representados principalmente pela equipe assistencial. Esta atuação do GF reflete na fidelização dos clientes, o fortalecimento da marca e a na retenção dos recursos humanos.

Assim, dada a potencial contribuição do GF na consecução do *corebusiness* hospitalar, alcançada através do adequado desempenho dos processos, a realização deste trabalho pode auxiliar como fonte de informações. O embasamento a partir das metodologias de certificação e acreditação mostra-se oportuno, já que convergem com a missão do GF, o foco na segurança do paciente e resultados.

A metodologia para avaliação do sistema gerencial e a identificação de requisitos ao GF hospitalar apresentadas neste trabalho, proporcionam uma ampla visão técnica e de gestão sobre o caminho a ser percorrido pelo gestor, para que este não perca o foco ou a própria missão de seu serviço. Conduz ao amadurecimento dos processos de gestão, tendo como premissa a segurança obtida através do desenvolvimento dos recursos humanos e gerenciamento dos riscos.

Reitero a grande oportunidade de adoção das metodologias apresentadas, mesmo não sendo um hospital acreditado, já que segundo a

ONA (2015), dos 6.140 hospitais brasileiros, apenas 283 possuem algum tipo de certificação, o que representa 4,61%,

O uso da ferramenta BSC e a definição dos indicadores chave de desempenho indubitavelmente poderão direcionar ao sucesso do GF, desde que sejam utilizados de maneira adequada e sistemática.

Desta forma, o autor deste trabalho espera que o embasamento teórico realizado auxilie o gestor do GF hospitalar na condução do melhor desempenho das atividades *non corebusiness*. Com isso, será evidenciada a contribuição estratégica do GF nas edificações hospitalares, beneficiando as atividades assistenciais à população usuária dos serviços de saúde.

Por fim, não há a pretensão de ter esgotado o assunto, mas sim ter conseguido chamar a atenção à importante participação do Gerenciamento de Facilidades nas instituições de saúde e instigar a realização de outras pesquisas e trabalhos correlatos ao tema, inclusive com o aprimoramento do roteiro de avaliação e no método de compilar os dados, considerando a atribuição de pesos para um diagnóstico mais fidedigno do sistema gerencial de facilidades hospitalares.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APPA – LEADERSHIP IN EDUCATIONAL FACILITIES. **Facilities Management Evaluation Program – FMEP**. 2015. Disponível em: https://www.appa.org/FMEP/documents/FMEP_Brochure_FullDraft_R5.pdf. Acesso em 10 maio 2015.
2. ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL. **ACI**. Canada, 2015. Disponível em: <<http://www.internationalaccreditation.ca>>.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **RDC 36/2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/Programa+Nacional+de+Segurancado+Paciente>>.
4. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA **RDC 306/2004 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/gerenciamento_de_residuos_de_servicos_de_saude>.
5. ANTONIOLI, Paulo Eduardo. **Estudo crítico sobre subsídios conceituais para suporte do planejamento de sistemas de gerenciamento de facilidades em edificações produtivas**. Dissertação (mestrado). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
6. ANTONIOLI, Paulo Eduardo. **Gerenciamento de Facilidades**. Poli Integra MBA, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. /Notas de aula Disciplina GF-213, São Paulo, 2014
7. ARCHIBUS. **CAFM at the Whittington Hospital**. 2005. Disponível em: <http://www.archibus.com/index.cfm?circuit=success_story_view&ssid=199> .
8. AMARATUNGA, Dilanthi, et al. **Assessment of facilities management performance – what next?** 2000. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/02632770010312187>>. Acesso em 20 agosto 2015.
9. ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 5.674. Manutenção de edificações**. Rio de Janeiro: ABNT, 1999. 6p.
10. BOEGER, Marcelo. **Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Manole Editora, 2011.
11. BONATO, Vera Lúcia. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. 2011. Disponível em: <

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em 20 junho 2015.
12. BONATO, Vera Lucia. et. al. **Gestão Hospitalar – Ferramentas de suporte e de gestão**. São Paulo: Saraiva Editora, 2006.
 13. CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M.. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 07, p.1-1, jul. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012>. Acesso em: 10 maio 2015.
 14. CASTRO, Iara Sousa. **A Capitalização da experiência do uso do ambiente construído - Contribuições da Avaliação Pós-Ocupação e da Análise Ergonômica do trabalho Estudo de caso realizado em um hospital-dia VIH. 2010**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo –Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
 15. CHIARETO, Joice. **Avaliação de desempenho organizacional – um estudo em um hospital universitário público**. 2014. Dissertação (mestrado em economia) – Programa de Pós Graduação em Economia, Universidade São Paulo, São Paulo, 2014.
 16. CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Administração Hospitalar – um compromisso com a ciência e a arte**. São Paulo: Edições Loyola Editora, 1998.
 17. COSTA, Roberta. et. al. **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**. 2002. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+legado+de+Florence+Nightingale%3A+uma+viagem+no+tempo>>. Acesso em: 10 de junho. 2015.
 18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Falta de leitos e de estrutura de atendimento agravam crise na rede pública**. 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22337:falta-de-leitos-e-de-estrutura-de-atendimento-agravam-crise-na-rede-publica&catid=3>. Acesso em: 10 maio 2015.
 19. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **DADOS DO SETOR**. 2015. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: 10 maio 2015.
 20. CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE – CONAMA. **RESOLUÇÃO Nº 358 de 2005 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em:<<http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>>.

21. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **CBA**. Rio do Janeiro, 2015. Disponível em: < <http://cbacred.org.br/>>.
22. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **MANUAIS JCI**. Rio do Janeiro, 2014.
23. COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. **CQH**. São Paulo, 2015. Disponível em:< <http://www.cqh.org.br/>>.
24. CQH. **Roteiro de Avaliação CQH**. São Paulo, 2015. Disponível em:< http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=146>.
25. DEL MAR, Carlos Pinto. **Panorama jurídico – NBR 15575 Norma de Desempenho**. São Paulo, 2013. Disponível em:< <http://www.delmar.adv.br/>>.
26. DRUKER, P. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.
27. DANTAS GURGEL JÚNIOR, Garibaldi; MILANO FALCÃO VIEIRA, Marcelo. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n2/10251.pdf>>. Acesso em: 14 maio. 2015.
28. FELICE DE TONI, Alberto, et al. **A performance measurement system for facility management: The case study of a medical service authority**. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/17410400710757123>>. Acesso em 14 maio 2015.
29. FELDMAN, Liliane Bauer. et al. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em 20 junho 2015.
30. FOULCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
31. GONÇALVES, Ernesto Lima. et. al. **Gestão Hospitalar – Determinantes Organizacionais no Hospital Moderno**. São Paulo: Saraiva Editora, 2006.
32. GONÇALVES, Márcio Augusto; ZAC, Jaime Indelicato; DE AMORIM, Cyntia Aparecida. **Gestão estratégica hospitalar: aplicação de custos na saúde**. Revista de Administração FACES Journal, v. 8, n. 4, 2009.

33. GRAÇA, Moacyr Alves. **Gerenciamento de Facilidades**. Poli Integra MBA, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. /Notas de aula Disciplina GF-202, São Paulo, 2013.
34. GRABAN, Mark. **Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários**. Porto Alegre: Bookman, 2013.
35. INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **IQG**. São Paulo, 2015. Disponível em: < <http://www2.iqq.com.br/>
36. INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **Manuais ACI – Instituto Qualisa de Gestão**. São Paulo, 2015.
37. JUNGMAN, Milton. **A influência da estrutura e da organização do trabalho na qualidade do atendimento: um estudo de caso em serviços**. Dissertação (mestrado). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
38. KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Organização orientada para a estratégia**. Rio de Janeiro. Campus, 2000.
39. KARMAN, Jarbas. **Manutenção e segurança hospitalar preditivas**. São Paulo: Estação Liberdade Editora, 2008.
40. LISBOA, Teresinha Covas; BORBA, Valdir Ribeiro. **Teoria Geral de Administração Hospitalar: Estrutura e Evolução do Processo de Gestão Hospitalar**. São Paulo: Qualitymark, 2006.
41. LEE, Fred. **Se Disney administrasse o seu Hospital – 9 ½ coisas que vocês mudaria**. São Paulo: Bookman Editora, 2009.
42. LAVY, Sarel; SHONET, Igal. **A strategic integrated healthcare facility management model**. 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/1648715X.2007.9637565>>. Acesso em 20 agosto 2015.
43. LAVY, Sarel; SHONET, Igal. **On the effect of service life conditions on the maintenance costs of healthcare facilities**. 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/01446190701393034>>. Acesso em 20 agosto 2015.
44. LAVY, Sarel; SHONET, Igal. **Integrated Healthcare Facilities Maintenance Management Model: case studies**. 2009. Disponível em: < <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1108/02632770910933134>>. Acesso em 20 agosto 2015.

45. MARINELLI, Alexandra. **A Evolução da Assistência a Saúde**. 2006. Monografia (Especialização) – Escola de Engenharia de São Carlos – Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2006.
46. MARAN, Marcos. **Gerenciamento de Facilidades**. Poli Integra MBA, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. /Notas de aula Disciplina GF-212, São Paulo, 2014.
47. MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.
48. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde – Lei 8080**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
49. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde – Emenda Constitucional 29**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>.
50. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução RDC nº 36**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.
51. NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro. Qualitymark, 1994.
52. NANCE, Jonh. **Como fazer a segurança dos hospitais decolar**. São Paulo: Bookman, 2011.
53. ORNSTEIN, Sheila Walbe; THOMAZONI, Andrea D'Angelo; **Desempenho Funcional de Centros de Diagnóstico: Um Estudo de Caso em Campinas**. 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/nutau/CD/14.pdf>>. Acesso em 20 agosto 2015.
54. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **ONA**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.ona.org.br>>.
55. OSAKA, Willi Gonzalez. **Plataforma para auxílio ao gerenciamento da tecnologia médico hospitalar em ambientes assistenciais de saúde usando RFID**. 2010. Dissertação (mestrado em engenharia) – Programa de Pós Graduação em Engenharia Elétrica, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2010.

56. PALOMBO, Irimar Erotides Bergamos. **Ferramenta de Apoio para o Diagnóstico Organizacional na Implementação de Sistemas CAFM no Gerenciamento de Facilidades**. 2007. 114 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gerenciamento de Facilidades, Departamento de Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
57. PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. **PNASS**. Brasília, 2015. Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/>>.
58. PNASS. **Roteiro de Avaliação PNASS**. Brasília, 2015. Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/>>.
59. PROGRAMA PARA DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS – PNUD (2014). Disponível em < <http://www.pnud.org.br>>.
60. QUINELLO, Robson; NICOLETTI, José Roberto. **Gestão de Facilidades**. São Paulo: Novatec Editora, 2006.
61. RIBEIRO, Carlos Manuel Sousa. **O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard**. 2008. Disponível em: http://www.otoc.pt/downloads/files/1218011746_61a66_gestao.pdf. Acesso em: 14 maio. 2015.
62. SHONET, Igal; LAVY, Sarel. **Healthcare facilities management: state of the art review**. 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1108/02632770410547570>>. Acesso em 20 agosto 2015.
63. SHONET, Igal; LAVY, Sarel. **Development of an integrated healthcare facilities management model**. 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1108/02632770410540342>>. Acesso em 20 agosto 2015.
64. TECHOPEDIA. **Computer-Aided Facilities Management (CAFM)**. 2014. Disponível em: <<http://www.techopedia.com/definition/27500/computer-aided-facilities-management-cafm>>.
65. TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão Estratégica na Saúde**. São Paulo: Iátria Editora, 2006.
66. WEELEN, T.L.; HUNGER, J.D. **Gestão estratégica: princípios e práticas**. Rio de Janeiro: Reichmann, 2002
67. ZOGHI, Ben. **RFID in Hospitals: Issues and Solutions**. 2004. Disponível em: http://rfid.ctu.edu.tw/8_lab/rfid_in_hospitals.pdf.

8. APÊNDICE – ROTEIROS DE AVALIAÇÃO