

KÁTIA DE ASSIS RAIMUNDO

**Análise do acordo de nível de serviço de limpeza em
instituições hospitalares: estudo de caso**

São Paulo

2016

KÁTIA DE ASSIS RAIMUNDO

**Análise do acordo de nível de serviço de limpeza em
instituições hospitalares: estudo de caso**

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: Gerenciamento de
Facilidades.

Orientador: Prof. Milton Jungman.

São Paulo

2016

Dedico este trabalho à minha mãe, minha maior incentivadora e exemplo a seguir. Meu muito obrigado com carinho e meu eterno amor a ti.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar saúde e sabedoria, força e coragem para a realização deste trabalho de conclusão de curso.

Agradeço a todos os professores deste curso que contribuíram com a minha formação através do conhecimento, em especial ao meu orientador Prof. Milton Jungman, pelo aprendizado proporcionado.

Aos colegas e amigos da turma GF 2013, pelo apoio, companherismo e momentos inesquecíveis.

Ao meu querido amigo Fábio Máximo pela ajuda, conhecimento, disponibilidade e paciência durante o processo de desenvolvimento da monografia.

Ao meu amado namorado Edmilson Amaral e minha amada mãe pelo incentivo, compreensão e carinho, por sempre estarem ao meu lado em todas as minhas escolhas e desafios.

"A descoberta consiste em ver o que todo mundo viu e pensar o que ninguém pensou."

Jonathan Swift.

RESUMO

A tendência dos hospitais tem sido de proporcionar serviços cada vez mais eficientes e personalizados, os quais, somados às novas tecnologias no mercado, têm influência direta em sua infraestrutura de serviços. O objetivo geral deste trabalho é realizar uma análise de acordo de nível de serviço (ANS) em instituições hospitalares, mais especificamente no setor de higiene de um hospital. Para o desenvolvimento do trabalho optou-se por um estudo de caso, procurando mostrar a importância de um ANS como apoio ao gerenciamento de qualidade de serviços. O estudo realiza uma análise do processo de gestão de ANS incluindo uma revisão da planilha de medição do acordo de nível de serviço utilizado no setor de higiene do hospital X, identificando as falhas no processo, propondo correções das mesmas, contribuindo com sugestões para melhoria do processo de gestão de limpeza hospitalar. O trabalho propõe também o uso da tecnologia para trazer mais objetividade de análise ao processo de medição de serviços de higiene.

Palavras-Chave: Acordo de nível de serviço, Hospital, Serviços de Higiene.

ABSTRACT

Hospitals nowadays tend to provide more efficient and personalized services, which, along with the new technology in the market, influence directly its services infrastructure. The general objective of this work is to analyze the Service Level Agreement (SLA) in hospital institutions, more specifically in a hospital janitorial service sector. To develop this paper, a case study was chosen, aiming to show the importance of a SLA as a quality service management tool. The study makes a SLA management process analysis, including a review on the service level agreement measurement spreadsheet used in the janitorial sector of the hospital X, identifying process failures, applying corrections for it and so contributing with suggestions for the hospital janitorial management process. This work proposes also a technology tool that brings objectivity for the measurement analysis.

Key Words: Service Level Agreement, Hospital, Janitorial Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 01: Frequência de Limpeza Concorrente | 22 |
| Figura 02: Frequência de Limpeza Terminal Programada | 23 |
| Figura 03: Acordo de Nível de Serviço | 29 |
| Figura 04: Processo de formalização de ANS | 33 |
| Figura 05: Surface ATP | 51 |
| Figura 06: Como coletar a amostra do Surface ATP? | 52 |

LISTA DE TABELAS OU QUADROS

| | |
|--|----|
| Tabela 01: Falhas Identificadas de ANS | 41 |
| Tabela 02: Propostas de correções das falhas de ANS | 44 |
| Tabela 03: Etapas do ANS para Gestão de limpeza hospitalar | 55 |
| Tabela 04: Resultado Parcial Percentual | 66 |
| Tabela 05: Atribuição das Notas\Valores | 69 |
| Tabela 06: A Higienização e Limpeza | 70 |
| Tabela 07: B Tratamento de Piso | 70 |
| Tabela 08: C Operação | 71 |
| Tabela 09: D Expectativa do Cliente | 71 |
| Tabela 10: E Gestão | 72 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | | |
|---------|---|--|
| ABNT | - | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ANS | - | Acordo de Nível de Serviço |
| ATP | - | Adenosina Trifosfato |
| ANVISAA | - | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CME | - | Central de Material e Esterilização |
| CIMS | - | <i>Cleaning Industry Management Standard</i> |
| CC | - | Código Civil |
| EPI | - | Equipamentos de proteção individual |
| GF | - | Gerenciamento de Facilidades |
| NBR | - | Abreviação (ABNT) |
| PDCA | - | <i>Plan-Do-Check-Act</i> |
| PMBOK | - | <i>Project management body of knowledge</i> |
| PMI | - | <i>Project Management Institute</i> |
| RLU | - | Unidades Relativas de Luz |
| SCIH | - | Setor de Compras e Hotelaria Hospitalar |
| SLA | - | <i>Service Level Agreements</i> |
| SND | - | Serviço de Nutrição e Dietética |
| TI | - | Tecnologia da Informação |
| UTI | - | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1. Objetivos da pesquisa | 15 |
| 1.2. Metodologia da pesquisa | 15 |
| 1.3. Justificativa | 16 |
| | |
| 2. LIMPEZA HOSPITALAR | 17 |
| 2.1. A Limpeza Hospitalar - Conceito | 17 |
| 2.2 Classificação das áreas dos serviços de saúde relativamente ao risco de transmissão de infecções | 19 |
| 2.2.1 Classificação das áreas (críticas, semi-críticas e não críticas) | 20 |
| 2.3. Processos de limpeza de superfícies | 20 |
| 2.3.1 Limpeza concorrente | 21 |
| 2.3.2 Limpeza terminal | 22 |
| | |
| 3. CONCEITOS DE SERVIÇOS | 24 |
| 3.1. Características de serviços | 24 |
| 3.2 Os serviços e a qualidade | 25 |
| 3.3. Características e conteúdo de um contrato de prestação de serviços | 26 |
| | |
| 4. ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO (ANS) | 29 |
| 4.1. O Conceito do Acordo de Nível de Serviço (ANS) | 29 |
| 4.2. Conteúdo do Acordo de Nível de Serviço (ANS) | 31 |
| 4.3. Acordo de Nível de Serviço (ANS) em Gerenciamento de Facilidades | 33 |
| 4.4. Acordo de Nível de Serviço (ANS) em Instituições Hospitalares | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 5. ESTUDO DE CASO - ANÁLISE DO NÍVEL DE SERVIÇO DE LIMPEZA EM HOSPITAL PRIVADO | 36 |
| 5.1. Análise do hospital X - Setor Higiene | 36 |
| 5.1.1. Maneira de utilização da planilha atual de medição no setor de higiene do hospital X | 37 |
| 5.1.2. Planilha de medição atual de ANS pelo hospital X | 39 |
| 5.2. As principais falhas do processo de elaboração e gestão do Acordo de Nível de Serviço (ANS) estudado | 41 |
| 5.3. Propostas para as correções das falhas do processo do Acordo do Nível de Serviço (ANS) | 44 |
| 5.4. Sugestões de melhoria do processo de ANS | 47 |
| 5.4.1 A planilha de medição de ANS | 49 |
| 5.4.2. Uma forma de medição objetiva | 51 |
| 5.4.3. Os benefícios das melhorias propostas para a planilha de medição | 53 |
| 5.5. Sugestão de etapas para implantação do ANS na Gestão de limpeza hospitalar | 54 |
| | |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 57 |
| | |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |
| | |
| 8. APÊNDICE | 64 |
| | |
| 9. ANEXO | 70 |

1. INTRODUÇÃO

O mercado de serviços tem crescido substancialmente nestes últimos anos, gerando a necessidade de qualidade e profissionalização.

Nesse sentido, atualmente uma grande quantidade de empresas utiliza o Acordo de Nível de Serviço (ANS), conhecida pela sigla em Inglês - SLA - *Service Level Agreement*, uma ferramenta amplamente utilizada em diversos segmentos. É um contrato ou acordo formal entre o prestador de serviço e seu cliente, com o objetivo de definir claramente, qual é o nível de serviço desejado, utilizando-se para isto, de parâmetros e métricas. Este acordo descreve os direitos, deveres e obrigações de ambas as partes, visando à satisfação dos clientes. (CORDEIRO, 2009).

A crescente profissionalização da área de gestão de serviços influencia também o setor de gerenciamento de facilidades (GF). Todavia, ainda existe neste um desafio importante em se garantir qualidade na prestação de serviços, em especial por empresas terceiras. (GONÇALVES, 1998)

Como outras empresas prestadoras de serviços, a tendência dos hospitais também tem sido de proporcionar serviços cada vez mais eficientes e personalizados, os quais, somados às novas tecnologias no mercado, influenciam diretamente a sua infraestrutura de serviços, fazendo com que o gerente de facilidades hospitalar tenha um papel fundamental na escolha das melhores ferramentas para atender a demanda de garantia de qualidade, procurando também proporcionar a produtividade, credibilidade, agilidade, segurança e eficiência.

O hospital é um local de prestação de serviços de saúde, cujo principal objetivo é acolher, dar amparo e hospitalidade às pessoas doentes, bem como proporcionar diagnósticos e tratamentos terapêuticos. Ao lado desta atividade principal, que é o core business do hospital, destacam-se alguns serviços de suporte, como a limpeza hospitalar, tema deste trabalho.

Diferentemente de outros mercados de gerenciamento de facilidades, a limpeza hospitalar, apesar de ser considerado um non-core-business, é imprescindível para o bom andamento e desempenho do core business, que é a assistência ao paciente, principal atividade das instituições de saúde. A limpeza hospitalar pode ser definida como o processo de remoção de sujidades pode ser definida como processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de

processos. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de infecções hospitalares, através das boas práticas na higiene hospitalar (TORRES, 2008). A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Por outro lado, se a limpeza hospitalar for realizada com procedimentos ou produtos químicos inadequados vidas podem ser comprometidas, o índice de infecção hospitalar pode aumentar, acarretando, em casos extremos, o fechamento dos hospitais. Ainda assim a grande maioria dos hospitais coloca a responsabilidade da limpeza nas mãos de empresas terceirizadas, arcando com possíveis riscos.

Partimos do princípio de que o serviço de limpeza hospitalar faz parte do rol dos processos que devem ser gerenciados de perto, com o máximo rigor e eficiência e, devido à necessidade de inovação e melhoria contínua dos processos, torna-se fundamental a utilização do ANS que ajuda no gerenciamento da qualidade, que deve ser altamente rigorosa em toda a sua aplicabilidade, detalhando os processos e criando níveis de controle previamente estabelecidos em contrato.

O acordo de nível de serviço (ANS) pode ser utilizado como um recurso no processo de acreditação hospitalar que tem o propósito de melhorar a qualidade e promover a segurança no atendimento a seus pacientes. A Acreditação hospitalar é um método de avaliação voluntário, periódico e reservado dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. E tem como característica, a educação continuada, não sendo uma forma de fiscalização.

Esse estudo possui por objetivo realizar uma análise do acordo de nível de serviço (ANS) em serviços de limpeza em instituições hospitalares, identificar as falhas, e propor sugestões para correções das mesmas.

Para o desenvolvimento deste trabalho optou-se pelo estudo de caso, na medida em que o trabalho está centrado em uma análise do acordo de nível de serviço no setor de higiene do hospital X, visando apresentar, uma perspectiva global, e tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista analisado.

As respostas obtidas com a análise do acordo de nível de serviço no setor de higiene do hospital X tornam possível não apenas identificar algumas situações de falhas indesejadas para o bom desempenho da ferramenta como também propor sugestões para

corrigi-las, no sentido de atender expectativas tanto dos clientes como das demais partes envolvidas no processo (hospital e prestador de serviços). Além disso, podemos observar mais de perto a necessidade de melhor uso de ANS para o setor de higiene, como um meio de melhoria contínua do serviço.

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é realizar uma análise do acordo de nível de serviço de limpeza em instituições hospitalares no setor de higiene de um hospital.

➤ **Objetivos Gerais**

Identificar as falhas no processo através da análise do acordo de nível de serviço de limpeza em instituições hospitalares no setor de higiene de um hospital, e propor a correção das mesmas, contribuindo com sugestões para melhoria do processo de gestão de limpeza hospitalar.

➤ **Objetivos Específicos**

Sugerir uma nova forma (planilha) de medição para melhoria do processo de ANS (acordo de nível de serviço); apresentar uma forma de medição objetiva para medir o nível de limpeza no ambiente hospitalar com uso de tecnologia chamada de “Método ATP” (Adenosina Trifosfato), e descrever as etapas para implantação do ANS na Gestão de limpeza hospitalar.

1.2 METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia escolhida para este trabalho é o Estudo de Caso. Essa modalidade de pesquisa é amplamente usada nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2007, p. 54).

O estudo de caso pode ser caracterizado como o estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social, e visa conhecer o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva

interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (FONSECA, 2002, p. 33). Nessa trajetória de pesquisa, o pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe.

Assim, ponderando as considerações dos autores citados, optou-se por essa forma de estudo, uma vez que é apresentada uma análise do nível de serviço de limpeza no setor de higiene do hospital X, e na sua sequência são propostas melhorias deste processo. Essa escolha deveu-se também à facilidade e familiaridade do autor com o tema, com o caso específico e com os dados, pelo fato de trabalhar neste tipo de instituição.

1.3 JUSTIFICATIVA

O acordo de nível de serviço (ANS) é uma ferramenta utilizada por instituições de diversos segmentos, todos os portes, assim como em gerenciamento de facilidades, de modo que se justifica por procurar estudar a melhor utilização desse recurso para que se obtenha a melhoria contínua na produtividade e qualidade no recebimento dos serviços e garantia do cumprimento do acordo por empresas terceiras.

É importante salientar que o ANS tem uma função fundamental no controle e eficiência dos serviços, mas é preciso saber medir e definir bem os critérios de desempenho para não criar um clima negativo com os prestadores, sempre mantendo a concordância entre as partes.

Em razão desses aspectos, emergiu a seguinte questão:

- Quais as sugestões de melhoria para uso do Acordo de nível de serviço (ANS) em instituições hospitalares?

Em face dessa questão, este estudo pretende analisar o acordo de nível de serviço de limpeza no setor de higiene do hospital X, identificar as principais falhas percebidas, propor sugestões para as correções das mesmas, sugerir uma nova forma (planilha) de medição ANS e descrever as etapas para uma gestão de limpeza hospitalar de sucesso.

2. LIMPEZA HOSPITALAR

2.1 A Limpeza Hospitalar - Conceito

A limpeza convencional consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes), em um determinado período de tempo (BASSO, 2004).

Já a limpeza hospitalar é um conjunto de medidas eficazes de prevenção e controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. A disseminação de vírus, de bactérias e de diversos fungos se dá através do ar, da água e das superfícies inanimadas. (TORRES, 2008). Independentemente da área a ser higienizada, o que é importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a utilização de panos úmidos para espalhar a sujidade.

Para Salles (2011, p. 5),

“A limpeza hospitalar é o processo de remoção de sujidades de superfície do ambiente, mediante a aplicação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, através das boas praticas em higiene e limpeza hospitalar.”

Reafirmando o que disse Salles, sabe-se que a água, por si só, não é eficiente na limpeza; para isso é necessário adicionar produtos químicos, promovendo o contato mais próximo com a superfície a ser limpa. A limpeza de rotina é necessária, mas não exige uma frequência tão grande quanto ao piso.

Alguns procedimentos devem ser levados em consideração no momento de realizar uma limpeza, em especial para o profissional que atua neste processo dentro de uma unidade hospitalar. Os procedimentos para uma boa limpeza exigem uma quantidade de normas a serem seguidas.

Os princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde (APECIH et al., 2004) são descritos a seguir:

- ✓ Proceder à frequente higienização das mãos;
- ✓ Não utilizar adornos como (anéis, pulseiras, relógios, colares, *piercing*, brincos) durante o período de trabalho;
- ✓ Manter os cabelos presos e arrumados e unhas limpas, aparadas e sem esmalte; os de sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita;
- ✓ O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida;
- ✓ Utilizar a varredura úmida, que pode ser realizada com rodo e panos de limpeza de pisos;
- ✓ Todos os produtos saneantes utilizados devem estar devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- ✓ A responsabilidade do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na escolha e aquisições dos produtos saneantes deve ser realizada conjuntamente pelo Setor de Compras e Hotelaria Hospitalar (SCIH);
- ✓ É importante avaliar o produto fornecido aos profissionais. São exemplos: testes microbiológicos do papel toalha e sabonete líquido, principalmente quando se tratar de fornecedor desconhecido.
- ✓ Os panos de limpeza de piso e panos de mobília devem ser preferencialmente encaminhados à lavanderia para processamento ou lavados manualmente no expurgo.
- ✓ Os discos das enceradeiras devem ser lavados e deixados em suporte para facilitar a secagem e evitar mau cheiro proporcionado pela umidade.
- ✓ Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
- ✓ Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes e poluição visual.
- ✓ A frequência de limpeza das superfícies pode ser estabelecida para cada serviço, de acordo com o protocolo da instituição.

- ✓ Deve-se utilizar um sistema compatível entre equipamento e produto de limpeza e desinfecção de superfícies (apresentação do produto, diluição e aplicação).
- ✓ Para pacientes em isolamento de contato, recomenda-se exclusividade no *kit* de limpeza e desinfecção de superfícies. Utilizar, preferencialmente, pano de limpeza descartável.
- ✓ O sucesso das atividades de limpeza e desinfecção de superfícies depende da garantia e disponibilização de panos ou cabeleiras alvejados e limpeza das soluções dos baldes, bem como de todos os equipamentos de trabalho.

Os procedimentos citados acima devem ser realizados para que se tenha uma limpeza de qualidade. Devemos saber que é de suma importância no âmbito hospitalar, desde uma simples lavagem das mãos até uma limpeza hospitalar realizada de modo correto, pois evitará assim contaminações ou infecções de origem hospitalar, trazendo mais conforto e segurança para os pacientes e para o próprio profissional. Para isso, os agentes de limpeza devem seguir esses princípios para que se tenha uma limpeza efetiva de modo correto e seguro.

2.2 Classificação de áreas dos serviços de saúde relativamente ao risco de transmissão de infecções

A classificação de áreas relativamente ao risco de transmissão de infecções é feita com base nas atividades realizadas em cada local. Essa classificação auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde.

O objetivo da classificação das áreas dos serviços de saúde é orientar o detalhamento dos serviços a serem executados nesses setores, de modo que o processo de limpeza e desinfecção de superfícies esteja adequado ao risco.

Portanto, a definição das áreas dos serviços de saúde foi feita considerando o risco potencial para a transmissão de infecções, sendo classificadas em áreas críticas, semicríticas e não-críticas (YAMAUSHI et al., 2000), conforme descrito a seguir:

2.2.1 Classificação das áreas (críticas, semicríticas, não críticas)

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica, Unidade de Transplante, Unidade de Queimados, Unidades de Isolamento, Berçário de Alto Risco, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia. (YAMAUSHI et al., 2000).

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores.

Áreas não_críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura. Atualmente, essa classificação é questionada, pois o risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra, ainda que isso possa nortear o líder, supervisor ou encarregado do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na divisão de atividades, dimensionamento de equipamentos, profissionais e materiais.

2.3 Processos de limpeza de superfícies

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente e limpeza terminal.

2.3.1 Limpeza concorrente

É o procedimento de limpeza realizado diariamente em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Ainda, durante a realização da limpeza concorrente é possível a detecção de materiais e equipamentos não funcionantes, auxiliando as chefias na solicitação de consertos e reparos necessários.

Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais – “partes superiores”, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias.

A limpeza da unidade de internação¹ do paciente deve ser feita diariamente ou sempre que necessária, antecedendo a limpeza concorrente de pisos. Merece maior atenção a limpeza das superfícies horizontais que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, chamada de enfermagem e outras (SEHULSTER & CHINN, 2003).

A distribuição das tarefas da limpeza na área próxima ao paciente depende da rotina e procedimentos da instituição. Em alguns serviços de saúde, por exemplo, a equipe de enfermagem é responsável pela limpeza e desinfecção de determinados equipamentos para a saúde (respiradores, monitores, incubadoras, dentre outros). Outras instituições conferem essa atribuição ao profissional de limpeza e desinfecção de superfícies, tornando assim imprescindível a capacitação específica desse profissional para essas atividades.

Atualmente, devido à prevalência de microrganismos multirresistentes e do papel do ambiente na manutenção e propagação desses microrganismos, têm sido adotadas, como medidas preventivas, a intensificação da limpeza e a desinfecção das superfícies nas trocas de turno. Por exemplo, nas áreas de isolamento de contato, deve-se realizar a limpeza concorrente (a cada troca de plantão ou duas vezes ao dia), principalmente nos locais de maior contato das mãos do paciente e dos profissionais de saúde.

¹ A unidade de internação do paciente é composta por cama, criado-mudo, painel de gases, painel de comunicação, suporte de soro, mesa de refeição, cesta para lixo e outros mobiliários que podem ser utilizados durante a assistência prestada nos serviços de saúde.

Na limpeza concorrente de piso de corredores deve-se dar preferência aos horários de menor movimento. Em caso de uso de máquinas, devem ser utilizados os mesmos procedimentos da limpeza concorrente de piso.

Figura 01: Frequência de Limpeza Concorrente.

| CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS | FREQUÊNCIA MÍNIMA |
|-------------------------|--|
| Áreas críticas | 3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário. |
| Áreas não-críticas | 1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário. |
| Áreas semicríticas | 2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário. |
| Áreas comuns | 1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário. |
| Áreas externas | 2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário. |

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

2.3.2 Limpeza terminal

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas - pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, camas, macas, colchões, janelas, vidros, portas, grades do ar condicionado, luminárias, teto, etc. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferência, óbito (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA..., 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.

O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, painel de gases, equipamentos, todos os mobiliários como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias, filtros e grades de ar condicionado (YAMAUSHI et al., 2000).

Nesse tipo de limpeza deve-se utilizar máquinas de lavar piso, cabo regulável com esponjas sintéticas com duas faces para parede e os *kits* de limpeza de vidros e de teto.

As paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional (HINRICHSEN, 2004).

O uso de desinfetantes deverá ser restrito a superfícies que contenham matéria orgânica, ou ainda na desinfecção de áreas de isolamento de contato. Em caso de surtos, recomenda-se o uso de desinfetantes em toda a extensão da superfície da área onde está ocorrendo o surto na unidade do paciente (HINRICHSEN, 2004).

É fundamental o estabelecimento de um cronograma com a definição da periodicidade da limpeza terminal com data, dia da semana e horários, conforme a criticidade das áreas (PREFEITURA..., 2006), não se limitando aos quartos ou salas cirúrgicas. A limpeza terminal de postos de enfermagem, expurgos, depósito de material de limpeza (DML) e sala de utilidades deve ser programada considerando horários de menor fluxo ou que não prejudiquem a dinâmica do setor ou a qualidade da limpeza. Essa programação (cronograma) deve ser confirmada por meio da assinatura do chefe do setor e do responsável pela equipe de limpeza e desinfecção de superfícies.

Figura 02: Frequência de Limpeza Terminal Programada.

| CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS | FREQUÊNCIA |
|-------------------------|---|
| Áreas críticas | Semanal (data, horário, dia da semana preestabelecido). |
| Áreas não-críticas | Mensal (data, horário, dia da semana preestabelecido). |
| Áreas semicríticas | Quinzenal (data, horário, dia da semana preestabelecido). |
| Áreas comuns | (Data, horário, dia da semana preestabelecido). |

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

3. CONCEITOS DE SERVIÇOS

3.1 Características de serviços

Em sua natureza de atividade ou processo, o serviço é um bem que não pode ser estocado devido à sua intangibilidade, e, na maior parte dos casos, não há possibilidade de experimentá-lo antes de adquirí-lo. Essa restrição por parte das empresas faz com que o consumidor tenha que confiar na reputação do prestador, ou seja, “os clientes tentam reduzir a incerteza procurando sinais da qualidade do serviço e tirando conclusões a partir das evidências concretas, dos equipamentos utilizados, das pessoas envolvidas e das comunicações que recebem” (KOTLER, HAYES e BLOOM, 2002).

Os serviços, de acordo com Souza (2006),

Também apresentam características - intangibilidade (a prestação de um serviço resulta em uma experiência, portanto não pode ser tocado, testado e outros, tendo como exemplo uma viagem que o resultado é a experiência); inseparabilidade/simultaneidade (não há como separar o prestador do serviço do consumidor de serviço. A presença do prestador de serviço é inevitável. Por exemplo: ao recepcionar o cliente no hotel, cliente e prestador de serviço precisam estar presentes); variabilidade (os serviços variam em virtude da ligação à pessoa do fornecedor de serviço, bem como à pessoa do cliente, ao local e ao tempo. Depende de quem, quando, onde e como são providos os serviços); perecibilidade (não podem ser armazenados) e não transferência de propriedade, o que os diferenciam dos bens manufaturados. (SOUZA, 2006, p. 5).

A simultaneidade entre a produção e consumo nas operações de serviço faz com que a experiência de consumir seja única e avaliada de maneira subjetiva por parte de quem consome, isto é, mesmo que para sua realização sejam seguidos os mesmos critérios e aplicados os mesmos recursos, alguns consumidores podem ficar satisfeitos enquanto outros não, caracterizando a heterogeneidade ou variabilidade (KOTLER, HAYES e BLOOM, 2002; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005). O serviço também se caracteriza por ser perecível, ou seja, se não for usado quando é disponibilizado pode ser

que não seja reaproveitado. A flutuação da demanda se relaciona com essa particularidade com o intuito de fazer uso de toda a oferta disponível. Porém, partir do momento em que se tem um desempenho satisfatório para uma quantidade de atividade pré-definida ou esperada, pode ser que a qualidade fique comprometida quando se tem um acréscimo de trabalho em virtude de solicitações não previstas ou urgentes (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005).

Lovelock e Wright (2001) ainda caracterizam os serviços como de palco ou bastidores. Na primeira situação há uma maior interação entre os clientes e os prestadores de serviços, através do pessoal da linha de frente (atendentes, vendedores) enquanto no segundo, as atividades são desenvolvidas de forma mais interna na organização, onde o cliente não se torna tão presente.

3.2 Os serviços e a qualidade

Atualmente, os serviços desempenham um importante papel na economia. A riqueza nessa nova era é produto do conhecimento, da informação, dos serviços e das pessoas. (SOUZA, 2006).

A qualidade de um produto ou serviço pode ser olhada a partir de duas óticas: a do produtor e a do cliente. Conforme DEMING (1990, p. 12), "A qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia". Do ponto de vista do produtor, a qualidade se associa à concepção e produção de um produto que vá ao encontro das necessidades do cliente. Do ponto de vista do cliente, a qualidade está associada ao valor e à utilidade reconhecidas ao produto, estando em alguns casos ligada ao preço.

Do ponto de vista da empresa, contudo, se o objetivo é oferecer produtos e serviços (realmente) de qualidade, o conceito não pode ser deixado ao acaso. Tem de ser definido de forma clara e objetiva. Isso significa que a empresa deve apurar quais são as necessidades dos clientes e, em função destas, definir os requisitos de qualidade do produto. Os requisitos são definidos em termos de variáveis como: comprimento, largura, altura, peso, cor, resistência, durabilidade, funções desempenhadas, tempo de entrega, simpatia de quem atende ao cliente, rapidez do atendimento, eficácia do serviço, etc. Cada requisito é em seguida quantificado, a fim de que a qualidade possa ser interpretada por todos (empresa, trabalhadores, gestores e clientes) exatamente da mesma maneira.

A qualidade de serviço está relacionada ao que o consumidor percebe em relação a suas expectativas, isto é, se as características apresentadas pelo seu fornecedor estão ou não de acordo com expectativas que o consumidor tinha anteriormente. A empresa que prima pela qualidade em serviços deve observar a qualidade como o cliente a percebe, ou seja, buscar atender aos seus anseios de forma, preferencialmente, a superar suas perspectivas (qualidade excepcional) em contraponto à qualidade inaceitável, quando as perspectivas não são atendidas (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005).

3.3 Características e conteúdo de um contrato de prestação de serviços

O contrato de prestação de serviço é aquele em que uma das partes – prestador -, se obriga com a outra - tomador -, a fornecer a prestação de uma atividade, mediante remuneração, de acordo com artigo 594 do Código Civil (C.C) que afirma que: “Toda a espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição”. (GONÇALVES, 2008).

A prestação de serviço compreende toda atividade lícita de serviço especializado, realizado com liberdade técnica, sem subordinação e mediante certa retribuição.

O art. 605 do C.C prevê ainda que o tomador não poderá transferir a outrem o direito aos serviços ajustados. Por outro lado, o prestador de serviços, sem a concordância da outra parte, não poderá substituir-se para a atuação contratada. (GONÇALVES, 2008).

O contrato formalizado após a escolha da proposta mais apropriada costuma incorporar os termos da proposta vencedora entre suas cláusulas e mais alguns itens (MARTINS, 2010; FREIRE, 2011, PMI, 2013), tais como:

- ✓ **Objeto** – Escopo e entregáveis do contrato. Exemplos: licença de uso de software, prestação de serviços de instalação, configuração e treinamento, fornecimento de equipamentos entre outros;
- ✓ **Solicitações de mudanças** – Regras para solicitação e aprovação de mudanças, como: descrição da mudança solicitada, finalidade da mudança, grau de prioridade, data solicitada para implementação, critérios de aceitação e alçadas para aprovação;

- ✓ **Obrigações das partes** – papéis e responsabilidades, detalhamento das obrigações da contratante e contratada, limitações de responsabilidades;
- ✓ **Prazo ou vigência** – Cronograma, com data de início e fim de cada etapa. Uma questão importante é definir como serão tratados os atrasos;
- ✓ **Critérios de aceitação do produto ou serviço** – É usual a previsão de aceite de cada etapa por parte do contratante;
- ✓ **Regras de vistoria** – cláusula que dá acesso às instalações onde é prestado o serviço e assegura inspeções e auditorias de qualidade;
- ✓ **Preço e forma de pagamento** – Estes itens normalmente são vinculados aos prazos ou etapas definidos no item anterior e à apresentação de documentação (Notas fiscais e documentos de regularidade com INSS e fisco);
- ✓ **Multas e juros de mora** – usualmente são cobrados:
 - a) 2% de multa; (A aplicação de multas superiores a 2% apesar parecer ter caráter inibitório em relação a comportamentos oportunistas, tem efeito contrário, e costuma ser contestada judicialmente);
 - b) 1% de juros ao mês calculados *pro rata die* entre a data de vencimento e a do efetivo pagamento; e
 - c) a atualização dos valores descritos nos subitens (a) e (b) por um índice de preços, prevendo no caso de extinção deste sua substituição por outro índice que reflita a variação dos preços no período em questão.
- ✓ **Garantias de crédito e de cumprimento de obrigações contratuais** – como fianças e seguros;
- ✓ **Penalidades** – Usualmente se prevê que no caso de descumprimento de quaisquer das obrigações assumidas pelas partes, a parte infratora fica sujeita ao pagamento

de uma **penalidade** no valor equivalente a um **percentual** (20% é um percentual muito utilizado) **sobre o valor total do contrato**, sem prejuízo do ressarcimento, à parte inocente, **dos danos e lucros cessantes** sofridos em razão do descumprimento da(s) obrigação (ões);

- ✓ **Confidencialidade** – sigilo e proteção da propriedade intelectual. Este item usualmente está associado à previsão de penalidades específicas, tendo em vista que muitos projetos envolvem inovações sensíveis para as organizações, em termos de novos produtos e serviços;
- ✓ **Relações Trabalhistas** – visando minimizar futuros processos, pois muitos projetos envolvem a contratação de pessoal temporário. A prova de cumprimento das cláusulas específicas de relações trabalhistas normalmente é condição imprescindível para a autorização dos pagamentos dos serviços constantes no contrato e, em muitos casos, é incluída entre as hipóteses de rescisão;
- ✓ **Foro** – Normalmente a empresa que elabora o contrato define como foro o local de sua sede;
- ✓ **Hipóteses de Extinção contratual:**
 - a) **Extinção** de qualquer das Partes;
 - b) **Pedido de recuperação judicial/extrajudicial ou decretação de falência** de qualquer das Partes;
 - c) **Denúncia**, pelo contratante, manifestada por escrito com antecedência mínima de xx dias (o usual são trinta dias), quando o contrato for por prazo determinado;
 - d) **Distrato**, decorrente do interesse de ambas as Partes;
- ✓ **Rescisão**, decorrente de **descumprimento** reiterado de **obrigação** contratual. A rescisão só poderá ser efetivada se a parte faltosa, **notificada** com xx dias (o usual são quinze dias) de antecedência para sanar a falta, deixar de fazê-lo.

4. ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO (ANS)

4.1 O Conceito do Acordo de Nível de Serviço (ANS)

Um acordo de nível de serviço é um instrumento para a gestão das expectativas de ambas as partes envolvidas no contrato: cliente e o prestador de serviços. Sua meta é definir uma estrutura para a gestão da qualidade e quantidade dos serviços entregues e, por conseguinte, atender à demanda dos clientes a partir de um entendimento claro do conjunto de compromissos. Esse instrumento, que serve como uma ferramenta de comunicação e de prevenção de conflitos, é um documento vivo (deve ser sempre atualizado para revisão do acordo, adequação dos serviços e negociação de ajustes no acordo) e é base para garantir que ambas as partes usarão os mesmos critérios para avaliar a qualidade do serviço. (LUDWIG, KELLER et al. 2003) (SCHMIDT, 2000).

Segundo Santos (2010), os Acordos de Nível de Serviços (ANS ou SLA do inglês Service Level Agreement) são utilizados como instrumentos de formalização do acordo entre cliente e provedor de serviço, com a função de definir o nível de qualidade do serviço a ser prestado pelo provedor. Para Lanz e Lanz (2013), o ANS deve especificar os requisitos para o provedor planejar, estabelecer, implementar, operar, monitorar, analisar criticamente, manter e melhorar o gerenciamento de serviços. Segundo esses autores, os acordos devem incluir “o desenho, a transição, entrega e melhoria dos serviços para cumprir os requisitos do serviço”. (LANZ; LANZ, 2013).

Figura 03: Acordo de Nível de Serviço



Fonte: (Sturm, Morris et al., 2000).

Magalhães e Pinheiro (2007) afirmam que os princípios gerais para estabelecimento de ANS, independente do serviço oferecido, partem da aplicação da metodologia PDCA (Planejar - Executar - Verificar - Agir). A aplicação dos Acordos de Nível de Serviço se iniciou no setor de Tecnologia da Informação (TI) que, com a rápida evolução tecnológica dos últimos quarenta anos, passou a ser fonte de inspiração da automação de vários serviços, com a contribuição da possibilidade de controles remotos de processos e comunicação, o que determinou sua inclinação para o setor de serviços. Essa característica da área de TI trouxe um nível de maturidade na gestão de serviços que foi imitado em outras áreas de conhecimento. (FERREIRA, 2011).

PDCA: (do inglês: *Plan - Do - Check - Act*) é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos.

O Ciclo PDCA inclui as seguintes etapas:

PLAN - Planejar - Refere-se ao planejamento do seu projeto de melhoria, ou seja, quais são os objetivos, o que já sabemos, o que queremos aprender, e como iremos fazer (quem, o que, quando, onde, como).

DO - Executar - Conduzir o plano, ou seja, implementar de acordo com o que foi planejado na etapa anterior.

CHECK - Verificar - Coletar dados, realizar a análise dos dados e com base nessa, verificar quais são as conclusões que nós podemos tirar.

ACT - Agir Corretivamente - Definir quais mudanças poderão ser feitas e quais outros ciclos podem ser disparados para a melhoria do processo em questão.

Segundo LaBounty (2008), os principais benefícios de um ANS, tanto para a corporação quanto para o cliente, são:

- estabelecer uma via de responsabilidade de mão dupla;
- criar níveis de serviço negociados e padronizados;
- documentar níveis de serviço;

- definir claramente critérios para a avaliação do serviço;
- fornecer uma base para melhoria de níveis de serviço;
- padronizar métodos para comunicar as expectativas de serviço.

Uma das características mais importantes num ANS é a definição de critérios e indicadores objetivos, claramente mensuráveis e com apuração rápida. Desta forma se minimiza a subjetividade na avaliação da contratante e da contratada sobre o serviço prestado, que explicita o conceito de “qualidade percebida” (LABOUNTY, 2008).

4.2 Conteúdo do Acordo de Nível de Serviço (ANS)

É fato que a frequência com que as empresas estão contratando serviços baseados em ANS é cada vez maior, e para administrar esses contratos é necessário que tanto as prestadoras de serviços como as empresas contratantes possuam um serviço de gerenciamento dos parâmetros contratados. Um gerenciamento eficiente não implica em sofisticação ou, na existência de um elevado número de parâmetros a serem acompanhados, o que o faz, em muitos casos, tornar-se o fim e não o meio para atender os requisitos do negócio a que o serviço se propõe. Ao contrário: a simplicidade e conhecimento pleno dos parâmetros contratados são fundamentais para a boa gestão do contrato, evitando conflitos pessoais e contratuais entre empresas e provedores dos serviços. Nesse sentido, para Lanz e Lanz (2013) o conteúdo básico de um ANS deve conter os seguintes itens:

- ✓ Definição e escopo detalhado do serviço/ produto (o que se inclui e o que se exclui);
- ✓ Horário de atendimento e prestação de serviços
- ✓ Contatos e procedimentos para requisição de serviços
- ✓ Pré-requisitos do cliente; metas mensuráveis;
- ✓ Disponibilidade;
- ✓ Metas de desempenho/capacidade do serviço (tempo de resposta, volume) incluindo prazos limite para determinados dias;
- ✓ Continuidade;
- ✓ Segurança;

- ✓ Padrões e procedimentos;
- ✓ Definições e situações de emergência;
- ✓ Reclamações e procedimentos de escalação;
- ✓ Procedimentos de mudança;
- ✓ Relatórios que devem ser produzidos;
- ✓ Frequência das reuniões de revisão;
- ✓ Contabilidade de custos e cobrança (se aplicável);
- ✓ Regulamento de bônus/ multas.

Um Acordo de Nível de Serviço é um instrumento que serve como meio de comunicação e de prevenção de conflitos. Como tal deve, principalmente, ser um instrumento para a gestão das expectativas do cliente e do prestador de serviços, uma vez que cria um entendimento comum sobre serviços, prioridades, e responsabilidades, formaliza os requisitos para atender aos objetivos.

Na formalização de um ANS as duas partes (cliente e prestador de serviços) devem atingir o consenso sobre os serviços a serem providos e o nível ou qualidade desses serviços. Portanto, trata-se de um documento "vivo", que deve ser sempre atualizado para revisão do conteúdo, adequação dos serviços e negociação dos ajustes necessários, sendo a base para garantir que ambas as partes usarão os mesmos critérios para avaliar a qualidade do serviço prestado. Madalozzo (2012) propõe, a seguir, os seguintes passos para elaboração de um ANS:

Figura 04: Processo de formalização de ANS



Fonte: Madalozzo (2012).

4.3 Acordo de Nível de Serviço (ANS) em Gerenciamento de Facilidades

A prestação de serviços gerenciada pelo gerente de facilidades, assim como todos os serviços, é um bem intangível, sendo, portanto difícil monitorar sua qualidade. Com a utilização de ANS, o gerente de facilidades poderá estabelecer um critério para medir os

requisitos para o serviço e verificar se a qualidade oferecida pelo fornecedor do serviço está em conformidade com o contrato acordado. Assim aumentará sua capacidade de gerar satisfação aos seus clientes.

Além de maximizar valor para a atividade fim, o gerente de facilidades também trabalha com o objetivo de minimizar os custos para a organização. Nesse aspecto, os ANS são ferramentas utilizadas para o provedor de serviço oferecer os níveis de qualidade mensuráveis e determinados no acordo, permitindo estabelecer a melhor relação custo-benefício para a organização (*Nordic facilities management network* 2006).

The Facilities Society UK, - organização britânica de *facilities* sem fins lucrativos fundada em 2008, concorda com essa colocação, ao afirmar que a qualidade e/ou desempenho requeridas de um serviço assim como o ANS são fundamentais para o monitoramento, pelo gerente de facilidades, de atividades executadas por provedores de serviços externos e internos à organização, na medida em que as medições de desempenho levam ao alcance de um melhor gerenciamento dos serviços.

Por essa razão, a estrutura do ANS deve ser flexível para ser capaz de cobrir o fornecimento de diferentes serviços e o acordo deve ser facilmente renegociado quando há mudanças da demanda e das exigências da organização (*Nordic facilities management network* 2006). Essa flexibilidade é importante no gerenciamento de facilidades, tendo em vista a variedade de serviços abrangidos por essa atividade e as mudanças constantes das necessidades do usuário final.

O tempo gasto para se definir as especificações de serviços e ANS serão reembolsados no futuro, na medida em que os contratos ficam mais fáceis de gerenciar e apresentam menos problemas de interpretação (*The Facilities Society UK*, 2008), auxiliando no dia a dia do gerente de facilidades.

Com a execução de *benchmarking*², os resultados obtidos nas medições de desempenho dos ANS podem ser melhorados, estabelecendo-se um processo de melhoria contínua conforme proposto por Pavani (2007) e assegurando os níveis de qualidade requeridos para o serviço e desejados pelos usuários finais.

² **Benchmarking:** Consiste no processo de busca das melhores práticas numa determinada indústria e que conduzem ao desempenho superior. É visto como um processo positivo e através do qual uma empresa examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar a forma como realiza a mesma ou uma função semelhante.

4.4 Acordo de Nível de Serviço (ANS) em Instituições Hospitalares

A instituição hospitalar é definida por Carvalho (1984) como aquela devidamente aparelhada em material e pessoal, que se destina ao diagnóstico e tratamento de pessoas que carecem de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação.

As funções e objetivos das organizações hospitalares possuem como fim comum o atendimento ao paciente, tendo como função principal, na concepção de Gonçalves (1989), proporcionar serviços de qualidade com os recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, atendendo aos doentes, promovendo a educação profissional, conduzindo a pesquisas e exercendo a medicina preventiva e curativa.

Com a crescente ampliação de ofertas, a tendência na área hospitalar tem sido proporcionar serviços mais eficientes e personalizados, fato que influencia diretamente a infraestrutura dos hospitais, que cada vez mais precisarão de adequações tecnológicas, para atender às novas demandas e aos pacientes e familiares cada vez mais exigentes.

As novas tecnológicas no mercado hospitalar fazem com que o gerente de facilidades hospitalar tenha um papel fundamental na escolha das melhores ferramentas para atender a sua demanda e alcançar mais produtividade, agilidade, segurança e eficiência nos planejamentos estratégicos.

Controlar a qualidade dos serviços de infraestrutura ainda é um desafio para a grande maioria dos hospitais no Brasil. Mesmo com o movimento de certificação, muitas ainda são as dúvidas e os desafios enfrentados para atingir a qualidade esperada, manter e controlar os padrões necessários.

Os ANS são ferramentas ainda pouco utilizadas no mercado hospitalar brasileiro.

Assim, o ANS apresenta-se como uma ferramenta útil para a execução dos serviços oferecidos pelo gerente de facilidades em instituições hospitalares, agregando valor ao ambiente do hospital em busca de melhoria de processos e na satisfação do cliente.

5. ESTUDO DE CASO - ANÁLISE DO NÍVEL DE SERVIÇO DE LIMPEZA EM HOSPITAL PRIVADO

O propósito deste capítulo é analisar o processo de ANS e a respectiva planilha de medição utilizada no setor de higiene do hospital X, bem como identificar as falhas no processo e propor as correções das mesmas, contribuindo com sugestões para melhoria do processo de gestão de limpeza hospitalar. Adicionalmente neste capítulo é apresentada uma tecnologia que traz mais objetividade de análise ao processo de medição de serviços de higiene.

5.1 Análise do hospital X - Setor Higiene

O Hospital X localizado na zona sul da cidade de São Paulo, ocupa em torno de 220.000 metros quadrados de área construída, com aproximadamente 679 leitos considerando UTI e Pronto Atendimento, 40 salas cirúrgicas, 200 consultórios e 4.000 vagas de estacionamento. Possui mais de 10 mil colaboradores e cerca de 6 mil médicos cadastrados, 500 profissionais no contrato de higiene e limpeza e conservação de ambientes.

O setor de higiene e limpeza do hospital X tem por objetivo proporcionar aos seus pacientes, funcionários e terceiros, um ambiente agradável e saudável, livre de sujidades. O paciente é o principal foco deste serviço, de modo que a qualidade da limpeza interfere em seu tratamento, recuperação e bem-estar.

Atualmente, a medição do acordo de nível de serviço (ANS) no hospital X, é feita através do método de inspeção visual, que é a forma mais barata e mais rápida de avaliação, sendo realizada por ambas as partes (hospital e prestador de serviços), nas áreas críticas (risco maior de desenvolvimento de infecções), semicríticas (moderado a baixo risco para infecções) e não críticas (risco mínimo ou inexistente de infecções) do hospital.

Embora a avaliação visual da limpeza possa satisfazer exigências estéticas, ela não avalia de forma confiável o risco de infecção para os pacientes. Os micro-organismos que causam infecção são invisíveis ao olho nu e sua existência não está necessariamente associada à presença de sujidade visível.

Dessa forma ficou evidenciada a necessidade de uma revisão na forma com que análise da planilha de medição de acordo de nível de serviço é feita atualmente no setor de higiene.

5.1.1 Maneira de utilização da planilha atual de medição no setor de higiene do hospital X

Etapa 1 - Escolha do Setor a ser vistoriado: A escolha do local a ser vistoriado ocorre por meio de sorteio.

- ✓ 1º Mensalmente, serão sorteados um total de dez setores (entre críticos, semi-críticos e não críticos) pelo contratante e contratada de serviços, para vistoria.
- ✓ 2º O contratante escolherá o dia e horário da vistoria dos setores, devendo sempre solicitar a presença do funcionário da contratada com maior nível hierárquico presente no momento para acompanhar o sorteio e a visita de vistoria.
- ✓ 3º No caso de repetição no sorteio do mesmo setor da semana anterior, será feita uma nova escolha, porém esses setores poderão receber uma nova vista.

Etapa 2 - Critérios de Avaliação: Cada item avaliado poderá receber uma pontuação de 1 a 4, dependendo da avaliação da qualidade do serviço.

- ✓ Os itens avaliados como **ÓTIMO** serão apontados como nota 4 (quatro), serão somados, obtendo-se o nº total de pontos avaliados como **ÓTIMO**.
- ✓ Os itens avaliados como **BOM** serão apontados como nota 3 (três), serão somados, obtendo-se o nº total de pontos avaliados como **BOM**.
- ✓ Os itens avaliados como **REGULAR** serão apontados como nota 2 (dois), serão somados, obtendo-se o nº total de pontos avaliados como **REGULAR**.

- ✓ Os itens avaliados como **INSATISFATÓRIO** serão apontados como nota 1 (um), serão somados, obtendo-se o n° total de pontos avaliados como **INSATISFATÓRIO**.

O total de pontos possíveis (TPP): será encontrado através da soma da quantidade de itens respondidos dos campos (A + B + C + D) multiplicado por nota 4. Conforme a existência do item no setor.

O total de pontos obtidos (TPO): será encontrado através da soma da quantidade de itens respondidos dos campos (A + B + C + D) multiplicado pelas respectivas notas (i) (onde i=4 (Ótimo), i=3 (Bom), i=2 (Regular) e i=1 (Insatisfatório)). Conforme avaliação de cada item.

O Resultado Parcial (RP) percentual: será obtido através da divisão da soma do total de pontos obtidos pela soma total dos pontos possíveis.

A média da avaliação: será definida considerando a soma dos resultados parciais de cada vistoria dividida pelo total de 10 vistorias realizadas (setores).

Etapa 3 - Plano de Ação: Sempre que na avaliação se obtiver itens de não conformidade 1 (Insatisfatório) e 2 (Regular), além das medidas corretivas imediatas, deverá ser acordado, sempre que possível, um prazo para elaboração de um plano de ação corretivo correspondente, para que esta não conformidade não se repita, conforme acordado em contrato.

Após a exposição das etapas do processo a planilha de medição avaliada:

5.1.2 Planilha de medição atual de ANS pelo hospital X

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| Avaliação de Serviços Parcial | Sector: _____ |
| Data: | 00/00/0000 |
| Responsável Hospital X: | _____ |
| Responsável Prestador de Serviços: | _____ |

| | |
|---|--------------|
| Ótimo = 4; Bom = 3; Regular = 2; Insatisfatório = 1; Não aplicável = NA | Nota: |
| A Higienização e Limpeza: | Nota: |
| 1 Área Externa | _____ |
| 2 Azulejos | _____ |
| 3 Mobiliários (mesa, bancadas e outros) | _____ |
| 4 Paredes (alvenaria, madeira, fórmica) | _____ |
| 5 Pisos (cerâmica, carpete, outros) | _____ |
| 6 Ralos e grelhas (parte externa) | _____ |
| 7 Saídas de ar (parte externa) | _____ |
| 8 Portas | _____ |
| 9 Recolhimento de resíduos | _____ |
| 10 Sanitários | _____ |
| 11 Vidros (janela e esquadilhas) | _____ |

| | |
|--|--------------|
| B Tratamento de Piso: | Nota: |
| 1 Paviflex, Manta Vinílica (conforme cronograma) | _____ |

| | |
|---|--------------|
| C Operação: | Nota: |
| 1 Assiduidade / Pontualidade / Rotatividade (coberturas) | _____ |
| 2 Organização no Carro Funcional | _____ |
| 3 Aparência (uso de uniformes, postura, higiene pessoal) funcionários. | _____ |
| 4 Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivos (EPC) | _____ |
| 5 Postura e cordialidade | _____ |
| 6 Cumprimento das rotinas de serviços conforme Programa de Atividade Diária | _____ |
| 7 Entrega da Documentação (escalas, comprovantes de treinamento, cronogramas de atividades da área) | _____ |
| 8 Atividade de comando (líder, encarregado, supervisor de higiene) | _____ |
| 9 Reposição (papel toalha, sabonete líquido, papel higiênico, saco para absorvente, assento sanitário, gel alcóolico) | _____ |
| 10 DML (organização, limpeza e identificação) | _____ |
| 11 Conhecimento de processo e procedimentos técnicos (excluir específico higienização) | _____ |
| 12 Controles de limpeza disponíveis e preenchidos corretamente (Controles de limpeza e Planilhas de discrepância) | _____ |

D Expectativa do Cliente:

1 Atendimento a eventuais necessidades fora da rotina normal de trabalho

Nota:

TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (TPP):

Quantidade de itens respondidos __ x 4 =

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS (TPO):

Quantidade de itens ÓTIMO: __ x 4 =

Quantidade de itens BOM: __ x 3 =

Quantidade de itens REGULAR: __ x 2 =

Quantidade de itens INSATISFATORIO: __ x 1 =

TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (TPP): ____**TOTAL DE PONTOS OBTIDOS (TPO):** ____**RESULTADO PARCIAL (RP): OBTIDOS (TPO) / POSSÍVEIS (TPP) = %****Observações:****Plano de Ação:**_____
Responsável Hospital X_____
Responsável Prestador de Serviços

$$TPP = \sum (A+B+C+D) *4$$

$$TPO = \sum A *i + \sum B *i + \sum C *i + \sum D *i$$

$$RP = TPO/TPP$$

Observação: Para o entendimento e a utilização da planilha de medição é necessário consultar as tabelas (A, B, C e D) com os critérios detalhados de avaliação de serviços de higienização hospitalar, que se encontra no anexo. **O modelo completo preenchido está reproduzido no apêndice A.**

5.2 As principais falhas do processo de elaboração e gestão do Acordo de Nível de Serviço (ANS) estudado

Após análise do nível de serviço de limpeza em instituições hospitalares no setor de higiene do hospital X, foram identificadas as falhas no processo do ANS (acordo de nível de serviço).

Tabela 01: Falhas identificadas de ANS

| Tabela das principais falhas identificadas |
|---|
| 1ª Negociação do Contrato |
| 2ª Falta de Treinamento |
| 3ª Divergência de Interesses |
| 4ª Falha no Preenchimento do ANS |
| 5ª Falhas na Comunicação |
| 6ª Utilização e forma de aplicabilidade da planilha padrão ANS |
| 7ª Periodicidade mal dimensionada |
| 8ª Pagamento variável aplicado sem uma referência objetiva |
| 9ª Divergências na validação da planilha de medição |
| 10ª Falhas da planilha de medição atual |

Fonte: Elaborado pelo autor

Descrição das falhas

1ª Negociação do Contrato: A especificação técnica da necessidade do serviço e a escolha da empresa especializada é realizada pelo gerente de facilidades, mas a decisão de escolha do prestador de serviços é feita pelo setor de compras, considerando sempre o menor custo sem o envolvimento do gerente de facilidades.

2ª Falta de Treinamento: Tanto o profissional do hospital quanto o prestador de serviços responsáveis pela aplicação de ANS não possuem capacitação para o uso da ferramenta, devido à ausência dessa cláusula em contrato, e por não se considerar relevante a necessidade de capacitação teórica e prática. Segundo Chiavenato (2000, p. 295), o treinamento — “visa preparar para um determinado cargo, em curto prazo para dar treinamento é necessário um programa pré-estabelecido. Treinamento é feito para aumentar a capacidade do profissional e com isso a empresa ganha também”.

3ª Divergência de Interesses: Durante a negociação, para o prestador de serviço o interessante é fechar o contrato, independente do nível de qualidade do serviço que ele tenha que entregar. Já para o hospital o essencial é o nível de qualidade da entrega do serviço, para que o desempenho do negócio e a segurança do paciente não sejam afetados.

4ª Falha no Preenchimento do ANS: Devido à falta de treinamento dos profissionais em ANS, no momento do preenchimento são gerados erros, impactando nos resultados dos indicadores, na tomada de decisão, na qualidade do serviço e na satisfação do cliente. “O treinamento profissional diz respeito à preparação do indivíduo, com a assimilação de novos hábitos, conhecimento, técnicas e práticas voltadas para a satisfação de demandas no exercício da profissão” (PACHECO, 2005, p.59).

5ª Falhas na Comunicação: Percebe-se falhas de comunicação entre cliente, prestador de serviços e organização na utilização da ferramenta ANS. Na maioria das vezes não está se alinhando em contrato: a forma que deve acontecer, como é esperada, como deve ser utilizada, gerando conflitos na comunicação entre ambas as partes no consenso.

6ª Utilização e forma de aplicabilidade da planilha padrão ANS: Cada setor do hospital tem a necessidade de um ANS específico, e uma forma específica de uso, pois esses não podem ser generalizados, ainda que haja empresas diferentes do mesmo segmento atuando no mesmo setor.

7ª Periodicidade mal dimensionada: O preenchimento dos dados do ANS é realizada uma vez por mês no final de cada mês, o que é pouco para obtenção de dados que possam ajudar a definir e a alcançar os níveis de serviços apropriados. A periodicidade atual também dificulta a tomada de ações de melhoria preventiva dentro do mês vigente.

8ª Pagamento variável aplicado sem uma referência objetiva: Atualmente está em cláusula de contrato o pagamento variável caso o prestador não cumpra com o acordo, porém, na prática, essa cláusula não é aplicada, ocasionando perdas para ambas as partes. O pagamento variável é aplicado apenas no momento da validação do documento e, no caso de haver divergências de opiniões, devido ao fato de a avaliação ser realizada a olho nu. Além disso, o modelo atual de ANS não atende às necessidades de utilização, devido à falta de flexibilidade no momento da avaliação.

9ª Divergências na validação da planilha de medição: No momento da validação do ANS frequentemente ocorrem divergências de opinião entre ambas as partes, ao acordar-se a nota dos critérios de avaliação estabelecidos em contrato. O principal motivo para que isso ocorra é o método utilizado atualmente, que tem por base a percepção à olho nu.

10ª Falhas da planilha de medição atual: A planilha atual é muito extensa, traz muitas informações irrelevantes e não é auto-explicativa, dificultando o seu entendimento; os objetivos do documento não são claros e a utilização é restrita, na medida em que é apenas uma avaliação de ANS por setor.

Essas são as principais falhas de ANS detectadas no trabalho. Depois de analisá-las, passa-se agora a se propor correções para a melhoria da aplicabilidade da ferramenta. Essas propostas que são apresentadas a seguir.

5.3 Propostas para as correções das falhas do processo do Acordo de Nível de Serviço (ANS)

Após análise de nível de serviço de limpeza em instituições hospitalares no setor de higiene do hospital X, foram sugeridas propostas para as correções das falhas de ANS (acordo de nível de serviço), conforme exposto abaixo:

Tabela 02: Propostas de correções das falhas de ANS

| Tabela com sugestões para correções / relacionadas com as falhas identificadas | |
|--|---|
| Sugestões | Falhas |
| 1ª Curso Padrão de Capacitação | 2ª Falta de Treinamento 4ª Falha no Preenchimento do ANS |
| 2ª Negociação e Acordo | 1ª Negociação do Contrato 3ª Divergência de Interesses |
| 3ª ANS como uma ferramenta de comunicação | 5ª Falhas na Comunicação |
| 4ª ANS Personalizado | 6ª Utilização e forma de aplicabilidade da planilha padrão ANS |
| 5ª Periodicidade na aplicação das ANS | 7ª Periodicidade mal dimensionada |
| 6ª Efetivo cumprimento das cláusulas de pagamento variável, relativos à aplicação | 8ª Pagamento variável aplicado sem uma referência objetiva |
| 7ª Método específico de validação do documento para higiene hospitalar | 9ª Divergências na validação da planilha de medição |
| 8ª Melhoria da ferramenta ANS propriamente | 10ª Falhas da planilha de medição atual |

Fonte: Elaborado pelo autor

Descrição das Sugestões

1ª Curso Padrão de Capacitação: Realização de curso padrão de capacitação teórica e prática de utilização correta da ferramenta ANS para as equipes do hospital e do prestador de serviço, como pré-requisito definido na negociação do contrato.

2ª Negociação e Acordo: Nesta fase, o hospital e o prestador de serviço devem chegar a um entendimento comum sobre o nível de qualidade do serviço, custos, metas, indicadores, revisões, etc. Às vezes, será necessário apresentar soluções alternativas para se chegar ao entendimento, e caberá ao gerente de facilidades desempenhar o papel de facilitador e, quando preciso, de mediador nessa negociação.

3ª ANS como uma ferramenta de comunicação: O valor de um acordo não está somente no produto final; o processo de estabelecer um ANS ajuda a desobstruir comunicações. Um ANS pode ser uma ferramenta de comunicação extremamente eficaz para se criar um entendimento comum entre duas partes a respeito dos serviços, expectativas, responsabilidades e prioridades. Dessa maneira, problemas de interpretação e relacionamento são minorados.

4ª ANS Personalizado: O ANS tem que ser único para cada organização, mesmo se forem do mesmo segmento, para atender as necessidades, requisitos e custos de contratos diferentes. E também é importante que esse modelo exclusivo tenha uma abrangência maior (ex: a aplicabilidade em um bloco, andar, ou prédio, não apenas em um setor).

5ª Periodicidade na aplicação das ANS: Devem ser adotadas avaliações quinzenais, visando à obtenção de dados que possam ajudar a definir e a alcançar de níveis de serviço apropriados, dentro de custos realistas. Este momento é excelente não só para identificar os pontos falhos na entrega de serviços, mas também oportunidades de novos negócios, e de aplicar planos de melhoria no mês vigente.

6ª Efetivo cumprimento das cláusulas de pagamento variável, relativos à aplicação:

Aplicação na prática e de forma objetiva da cláusula de pagamento variável, na qual se prevê o agravamento em caso de não cumprimento do ANS por meses consecutivos, aplicando o desconto em fatura até um limite em que possa ocorrer a quebra do contrato. Para que assim o ANS seja utilizado de forma correta na sua aplicabilidade.

7ª Método específico de validação do documento para higiene hospitalar:

Para limpeza de ambientes hospitalares podemos também utilizar medições específicas com uso da tecnologia para assegurar ao cliente que as superfícies foram higienizadas e descontaminadas de acordo com os padrões do hospital. A combinação de ambos os tipos de inspeção a - (Inspeção pela percepção a olho nu e a inspeção com o uso da tecnologia) “Método ATP” (Adenosina Trifosfato), mostrando o comprometimento do hospital em fornecer um ambiente seguro para o paciente. (No capítulo 5.4.2 Uma forma de medição objetiva).

8ª Melhoria da ferramenta ANS propriamente:

O ANS deve ser um acordo construído e validado por ambas as partes. Tem que ser curto para que seja de fácil entendimento e as pessoas usem como guia, possuir um escopo definido, sendo auto-explicativo, gerando indicadores confiáveis, que inclua penalidades, e assim proporcione um processo de mudança, pois o hospital vive em constante evolução e os ANS precisam refletir isso.

Foram apresentadas as propostas das correções das falhas de ANS, para resolver as principais falhas percebidas, para um melhor uso desta ferramenta.

A seguir é apresentada uma sugestão de uma nova planilha de medição.

5.4 Sugestão de melhoria do processo de ANS

O processo e a planilha sugeridos a seguir estão baseados na metodologia padrão da certificadora americana *Cleaning Industry Management Standard* (CIMS) de higienização hospitalar.

O *Cleaning Industry Management Standard* (CIMS) originou-se por meio de um processo de consenso, que reuniu voluntários representando diferentes pontos de vista e interesses para alcançar uma concordância sobre um padrão de gestão para empresas da área de limpeza. Tem como objetivo cobrir os requisitos, métodos e procedimentos pertinentes a uma situação específica.

Este modelo proposto é de fácil utilização, entendimento, possui flexibilidade para avaliar setor, andar ou prédio, podendo ser utilizado em qualquer processo ou segmento, a base de cálculo é fixa, sendo apenas necessário adaptar os critérios e as orientações de avaliação conforme necessidade do serviço.

Etapa 1 - Escolha do Setor a ser vistoriado: A escolha do local a ser vistoriado ocorrerá por meio de sorteio.

1º Semanalmente serão sorteados dez setores (críticos, semi-críticos e não críticos) pelo contratante e contratada de serviços, para vistoria.

2º O contratante escolherá o dia e horário de vistoria dos setores, devendo sempre solicitar a presença do funcionário da contratada com maior nível hierárquico presente no momento, para acompanhar o sorteio e a visita de vistoria.

3º No caso de repetição no sorteio do mesmo setor da semana anterior, será feita uma nova escolha, porém estes setores poderão receber uma nova vista.

Etapa 2 - As diretrizes de garantia de qualidade para as inspeções visuais são:

(Nota 1) - Ruim (0.0 < Nota < 1.4): Muita sujeidade, manchas, riscos e pó na superfície. Aparência mostra que a superfície não foi limpa na última programação. O desempenho é inaceitável.

(Nota 2) - Razoável (1.5 < Nota < 2.4): Pouca sujeidade visível, pó ou manchas na superfície. Pode-se ver que a superfície foi limpa mas que há sujeidade, pó ou manchas. O desempenho é abaixo dos padrões especificados pela empresa neste local.

(Nota 3) - Bom (2.5 < Nota < 3.4): Superfície livre de sujeidade, manchas, riscos e pó. Ter uma aparência de limpeza. O desempenho satisfaz os padrões para especificações neste local.

(Nota 4) - Excelente (3.5 < Nota < 4.0): Superfície livre de sujeidade, manchas, riscos e pó. Ter uma aparência de superfície nova. O desempenho excede padrões para especificações neste local.

Etapa 3 - Plano de Ação: Sempre que se obtiver na avaliação, itens de não conformidade 1 (Ruim) e 2 (Razoável), além das medidas corretivas, a elaboração de um plano de ação preventivo com um prazo acordado entre as partes.

Após a explicação das etapas, segue abaixo a sugestão da planilha de medição de ANS:

5.4.1 A nova planilha de medição do ANS

| Inspeção - Acordo de nível de serviço (ANS) | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Nome da empresa: _____ | | Data: _____ | | |
| Endereço: _____ | | | | |
| Cidade: _____ | | Estado: _____ | | CEP: _____ |
| Telefone: _____ | | | | |
| Profissional de limpeza: _____ | | | | |
| Supervisor\Líder: _____ | | | | |
| Áreas | 1 Ruim | 2 Razoável | 3 Bom | 4 Excelente |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (TA) Total: N° de Áreas de verificadas | <input type="text"/> X 1 = <input type="text"/> | <input type="text"/> X 2 = <input type="text"/> | <input type="text"/> X 3 = <input type="text"/> | <input type="text"/> X 4 = <input type="text"/> |
| Legenda: | | | | |
| Nota | | | | |
| (1) Ruim | [0.0-1.4] | 1. (ST) Soma Total das 4 Colunas = | | <input type="text"/> |
| (2) Razoável | [1.5-2.4] | 2. (TA) Total de N° de Áreas = | | <input type="text"/> |
| (3) Bom | [2.5-3.4] | 3. (CG) Classificação Geral = | | <input type="text"/> |
| (4) Excelente | [3.5-4.0] | (ST / TA) = | | <input type="text"/> |

1. Soma Total das 4 Colunas (ST) = É a quantidade total de áreas de cada coluna (Ruim, Razoável, Bom ou Excelente) multiplicado pelos seus respectivos Nota (1) Ruim, (2) Razoável, (3) Bom ou (4) Excelente, de acordo com a avaliação.

2. Total de N° de Áreas (TA) = É o total de áreas de verificadas.

3. Classificação Geral (CG) = (ST) / (TA)

Exemplo: Atribuição das Notas\Valores

TA - Total: N° de Áreas de verificadas foram 10 (TA = 10): Sendo 2 Ruim, 2 Razoável, 3 Bom e 3 Excelente.

1° Multiplicar a quantidade de área por seu respectivo nota:

- Quantidade de áreas consideradas Ruim: 2 (A=2)
 - Ax (nota 1) = 2
- Quantidade de áreas consideradas Razoável: 2 (A=2)
 - Ax (nota 2) = 4
- Quantidade de áreas consideradas Bom: 3 (A=3)
 - Ax (nota 3) = 9
- Quantidade de áreas consideradas Excelente: (A=3)
 - Ax (nota 4) = 12

2° ST - Soma Total das 4 Colunas

(Ruim + Razoável + Bom + Excelente)

$$ST = 2 + 4 + 9 + 12 = 27$$

3° CG - Classificação Geral

$$CG = ST/TA$$

$CG = 27/10 = 2.7$ ou **67,5% desempenho Bom, pontuação e percentual, vide tabela 05**

Atribuição das Notas\Valores do apêndice B.

Observação: O modelo completo preenchido, vide apêndice B.

5.4.2 Uma forma de medição objetiva

Atualmente a equipe de Controle de Infecção hospitalar do hospital X, utiliza uma tecnologia para validação da eficiência de novos produtos de limpeza na eliminação de microrganismos ou em novas técnicas de higiene hospitalar. Esta tecnologia é chamada de “Método ATP” (Adenosina Trifosfato), e é uma técnica simples e rápida, que traz resultados precisos, de forma quantitativa.

A medida por ATP é o primeiro de dois métodos comumente usado para especificar a carga microbiana das superfícies ambientais. O ATP é uma molécula cuja função essencial é armazenar energia, e está presente em todas as plantas, animais, e nos microrganismos e resíduos orgânicos. A avaliação por ATP tem por objetivo medir a quantidade de matéria orgânica, incluindo microrganismos viáveis na superfície. O método utiliza um *swab* - um cotonete de cabo comprido, já esterilizado, específico que é passado sob a superfície a ser avaliada. Em seguida, esse “*swab*” é inserido em um dispositivo, que, através de emissão de luz revela a quantidade de ATP presente.

A aplicação do Método ATP é uma técnica que faz parte do conjunto de melhorias sugeridas neste trabalho, pois agrega objetividade às medições dos modelos de aplicação de ANS em serviços de higiene.

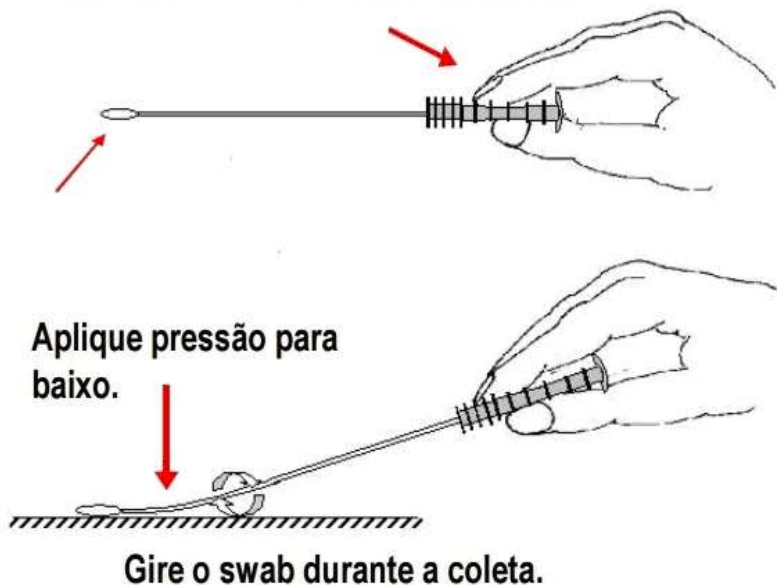
Figura 05: Surface ATP



Fonte: <http://solutions.com.br/>

Figura 06: Como coletar a amostra do Surface ATP?

Segure o swab entre o polegar e o indicador, de forma a conseguir girar o swab.



Fonte: <http://solutions.com.br/>

É uma solução simples, eficiente e confiável para detectar resíduos de matéria orgânica, inorgânica e micro-organismos em equipamentos, instrumentos cirúrgicos e superfícies, que permite atestar, medir e validar a eficácia da limpeza, garantindo a segurança e controle no processo. Uma superfície pode parecer limpa, mas isso não é garantia de limpeza.

Benefícios:

- ✓ Monitoramento pró-ativo em tempo real;
- ✓ Segurança - o sistema identifica a presença de contaminantes invisíveis a olho nu;
- ✓ Avaliação de riscos diretos e indiretos;
- ✓ Fácil de interpretar - os resultados são apresentados em Unidades Relativas de Luz (RLU), relacionados diretamente com o nível de limpeza de equipamentos, superfícies e instrumentos cirúrgicos. Esses resultados podem ser comparados diretamente com os níveis predeterminados de aprovação/reprovação. Quanto mais baixa for à leitura de RLU, mais limpa está a superfície.

5.4.3 Os benefícios das melhorias sugeridas para a nova planilha de medição do ANS

Os benefícios das melhorias propostas podem ser divididos em melhorias do processo e melhoria da planilha de ANS em si.

Quanto ao processo:

- ✓ Capacitação teórica e prática de ANS tanto para os funcionários do hospital como para o prestador de serviço para a utilização correta da ferramenta;
- ✓ A periodicidade da aplicabilidade; avaliações periódicas, visando à obtenção de dados que possam definir e alcançar de níveis de serviço apropriados.
- ✓ Um ANS pode ser uma ferramenta de comunicação extremamente eficaz entre hospital e prestador de serviços;
- ✓ O uso de tecnologia traz maior precisão aos resultados;

Quanto ao modelo:

- ✓ ANS personalizado atende as necessidades de utilização, devido a sua maior abrangência;
- ✓ Um ANS ideal, construído e validado por ambas as partes, traz um comprometimento de ambos;
- ✓ O ANS possui um escopo definido, é curto e auto-explicativo, gerando indicadores confiáveis visando níveis de melhoria contínua e inclui penalidades.
- ✓ O modelo proposto é de fácil entendimento, aplicabilidade abrangente, e possui flexibilidade;
- ✓ A nova planilha proposta pode ser utilizada em qualquer segmento de serviços;
- ✓ A base de cálculo é fixa sendo necessário apenas adaptar os critérios e as orientações de avaliação conforme necessidade de cada serviço;

5.5 Sugestões de etapas para implantação do ANS na Gestão de limpeza hospitalar

Para que se tenha um acordo de nível de serviço para gestão de limpeza hospitalar efetivo, é necessário, que a organização entenda a importância e a prioridade do serviço para o seu negócio. Estes devem ser voltados principalmente para as necessidades e satisfação do cliente, assegurando a qualidade do serviço prestado, minimizando o número de falhas e focada nas expectativas tanto de cliente como do prestador de serviços.

Pode-se dividir a especificação do ANS para gestão de limpeza hospitalar, em cinco fases distintas.

- ✓ Planejamento do acordo - identificação dos objetivos da organização que a levaram à implantação da gestão dos serviços de limpeza hospitalar, através do Acordo de Nível de Serviço. Também devem ser levantados os requisitos que vão permitir à organização alcançar os objetivos identificados, respeitando-se as políticas e estratégias, seus processos e produtos, limites financeiros e sua forma de atuação;
- ✓ Definição do acordo - tem por objetivo esclarecer o escopo, os níveis de serviço contratados e os valores envolvidos para os níveis de serviço contratados. Além disto, é muito importante registrar as partes envolvidas bem como seus papéis e responsabilidades;
- ✓ Definição da gestão do acordo - trata da definição de métricas, indicadores e relatórios necessários para garantir o que foi acordado nos serviços e níveis de serviços.
- ✓ Plano de Implantação / Utilização do ANS – trata da comunicação interna aos colaboradores, fornecedores e clientes, e o treinamento para os colaboradores que irão utilizar a ferramenta ou para o auditor externo.
- ✓ Plano de Melhoria Contínua - Utilização de algumas ferramentas da qualidade para medir a produtividade, desempenho e qualidade do serviço prestado, sempre que necessário.

A tabela abaixo ilustra as fases / etapas do ANS para gestão de limpeza hospitalar:

Tabela 03: Etapas do ANS para Gestão de limpeza hospitalar

| Tabela com as Etapas do ANS para Gestão de limpeza hospitalar | | |
|--|--------------------------------------|---|
| FASES | | ETAPAS |
| FASE 1 | Planejamento do acordo | Identificação dos objetivos e requisitos |
| | | Diagnóstico da situação atual |
| | | Planos relevantes para o acordo |
| FASE 2 | Definição do acordo | Detalhes sobre o acordo |
| | | Detalhes sobre os serviços |
| FASE 3 | Definição da gestão do acordo | Métricas adotadas |
| | | Acompanhamento dos serviços |
| | | Divulgação dos resultados |
| FASE 4 | Plano de Implantação | Comunicação e Treinamento |
| | Utilização do ANS | Profissionais Capacitados |
| FASE 5 | Plano de Melhoria Continua | Ferramentas da Qualidade |

Fonte: Elaborado pelo autor

Na especificação do ANS as duas partes (cliente e prestador de serviços) devem atingir o consenso sobre os serviços a serem providos e o nível ou qualidade desses serviços. O ANS deve ser sempre atualizado para revisão do conteúdo, adequação dos serviços e negociação dos ajustes necessários, sendo a base para garantir que ambas as partes usarão os mesmos critérios para avaliação da qualidade e melhoria contínua do serviço prestado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o objetivo desta monografia, foi realizada uma análise do acordo de nível de serviço de limpeza em uma instituição hospitalar, identificando falhas no processo e propondo sugestões para as correções das mesmas.

No tocante às falhas identificadas considero que as principais são:

Falha no.3 – divergência de interesses. O conflito tem relação com a negociação comercial original entre o hospital e o prestador de serviço que devem chegar a um entendimento comum e claro sobre o nível de qualidade do serviço na ocorrência do fechamento do contrato.

Falha no.7 – A periodicidade da aplicabilidade de ANS é mal dimensionada. As avaliações periódicas visam obter dados e alcançar níveis de serviço apropriados, pois têm relação com benefícios de qualidade para o hospital na aplicação de planos de melhoria do ANS no mês vigente, e em oportunidades de novos negócios para o prestador de serviços.

Algumas outras observações importantes estão relacionadas ao fato de que atualmente não existe um curso padrão de capacitação teórica e prática de ANS, e essa ausência de capacitação gera falhas e erros frequentes tanto no preenchimento do acordo como no entendimento e na utilização da forma correta do ANS. O ideal seria a realização de um curso padrão de capacitação teórica e prática para a utilização correta da ferramenta ANS pelas equipes do hospital e pelo prestador de serviço, como um pré-requisito que deve ser definido na negociação do contrato.

O ANS também não é utilizado como uma ferramenta de comunicação, ocasionando falhas de entendimento entre hospital e prestador de serviços, quando poderia ser uma ferramenta de comunicação extremamente eficaz para criar um entendimento comum entre duas partes a respeito dos serviços, expectativas, responsabilidades e prioridades.

O modelo atual é muito extenso, dificulta o entendimento, a aplicabilidade é restrita e não possui flexibilidade. A nova proposta de modelo é um acordo construído e validado por ambas as partes, um documento curto e de fácil entendimento, utilizado como um guia, com escopo definido e auto-explicativo, que possa gerar indicadores confiáveis, incluir penalidades, proporcionar um processo de mudança, pois o hospital vive em constante evolução e os ANS precisam refletir isso.

Com relação às sugestões propostas, destacam-se aquelas ligadas à melhoria do processo e a utilização de nova planilha de ANS, baseados na metodologia padrão da

norma certificadora americana *Cleaning Industry Management Standard* (CIMS) de higienização hospitalar. A nova planilha é um modelo de fácil utilização, entendimento, possui flexibilidade para avaliar setor, andar ou prédio, podendo ser utilizada em qualquer processo ou segmento. Sua base de cálculo é fixa, sendo apenas necessário adaptar os critérios e as orientações de avaliação conforme necessidade do serviço.

Para complementar o estudo e trazer mais objetividade ao processo foi apresentada uma sugestão para medir o nível de limpeza no ambiente hospitalar. Essa forma de medição objetiva com uso de tecnologia é a técnica chamada de “Método ATP (Adenosina Trifosfato). É uma técnica quantitativa simples e rápida, que traz resultados precisos no sentido de assegurar ao cliente que as superfícies estejam higienizadas de acordo com os padrões do hospital, pois agrega objetividade às medições dos modelos de aplicação de ANS em serviços de higiene, mostrando o comprometimento do hospital em fornecer um ambiente seguro para o paciente.

É importante ressaltar que, para que se tenha um acordo de nível de serviço efetivo para gestão de limpeza hospitalar, é necessário que a organização entenda a importância e a prioridade do serviço para o seu negócio, que deve ser voltado principalmente para as necessidades e satisfação do cliente, assegurando a qualidade do serviço prestado, minimizando o número de falhas e atendendo às expectativas tanto de cliente como do prestador de serviços.

Na especificação do ANS é fundamental que as duas partes (cliente e prestador de serviços) cheguem a um consenso sobre os serviços a serem providos e o nível ou qualidade desses serviços. Este trabalho procurou contribuir para esse entendimento, propondo melhorias nos processos e ferramentas de gestão.

Para que esses benefícios sejam contínuos, o ANS deve ser sempre atualizado para revisão do conteúdo, adequação dos serviços e negociação dos ajustes necessários, constituindo a base para garantir que ambas as partes usarão os mesmos critérios para avaliação da qualidade e melhoria contínua do serviço prestado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR ISO/IEC 20000-1:2011 – Tecnologia da informação - Gestão de serviços – Parte 1: Requisitos do sistema de gestão de serviços**. 2011.

APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Monografia: Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Anti-sepsia**, São Paulo 2004.

BASSO, M; ABREU, E.S. **Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia**. 2 ed. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004. p18-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 20 mar. 2002.

CARVALHO, L.F. **Serviço de Arquivo e Estatística de Um Hospital**. 3 ed. São Paulo: Associação Paulista de Hospitais, 1984.

CEDET. **Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act/ Planejar-Fazer-Verificar-Agir)**. [on-line]. Disponível em: <http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/ciclo-pdca-plan-do-check-act-planejar-fazer-verificar-agir.html>. Acesso em: dez. de 2015.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CORDEIRO, A. A. **Service Level agreement (SLA)**. Em rede de longa distância. São Paulo. 2009. Disponível em < <http://fateczl.edu.br/TCC/2009-1/tcc-01.pdf>> Acesso em out. de 2015.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Marques Saraiva, 1990.

FERREIRA, G. R. C. **A Atuação Da Divisão De Serviços Gerais: Diseg Como Prestadora De Serviços Do Instituto De Tecnologia Em Imunobiológicos/Fiocruz.** 2011, XX f. Tese De Doutorado. Universidade Federal do Rio De Janeiro, 2011.

FITZSIMMONS, J. A. FITZSIMMONS, F. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação.** Tradução de Sandra Ross Santos et al. 2 ed. Porto Alegre: Bokman, 2000.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREIRE, A. R. C. **O Contrato de representação comercial e a cláusula de eleição de foro.** JursWay. 2011. disponível em <http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=5504> Acesso em out. de 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, E.L. **Estrutura organizacional do hospital moderno.** RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, vol. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

HINRICHSEN, S.L. *et al.* Limpeza Hospitalar: Importância no Controle de Infecções. In: HINRICHSEN, S.L. **Biossegurança e Controle de Infecções. Risco Sanitário Hospitalar.** Medsi: Rio de Janeiro. 2004. pp. 175-203.

KOTLER, P.; HAYES, T.; BLOOM, P. N. **Marketing de Serviços Profissionais.** 2ª Edição. ed. [S.l.]: Manole, 2002.

LABOUNTY, C. **How to To Establish and Maintain Service Level Agreements,** 2008. HDI Focus. Disponível em: <http://www.hdibrasil.com.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=379> Acesso em set. de 2015.

LANZ, L. Q; LANZ, R. **Acordos e Gerenciamento de Níveis de Serviço**. Artigo postado em 24/10/2013 by Mídias Sociais. Disponível em <<http://pmkb.com.br/acordos-e-gerenciamento-de-niveis-deservico/>>. Acesso em set. de 2015.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: Marketing e Gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LUDWIG, H., A. KELLER et al. **A Service Level Agreement Language for Dynamic Electronic Services**. *Electronic Commerce Research* 3(1), 2003, pp. 43-59.

MADALOZZO, Renato Murilo. **Serviços Compartilhados**. Apostila utilizada como livro de apoio didático ao Curso MBA Gestão de Serviços Compartilhados do SENAI/SC. Florianópolis, 2012.

MAGALHÃES, Ivan Luizio; PINHEIRO, Walfrido Brito. **Gerenciamento de Serviços de TI na Prática**. São Paulo: Novatec, 2007.

MARTINS, Adler A. J. A G. **Cláusulas essenciais dos contratos internacionais de compra e venda**. 2007. Disponível em < <http://jus.com.br/artigos/10640/clusulas-essenciais-dos-contratos-internacionais-de-compra-e-venda>> Acesso em out. de 2015.

MIYASHITA, M. Como medir a qualidade dos serviços. João Pessoa. **Portal da Administração**. 3 jul. 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/como_medir_a_qualidade_dos_servicos/23763/>. Acesso em ago. de 2015.

NORDIC FACILITIES MANAGEMENT NETWORK. **Nordic SLA Guide**. 2006.

PACHECO, Luiza. **Capacitação e desenvolvimento de pessoas**. Luiza Pacheco, Anna Cherubina Scofano, Mara Beckert, Valéria de Souza. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PAVANI, Luana. Vem Aí a Segunda Onda do SLA. **Revista Info Corporate**. São Paulo, n.43, p.26-37, abr. 2007.

PMI – PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **A guide to the Project management body of knowledge (PMBOK Guide)**. 5a edição. 2013.

PMI – PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE **Um Guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos - Guia PMBOK**. 4. ed. Newtown Square, Pennsylvania, USA: Project Management Institute, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE – RS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em. **Manual de orientação para controle da disseminação de *Acinetobacter sp* resistente a carbapenêmicos no município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2007. p.25-28. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/125070290413612507025887571207316429256MANUAL%20ACINETO BACTER.pdf>>. Acesso em dez. de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO – SP. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Controle de Infecção – CCI – SMS. **Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde**. Ribeirão Preto; SMS-RP, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/comissao/desin/i16limpdesinfecsufperficie.pdf>>. Acesso em dez. de 2015.

SALLES, C. L. **Artigo de atualização escrito por Carmen Lígia Sanches de Salles**, membro da CÂMARA TÉCNICA do COREN-SP, gestão 2008-2011.

SANTOS, M. B. **Gestão da mudança: a uni*cação da área de serviços a pessoas da Braskem no Rio Grande do Sul**. 2010.

SCHMIDT, H. (2000). **Service Level Agreements based on Business Process Modeling**. HPOpenView University Association (OVUA'00) Plenary Workshop.

SEHULSTER, L.; CHINN, R.Y.W. **Guidelines for environmental infection control Health-Care facilities**. Centers for Disease Control and Preventing, Jun. 2003. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm>>. Acesso em nov. de 2015.

SOUZA, J. N. S. **O nível de satisfação dos hóspedes em relação ao atendimento no Hotel Pousada da Conquista** – Bahia. UOL. 29 nov. 2006. Disponível em: <http://artigocientífico.uol.com.br/uploads/artc_1164841163_36.doc>. Acesso em dez. de 2015.

STURM, R. MORRIS, W., JANDER, M. **Foundations of Service Level Management**. Estados Unidos: Sams, 2000.

THE FACILITIES SOCIETY UK. <http://www.facilities.ac.uk/j/free-cpd/154-strategies-for-facilities-management>, 2008.

TORRES, S.; LISBOA, T. **Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de Saúde**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

WIKIPEDIA. **Benchmarking**. [on-line]. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Benchmarking>. Acesso em dez. de 2015.

WIKIPEDIA. **Ciclo PDCA**. [on-line]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ciclo_PDCA. Acesso em dez. de 2015.

YAMAUSHI, N.I.; LACERDA, R.A.; GABRIELLONI, M.C. Limpeza Hospitalar. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1141-1155.

8. APÊNDICE

APÊNDICE A

Planilha de Medição de ANS pelo hospital X

| | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Avaliação de Serviços Parcial | Setor: Higiene |
| Data: 09/11/2015 | |
| Responsável Hospital X: | |
| Responsável Prestador de Serviços: | |

| | |
|---|--------------|
| Ótimo = 4; Bom = 3; Regular = 2; Insatisfatório = 1; Não aplicável = NA | Nota: |
| A Higienização e Limpeza: | Nota: |
| 1 Área Externa | - |
| 2 Azulejos | 4 |
| 3 Mobiliários (mesa, bancadas e outros) | 3 |
| 4 Paredes (alvenaria, madeira, fórmica) | 2 |
| 5 Pisos (cerâmica, carpete, outros) | 2 |
| 6 Ralos e grelhas (parte externa) | 2 |
| 7 Saídas de ar (parte externa) | 2 |
| 8 Portas | 3 |
| 9 Recolhimento de resíduos | - |
| 10 Sanitários | 3 |
| 11 Vidros (janela e esquadilhas) | 2 |

| | |
|--|--------------|
| B Tratamento de Piso: | Nota: |
| 1 Paviflex, Manta Vinílica (conforme cronograma) | 2 |

| | |
|---|--------------|
| C Operação: | Nota: |
| 1 Assiduidade / Pontualidade / Rotatividade (coberturas) | 4 |
| 2 Organização no Carro Funcional | 3 |
| 3 Aparência (uso de uniformes, postura, higiene pessoal) funcionários. | 2 |
| 4 Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivos (EPC) | - |
| 5 Postura e cordialidade | 1 |
| 6 Cumprimento das rotinas de serviços conforme Programa de Atividade Diária | 1 |
| 7 Entrega da Documentação (escalas, comprovantes de treinamento, cronogramas de atividades da área) | 3 |
| 8 Atividade de comando (líder, encarregado, supervisor de higiene) | 3 |

| | |
|---|---|
| 9 Reposição (papel toalha, sabonete líquido, papel higiênico, saco para absorvente, assento sanitário, gel alcóolico) | 3 |
| 10 DML (organização, limpeza e identificação) | 2 |
| 11 Conhecimento de processo e procedimentos técnicos (excluir específico higienização) | 1 |
| 12 Controles de limpeza disponíveis e preenchidos corretamente (Controles de limpeza e Planilhas de discrepância) | - |

| | |
|--|--------------|
| D Expectativa do Cliente: | Nota: |
| 1 Atendimento a eventuais necessidades fora da rotina normal de trabalho | - |

| | |
|---|--------------|
| TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (TPP): | Total |
| Quantidade de itens respondidos 20 x 4 = 80 | 80 |

| | |
|---|--------------|
| TOTAL DE PONTOS OBTIDOS (TPO): | Total |
| Quantidade de itens ÓTIMO: 2 x 4 = 8 | 48 |
| Quantidade de itens BOM: 7 x 3 = 21 | |
| Quantidade de itens REGULAR: 8 x 2 = 16 | |
| Quantidade de itens INSATISFATORIO: 3 x 1 = 3 | |

| | |
|--|-------------|
| TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (TPP): 80 | 60 % |
| TOTAL DE PONTOS OBTIDOS (TPO): 48 | |
| RESULTADO PARCIAL (RP): OBTIDOS (TPO) / POSSÍVEIS (TPP) = 48 / 80 = | |

| |
|---------------------|
| Observações: |
|---------------------|

| |
|-----------------------|
| Plano de Ação: |
|-----------------------|

| | |
|-------------------------------|--|
| Responsável Hospital X | Responsável Prestador de Serviços |
|-------------------------------|--|

$$TPP = \sum (A+B+C+D)*4$$

$$TPP = \sum (20)*4$$

$$TPO = \sum A*i + \sum B*i + \sum C*i + \sum D*I$$

$$TPO = \sum 2*4 + \sum 7*3 + \sum 8*2 + \sum 3*1$$

$$RP = TPO/TPP$$

$$RP = 48/80 = 60\%$$

Resultado = 60 % desempenho Regular, vide tabela 04 Resultado Parcial Percentual, abaixo.

REGULAR: No momento da vistoria evidencia-se um volume de detritos de sujeidade (conforme critério) intoleráveis ao processo.

Tabela 04: Resultado Parcial Percentual

| Nota | | Percentual Obtido |
|----------|----------------|-------------------|
| 1 | Insatisfatório | 0,0% |
| | | 49,99% |
| 2 | Regular | 50,00% |
| | | 69,99% |
| 3 | Bom | 70,00% |
| | | 89,99% |
| 4 | Ótimo | 90,0% |
| | | 100,0% |

Fonte: Elaborado pelo autor

APÊNDICE B

Inspeção - Acordo de nível de serviço (ANS)

Nome da empresa: Prestador de Serviços X

Data: 07/12/2015

Endereço: Avenida Paulista, 1000, Bela Vista

Cidade: São Paulo

Estado: São Paulo

CEP: 01000-100

Telefone: 4000-1000

Profissional de limpeza: José dos Santos

Supervisor/Líder: Inácio de Moura

| Áreas | 1 Ruim | 2 Razoável | 3 Bom | 4 Excelente |
|--|-----------|---------------|-----------|----------------|
| Banheiro Masculino | | | | |
| • Piso | | | X | |
| • Parede | | X | | |
| • Teto | | X | | |
| • Porta | | | X | |
| • Abastecimento de Insumos (Dispenser) | | | | X |
| • Pia | | | X | |
| • Lixeiras | | | | X |
| • Mictórios/ Vaso Sanitário | | | | X |
| • Ralos | X | | | |
| • Saída de Ar | X | | | |
| | | | | |
| (TA) Total: N° de Áreas de checagens | 2 X 1 = 2 | 2 X 2 = 4 | 3 X 3 = 9 | 3 X 4 = 12 |

Legenda:**Nota**

- (1) Ruim [0.0-1.4]
 (2) Razoável [1.5-2.4]
 (3) Bom [2.5-3.4]
 (4) Excelente [3.5-4.0]

| | |
|--|-----|
| 1. (ST) Soma Total das 4 Colunas = | 27 |
| 2. (TA) Total de N° de Áreas = | 10 |
| 3. (CG) Classificação Geral = (ST / TA) = | 2.7 |

1. Soma Total das 4 Colunas (ST) = É a quantidade total de áreas de cada coluna (Ruim, Razoável, Bom ou Excelente) multiplicado pelos seus respectivos Nota (1) Ruim, (2) Razoável, (3) Bom ou (4) Excelente, de acordo com a avaliação.

2. Total de N° de Áreas (TA) = É o total de áreas de verificadas.

3. Classificação Geral (CG) = (ST) / (TA)

Exemplo: Atribuição das Notas\Valores

TA - Total: N° de Áreas de verificadas foram 10 (TA = 10): Sendo 2 Ruim, 2 Razoável, 3 Bom e 3 Excelente.

1º Multiplicar a quantidade de área por seu respectivo nota:

- Quantidade de áreas consideradas Ruim: 2 (A=2)
 - Ax (nota 1) = 2
- Quantidade de áreas consideradas Razoável: 2 (A=2)
 - Ax (nota 2) = 4
- Quantidade de áreas consideradas Bom: 3 (A=3)
 - Ax (nota 3) = 9
- Quantidade de áreas consideradas Excelente: (A=3)
 - Ax (nota 4) = 12

2º ST - Soma Total das 4 Colunas

(Ruim + Razoável + Bom + Excelente)

$$ST = 2 + 4 + 9 + 12 = 27$$

3º CG - Classificação Geral

$$CG = ST/TA$$

$CG = 27/10 = 2.7$ ou **67,5% desempenho Bom, pontuação e percentual, vide tabela 05**

Atribuição das Notas\Valores do apêndice B.

BOM: Superfície livre de sujidade, manchas, riscos e pó. Ter uma aparência de limpeza. O desempenho satisfaz os padrões para especificações neste local.

Tabela 05: Atribuição das Notas\Valores

| Nota | Escala | Percentual Obtido |
|--------------------|---------------|------------------------------|
| 1 Ruim | 0.0 | 0,0% |
| | 0.1 | 2,5% |
| | 0.2 | 5,0% |
| | 0.3 | 7,5% |
| | 0.4 | 10,0% |
| | 0.5 | 12,5% |
| | 0.6 | 15,0% |
| | 0.7 | 17,5% |
| | 0.8 | 20,0% |
| | 0.9 | 22,5% |
| | 1.0 | 25,0% |
| | 1.1 | 27,5% |
| | 1.2 | 30,0% |
| | 1.3 | 32,5% |
| 1.4 | 35,0% | |
| 2 Razoável | 1.5 | 37,5% |
| | 1.6 | 40,0% |
| | 1.7 | 42,5% |
| | 1.8 | 45,0% |
| | 1.9 | 47,5% |
| | 2.0 | 50,0% |
| | 2.1 | 52,5% |
| | 2.2 | 55,0% |
| | 2.3 | 57,5% |
| | 2.4 | 60,0% |
| 3 Bom | 2.5 | 62,5% |
| | 2.6 | 65,0% |
| | 2.7 | 67,5% |
| | 2.8 | 70,0% |
| | 2.9 | 72,5% |
| | 3.0 | 75,0% |
| | 3.1 | 77,5% |
| | 3.2 | 80,0% |
| | 3.3 | 82,5% |
| | 3.4 | 85,0% |
| 4 Excelente | 3.5 | 87,5% |
| | 3.6 | 90,0% |
| | 3.7 | 92,5% |
| | 3.8 | 95,0% |
| | 3.9 | 97,5% |
| | 4.0 | 100,0% |

Fonte: Elaborado pelo autor

9. ANEXO

A. Critérios detalhados de avaliação de serviços de higienização hospitalar

Tabela 06: A Higienização e Limpeza

| A. | Higienização e Limpeza | ÓTIMO | BOM | REGULAR | INSATISFATÓRIO |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Área Externa | sem detritos | com até 02 pontos de detritos | de 03 a 06 pontos de detritos | igual ou acima de 07 pontos de detritos |
| 2 | Azulejos | sem manchas removíveis | com até 02 pontos de manchas removíveis | de 03 a 06 pontos de manchas removíveis | igual ou acima de 07 pontos de manchas removíveis |
| 3 | Mobiliários | limpos, sem pó e desinfetados | com até 02 pontos de sujidade removíveis | de 03 a 06 pontos de sujidade removíveis | igual ou acima de 07 pontos de sujidade removíveis |
| 4 | Paredes | sem manchas removíveis | com até 02 pontos de manchas removíveis | de 03 a 05 pontos de manchas removíveis | igual ou acima de 06 pontos de manchas removíveis |
| 5 | Pisos | sem detritos, sem manchas removíveis e secos | com até 02 pontos de sujidade removíveis | de 03 a 06 pontos de sujidade removíveis | igual ou acima de 07 pontos de sujidade removíveis |
| 6 | Ralos e Grelhas | todos os ralos ou grelhas sem detritos, sem manchas removíveis e limpos | até 1 ralo ou grelhas com apresentação de sujidade removíveis | até 03 ralos ou grelhas com apresentação de sujidade removíveis | igual ou acima de 04 ralos ou grelhas com apresentação de sujidade removíveis |
| 7 | Saídas de Ar | todas as saídas de ar sem detritos, sem manchas removíveis e limpos | até 1 saída de ar com apresentação de sujidade removíveis | até 03 saídas de ar com apresentação de sujidade removíveis | até 4 saídas de ar com apresentação de sujidade removíveis |
| 8 | Portas | todas as portas desencardidas, sem manchas removíveis e sem pó | até 02 portas com apresentação de sujidade removíveis | de 03 a 06 portas com apresentação de sujidade removíveis | igual ou acima de 07 pontos de sujidade removíveis |
| 9 | Recolhimento de Resíduos (lixeiras) | todas as lixeiras limpas, com sacos de resíduos e não transbordando | até 02 lixeiras sujas, com resíduos ou transbordando | de 03 a 06 lixeiras sujas, com resíduos ou transbordando | igual ou acima de 07 lixeiras sujas, com resíduos ou transbordando |
| 10 | Sanitários | limpos, abastecidos e odorizados | - | - | sujos, desabastecidos e não odorizados |
| 11 | Vidros (janelas, esquadrias e parapeitos) | limpos, sem marcas, sem respingos e sem pó | até 1 vidro com apresentação de sujidade removível | com até 03 vidros com apresentação de sujidade removível | com até 04 vidros com apresentação de sujidade removível |

Fonte: Hospital X

Tabela 07: B Tratamento de Piso

| B. | Tratamento de Piso | ÓTIMO | BOM | REGULAR | INSATISFATÓRIO |
|----|--------------------|---|--|---|---|
| 1 | Piso | conforme cronograma e sem nenhuma apresentação de imperfeição | conforme cronograma e com até 02 pontos apresentando imperfeição | conforme cronograma, de 03 a 06 pontos apresentando imperfeição | em atraso sem justificativa, igual ou acima de 07 pontos apresentando imperfeição |
| 2 | Paredes e portas | sem apresentação de respingos de cera | com até 02 portas ou paredes apresentando respingo de cera | de 03 a 06 portas ou paredes apresentando respingos de cera | igual ou superior a 07 portas ou paredes apresentando respingos de cera |
| 3 | Cantos e rodapés | sem apresentação de sujidade | com até 02 pontos apresentando sujidade removíveis | de 03 a 06 pontos apresentando sujidade removíveis | igual ou superior a 07 pontos apresentando sujidade removíveis |

Fonte: Hospital X
Tabela 08: C Operação

| C. | Operação | ÓTIMO | BOM | REGULAR | INSATISFATÓRIO |
|----|--|--|-------------------------|---------------------|---|
| 1 | Assiduidade/ Pontualidade | Sem atraso, sem ausência e com reposição / cobertura instruída (se necessário) | - | - | com atraso, com ausência e sem reposição ou cobertura instruída |
| 2 | Organização do Carro Funcional | completo, limpo e organizado | - | - | incompleto, sujo e desorganizado |
| 3 | Aparência | uniforme completo e limpo, cabelos presos e sem adornos | - | - | uniforme incompleto, cabelos soltos e com adornos |
| 4 | Uso de EPI e EPC | utiliza corretamente | utiliza incorretamente | não utiliza | não possui |
| 5 | Postura e Cordialidade | apresenta constantemente | apresenta eventualmente | apresenta raramente | não apresenta |
| 6 | Cumprimento das rotinas de serviços conforme PAD | cumprimento total | cumprimento parcial | não cumpre | desconhece o PAD |
| 7 | Entrega da Documentação (escalas, comprovantes de treinamentos e cronograma de atividades) | entrega todos os solicitados | - | - | não entrega todos os solicitados |
| 8 | Atividade de Comando | apresenta constantemente | apresenta eventualmente | apresenta raramente | não apresenta |
| 9 | Atividade do enfermeiro de higiene | capacitou igual ou superior a 70% da equipe | - | - | capacitou abaixo 69,9% |
| 10 | Reposição de Descartáveis | sem excesso, abastecidos e limpos | - | - | com excesso, desabastecidos e sujos |
| 11 | DML | identificado, limpo e organizado | - | - | não identificado, sujo e desorganizado |
| 12 | Conhecimento de processo e proced. técnicos de higienização | conhece e aplica corretamente | - | - | não conhece e não aplica |
| 13 | Controle de limpeza disponível e preenchido corretamente | esta no local adequado, preenchido corretamente e legível | - | - | não esta no local adequado, não esta preenchido e esta ilegível |

Fonte: Hospital X

Tabela 09: D Expectativa do Cliente

| D. | Expectativa do Cliente | ÓTIMO | BOM | REGULAR | INSATISFATÓRIO |
|----|---|--------------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| 1 | Atendimento a eventuais necessidades fora da rotina normal de trabalho. | apresenta constantemente | apresenta eventualmente | apresenta raramente | não apresenta |

Fonte: Hospital X

Tabela 10: E Gestão

| E. | Gestão | ÓTIMO | BOM | REGULAR | INSATISFATÓRIO |
|----|--|---|-----|---------|---|
| 1 | Registro geral de queixas (SAC, Notificações de eventos e e-mails) | até 10 queixas no mês | - | - | acima de 11 queixas no mês |
| 2 | Apresentação de documentação estabelecida em contrato | apresenta todos os documentos estabelecidos em contrato | - | - | não apresenta todos os documentos estabelecidos em contrato |

Fonte: Hospital X

Observações Finais:

1. Insatisfatório: No momento da vistoria evidencia-se a não satisfação do cliente, frente ao serviço recebido.

2. Regular: No momento da vistoria evidencia-se um volume de detritos de sujidade (conforme critério acima) intoleráveis ao processo.

3. Bom: No momento da vistoria evidencia-se alguns detritos de sujidade (conforme critérios acima) toleráveis ao processo.

4. Ótimo: No momento da vistoria não evidencia-se nenhum detrito de sujidade removível.