

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EMANUELA KAISER MAFRA

**A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DE QUALIDADE DAS  
ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:  
O CASO DO HOSPITAL CELSO RAMOS**

FLORIANÓPOLIS  
2007

EMANUELA KAISER MAFRA

**A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DE QUALIDADE DAS  
ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:  
O CASO DO HOSPITAL CELSO RAMOS**

Trabalho de Conclusão de Estágio apresentada à disciplina Estágio Supervisionado – CAD 5236, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração em Administração Hospitalar.

Professor Orientador: João José Cândido da Silva  
Professor Co-orientador: Rudimar Antunes da Rocha


FLORIANÓPOLIS

2007

EMANUELA KAISER MAFRA

**A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DE QUALIDADE DAS  
ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:  
O CASO DO HOSPITAL CELSO RAMOS**

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 23 de novembro de 2007.



Prof. Rudimar Antunes da Rocha, Dr.  
Coordenador de Estágios

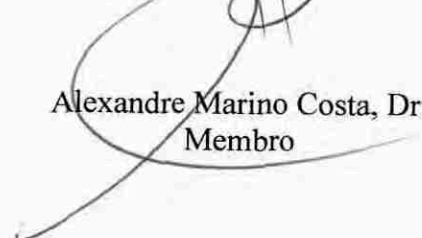
Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:



João José Cândido da Silva, Msc.  
Orientador



Rudimar Antunes da Rocha, Dr.  
Co-orientador



Alexandre Marino Costa, Dr.  
Membro

*Aos meus pais, Antonio e Laurete, e a minha irmã, Nicole, os meus sinceros agradecimentos pelo apoio e dedicação.*

*Ao amor da minha vida, Ridley, que sempre esteve ao meu lado e me inspirou durante toda esta caminhada.*



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois graças a ele tive a oportunidade de realizar um sonho que há muito tempo instiga o meu ser, a realização de uma pesquisa nesta área.

À Universidade Federal de Santa Catarina e a todas as escolas em que estudei, porque foi através da dedicação de muitos professores que despertei o interesse e o prazer pela incessante busca do saber.

Aos Professores João José Cândido da Silva e Rudimar Antunes da Rocha que me guiaram durante todos os momentos de elaboração deste trabalho, por serem compreensivos e pela dedicação incondicional.

Aos colaboradores da instituição hospitalar analisada neste trabalho, que me auxiliaram na concepção de forma prática e, por sua atenção e compreensão ao propósito deste estudo.

A minha grande amiga Fernanda que me ilumina, desde que nos conhecemos. E, que apesar da distância, em virtude de nossos ideais profissionais, se faz presença marcante em cada etapa da minha vida.

A minha amiga Eliane que sempre esteve ao meu lado, desde que nos conhecemos.

Aos meus colegas da Universidade, em especial atenção a Vanessa e a Ana, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos da vida acadêmica, inclusive na conclusão deste trabalho.

As minhas colegas de trabalho, Andréa, Cristiane, Maristela, Patrícia, Rita e Rovená que sempre me apoiaram nesta fase da minha vida.

E, finalmente, ficam registrados os meus sinceros e profundos agradecimentos a todos aqueles que auxiliaram na conclusão deste estudo de alguma forma.

*“Não existe nada mais fácil de fazer, nada mais perigoso de conduzir, ou de êxito mais incerto do que tomar a iniciativa de introduzir uma nova ordem das coisas, porque a inovação tem inimigos em todos aqueles que se tem saído bem sob as condições antigas, e defensores não muito entusiásticos entre aqueles que poderiam sair-se bem na nova ordem das coisas”.*

*Nicoló di Bernardo dei Machiavelli (\* 1469 + 1527)*

## RESUMO

MAFRA, Emanuela Kaiser. **A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DE QUALIDADE DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: o caso do Hospital Celso Ramos**. 2007. Número de folhas (106f.). Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

O presente estudo tem como objetivo avaliar e comparar os preceitos descritos pelo Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade dos serviços prestados no Hospital Celso Ramos. Assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados na área da saúde é direito de todos e dever do Estado. Os aspectos metodológicos empregados classificam essa pesquisa como um estudo de caso, desenvolvido mediante uma pesquisa de campo, com abordagem predominantemente qualitativa de dados, apresentando caráter descritivo. A coleta de dados foi obtida por meio de pesquisa bibliográfica e documental em livros, artigos e *sites* da Internet, além de observação direta, entrevistas e pesquisa de campo. As entrevistas estruturadas foram realizadas com os dirigentes da unidade hospitalar e chefes de setor de áreas diretamente relacionadas ao tema, para identificar a situação atual de gestão da qualidade da unidade hospitalar sob a ótica do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA). Utilizou-se ainda, de observações para coletar evidências e pesquisa de campo com uma amostra de 166 colaboradores, a fim de verificar a opinião dos mesmos quanto à garantia da qualidade dos serviços prestados na instituição, dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA). Os resultados obtidos com a coleta de dados evidenciaram que, a organização oferece serviços assistenciais na área da saúde com poucos recursos físicos, pessoais e financeiros que podem comprometer a qualidade de sua assistência. A instituição sabe de suas limitações e procura suprir tais carências com a dedicação incondicional dos colaboradores. No entanto, para atender aos itens de orientação do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), por meio de evidências objetivas, a unidade hospitalar estudada precisa rever as suas diretrizes e utilizar, de forma sistemática, programas de gestão, para assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados. Além disso, é necessário que a organização reveja o seu planejamento estratégico e invista continuamente na capacitação e desenvolvimento de seus colaboradores para a área estratégica de gestão da qualidade.

**Palavras-chave:** Normas Brasileiras de Acreditação (ONA). Acreditação Hospitalar. Gestão da Qualidade. Hospital Celso Ramos.

## ABSTRACT

MAFRA, Emanuela Kaiser. **A ACREDITAÇÃO COMO FERRAMENTA DE MELHORIA DE QUALIDADE DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: o caso do Hospital Celso Ramos**. 2007. Número de folhas (106f.). Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

The present study has as objective to evaluate and to compare the described rules for the Brazilian Manual of Accreditation on Healthcare Organizations for the improvement of the quality of the services given in the Celso Ramos Hospital. To assure the quality of the assistance services given in the health field is everyone's right and the State's obligation. This study's methodological aspects are classified as study of case; where a field research was contemplate, with predominantly qualitative view and presenting descriptive character. The collection of data was gotten from documentary and bibliographical research in books, articles and sites of the internet, beyond direct observation, interviews and research of field. The structuralized interviews had been carried through the controllers of the hospital unit and heads of sector on the areas directly related to the subject, bringing to a total of 166 collaborators, to identify the current situation of quality's management on the hospital related to the optics of the Brazilian Manual of Accreditation (ONA). The results gotten had evidenced that, the organization offer a poor assistance services health's area with few physical, personal and financial resources that can compromise the assistance's quality. The institution knows its limitations and looks for filling up these lacks with the unconditional devotion of the collaborators. However, to fallow the orientation of the Brazilian Manual of assistance (ONA), by means of objective evidences, the hospital unit studied needs to review its lines of direction and to use, of systematic form, management programs, to assure the quality of the assistance services given. Moreover, it is necessary that the organization reviews its strategically planning and continuously invests in the qualification and development of its collaborators for the strategically area quality's management.

**Palavras-chave:** Brazilian Manual of Accreditation (ONA). Accreditation of Healthcare Organizations. Quality's Management. Celso Ramos Hospital.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Modelo de um sistema de gestão de qualidade baseado no processo.....	29
<b>Quadro 1:</b> As quatro principais eras da qualidade.....	22
<b>Quadro 2:</b> Termos relevantes ao processo de qualidade.....	23
<b>Quadro 3:</b> As vantagens da qualidade nos serviços.....	25
<b>Quadro 4:</b> Os princípios que norteiam a gestão da qualidade.....	27
<b>Quadro 5:</b> As principais vantagens e dificuldades do processo de Acreditação.....	46
<b>Quadro 6:</b> Serviços hospitalares acreditados.....	47
<b>Quadro 7:</b> Cálculo do tamanho da amostra.....	51
<b>Quadro 8:</b> Plano de ação.....	90
<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos colaboradores por sexo.....	65
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição dos colaboradores por idade.....	66
<b>Gráfico 3:</b> Distribuição dos colaboradores por estado civil.....	66
<b>Gráfico 4:</b> Distribuição dos colaboradores por grau de escolaridade exigido por sua competência (cargo).....	67
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição dos colaboradores por conhecimento em relação à missão, objetivos e metas institucionais.....	68
<b>Gráfico 6:</b> Distribuição dos colaboradores em relação à importância da missão, objetivos e metas institucionais para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição.....	69
<b>Gráfico 7:</b> Distribuição dos colaboradores em relação à participação ou se já ouviu falar a respeito de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos.....	70
<b>Gráfico 8:</b> Distribuição dos colaboradores em relação ao alcance dos resultados desejados pelo projeto para a melhoria da qualidade pelo qual participou ou ouviu falar a respeito.....	71
<b>Gráfico 9:</b> Distribuição dos colaboradores por uso de algum método ou ferramenta de gestão da qualidade.....	72
<b>Gráfico 10:</b> Distribuição dos colaboradores por método ou ferramenta de gestão da qualidade utilizada.....	73

<b>Gráfico 11:</b> Distribuição dos colaboradores em relação a se já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.....	74
<b>Gráfico 12:</b> Distribuição dos colaboradores por meio em que ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.....	75
<b>Gráfico 13:</b> Distribuição dos colaboradores por opinião a respeito se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados.....	76
<b>Gráfico 14:</b> Distribuição dos colaboradores por opinião em relação a principal ferramenta gerencial que deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar.....	77
<b>Gráfico 15:</b> Distribuição dos colaboradores por avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral.....	78
<b>Gráfico 16:</b> Distribuição dos colaboradores em relação a sua opinião sobre o tema.....	79

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos colaboradores por conhecimento em relação à missão, objetivos e metas institucionais.....	68
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos colaboradores em relação à importância da missão, objetivos e metas institucionais para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição.	69
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos colaboradores em relação à participação ou se já ouviu falar a respeito de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos.....	70
<b>Tabela 4:</b> Distribuição dos colaboradores em relação ao alcance dos resultados desejados pelo projeto para a melhoria da qualidade pelo qual participou ou ouviu falar a respeito....	71
<b>Tabela 5:</b> Distribuição dos colaboradores por uso de algum método ou ferramenta de gestão da qualidade.....	72
<b>Tabela 6:</b> Distribuição dos colaboradores por método ou ferramenta de gestão da qualidade utilizada. ....	73
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos colaboradores em relação a se já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.	74
<b>Tabela 8:</b> Distribuição dos colaboradores por meio em que ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. ....	75
<b>Tabela 9:</b> Distribuição dos colaboradores por opinião a respeito se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados. ....	76
<b>Tabela 10:</b> Distribuição dos colaboradores por opinião em relação a principal ferramenta gerencial que deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar. ....	77
<b>Tabela 11:</b> Distribuição dos colaboradores por avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral. ....	78
<b>Tabela 12:</b> Distribuição dos colaboradores em relação a sua opinião sobre o tema.....	79
<b>Tabela 13:</b> Distribuição dos colaboradores por idade em função da avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços prestados. ....	81



**Tabela 14:** Distribuição dos colaboradores por se já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em função da avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços prestados. .... 83



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação
- CONMETRO – Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
- FNQ – Fundação Nacional da Qualidade
- IAC – Instituições Acreditadoras
- INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
- ISO – *International Standards Organization* ou Organização Internacional de Normalização
- JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*
- JCI – *Joint Commission International*
- NBR – Normas Brasileiras
- ONA – Organização Nacional de Acreditação
- OPSS – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- PBQP – Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade
- PGAQS – Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde
- SBA – Sistema Brasileiro de Acreditação
- SBAC – Sistema Brasileiro de Avaliação da Conformidade
- SES/SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TQC – *Total Quality Control* ou Controle da Qualidade Total

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Objetivo geral.....	16
1.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 Justificativas teórico-empíricas .....	17
1.4 Estrutura do trabalho .....	18
<b>2 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E SUAS INTERFACES.....</b>	<b>19</b>
2.1 A dimensão qualidade .....	19
2.1.1 A evolução da qualidade .....	19
2.1.2 Definições relevantes à qualidade .....	23
2.1.3 A qualidade no ambiente dos serviços de saúde.....	24
2.2 O sistema de gestão de qualidade.....	26
2.3 Modelos de avaliação externa para serviços de saúde .....	33
2.4 A organização hospitalar .....	34
2.4.1 Histórico .....	35
2.4.2 Caracterização, gestão e desafios .....	36
2.5 Acreditação hospitalar .....	38
2.5.1 Origens do processo de Acreditação .....	38
2.5.2 Fundamentos da Acreditação .....	39
2.5.3 O processo de Acreditação .....	41
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>49</b>
3.1 Caracterização da pesquisa .....	49
3.2 Delimitação do universo.....	50
3.3 Coleta de dados .....	51
3.4 Análise e tratamento dos dados.....	54
3.5 Limitações do estudo .....	55
<b>4 O CASO DO HOSPITAL CELSO RAMOS.....</b>	<b>57</b>
4.1 O contexto do estudo .....	57
4.2 Gestão da qualidade dos serviços prestados na instituição sob a ótica do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) .....	59
4.2.1 Nível 1 .....	59

4.2.2 Nível 2 .....	61
4.2.3 Nível 3 .....	63
<b>4.3 Apresentação dos resultados obtidos mediante pesquisa de campo .....</b>	<b>65</b>
<b>4.4 Aplicabilidade do sistema de gestão da qualidade sob a perspectiva do manual .....</b>	<b>84</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1 Conclusões .....</b>	<b>91</b>
<b>5.2 Recomendações .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE A – Questionário aplicado aos colaboradores da instituição hospitalar estudada.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO A - Padrões obrigatórios para todas as instituições de saúde: seção Garantia da Qualidade do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO B – Formulário de entrevista aplicado junto à Gerente de Administração.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO C – Estrutura organizacional do Hospital Celso Ramos .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ambiente competitivo e globalizado que as organizações vivenciam denota a necessidade de que as mesmas busquem diferenciais competitivos para assegurar condições de sobrevivência no mercado.

Algumas empresas passaram a adotar práticas de gestão de qualidade em seus serviços, com o objetivo de assegurarem a sua presença no mercado. Desta forma, elas buscam atender as necessidades e expectativas de seus clientes, sejam eles internos ou externos à empresa.

A incorporação de preceitos de qualidade na realização dos serviços exige uma série de mudanças organizacionais. Não obstante, uma organização que adota tais métodos demonstra o seu comprometimento na busca da satisfação das necessidades e aspirações de seus clientes, além de garantir que seus serviços estão sendo realizados de forma mais confiável e segura.

Em organizações prestadoras de serviços de saúde, especialmente nos hospitais, o gerenciamento da qualidade torna-se fator relevante, pois, promover uma assistência mais segura e adequada aos pacientes é, normalmente, o objetivo principal dessas instituições. Assim, a qualidade deve estar inserida em cada área hospitalar e de forma integrada para assegurar que as necessidades e expectativas de seus clientes estão sendo realizadas.

Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil criou, em 1995, o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), que introduzia no país o conceito de qualidade nos serviços de saúde. No ano de 1998, surgiu o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que tinha como objetivo estabelecer um consenso de opiniões, a respeito dos padrões de qualidade nas instituições hospitalares. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi instituída em 1999 e “estabeleceu um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde” (ONA, 2007).

O processo de Acreditação Hospitalar pode ser pleiteado por qualquer organização hospitalar, desde que, a mesma acredite estar apta para obter a certificação. Segundo a ONA (2007), o processo contempla os seguintes níveis de certificação: nível 1, caracterizando-se como uma organização prestadora de serviços de saúde acreditada, que enfatiza como princípio a segurança; nível 2, caracterizando-se como uma organização prestadora de serviços de saúde acreditada plena, que enfatiza como princípios a segurança e a organização;

e nível 3, caracterizando como uma organização prestadora de serviços de saúde acreditada com excelência, que enfatiza como princípios a segurança, a organização e práticas de gestão da qualidade.

O processo de Acreditação Hospitalar, no futuro, na concepção de Gastal (apud ANVISA, 2004) será reconhecido como uma marca pelos usuários, ou seja, representará um diferencial competitivo no mercado.

Neste contexto, o hospital que obter certificações dessa dimensão demonstra o seu comprometimento em relação à qualidade dos serviços assistenciais prestados.

O Hospital Celso Ramos, localizado no município de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, é um hospital público vinculado a Secretaria de Estado da Saúde. O hospital tem como missão “prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados”.

O processo de Acreditação Hospitalar pode contribuir na melhoria contínua dos serviços hospitalares prestados nesse hospital e, dessa forma, pode consolidar o cerne de sua missão – prestar assistência de excelência e referência à população. Assim, delimita-se a questão norteadora deste estudo:

**Como o Hospital Celso Ramos pode utilizar os preceitos descritos pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade dos seus serviços hospitalares?**

### **1.1 Objetivo geral**

O objetivo geral desse estudo foi: avaliar e comparar os preceitos descritos pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares prestados no Hospital Celso Ramos.

### **1.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos foram:

- a) identificar e analisar o processo atual de gestão da qualidade dos serviços prestados na unidade hospitalar em estudo, de acordo com os preceitos do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA);

- b) verificar e constatar a opinião dos colaboradores, quanto à gestão da qualidade dos serviços prestados na instituição estudada, dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA); e,
- c) propor soluções para promover a melhoria da qualidade dos serviços prestados, conforme o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

### 1.3 Justificativas teórico-empíricas

A preocupação constante, com a melhoria dos serviços prestados na área da saúde e com a sua conformidade a determinados padrões de qualidade, sempre norteou as diretrizes do Ministério da Saúde. O Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) que foi instituído em 1998 por este órgão, surge como “um instrumento de avaliação desenvolvido para verificar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços à Saúde, tendo como base padrões de complexidade crescente” (ROESSLER et al., 2005, p. 12).

O manual apresenta-se como um instrumento de avaliação sistêmica, no qual o conjunto de atividades exercidos na unidade hospitalar pode, através da aplicabilidade deste instrumento, assegurar a melhoria da qualidade em três níveis de complexidade. Para cada nível são estabelecidos itens de orientação específicos.

Neste contexto, o estudo realizado foi importante para a organização hospitalar, pois a instituição pôde conhecer a situação atual dos serviços prestados, no que tange à gestão da qualidade, além de dispor de possíveis soluções para que a assistência se torne mais próxima da proposta pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

Mello e Camargo (1998, p. 202) ressaltam a importância da Acreditação, no intuito de que este processo “avalia, padroniza e melhora os recursos da instituição, quer de sua estrutura, quer de seus processos, procurando obter melhores resultados”.

Não obstante, o hospital obteve, também, a opinião dos colaboradores, quanto à gestão da qualidade dos serviços prestados na unidade hospitalar, dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), mediante pesquisa de campo, o que poderá facilitar no processo de implementação futuro. Assim, a aplicação prática das soluções propostas, poderá resultar em uma assistência mais segura, em relação aos anseios e necessidades dos clientes, internos e externos à organização.

O presente estudo foi importante para a acadêmica, para a Universidade e para toda a sociedade, pois conceber uma assistência hospitalar voltada para o aperfeiçoamento contínuo



da gestão, promovendo uma melhoria de qualidade nesta, é direito de todos os cidadãos, como clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e dever do Estado.

Em relação à disponibilidade de recursos, a pesquisa foi considerada viável visto que, não exigiu grandes valores financeiros durante a sua execução. O tempo disponível para sua elaboração foi limitado, mas exequível de se realizar o que foi proposto. Além disso, o tema do estudo não possuiu nenhuma restrição no que tange à disponibilidade de informações.

#### **1.4 Estrutura do trabalho**

Neste capítulo foram contextualizados o tema e o problema de pesquisa proposto para o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC 2007) de Administração na Universidade Federal de Santa Catarina, definidos o objetivo geral e os específicos para a pesquisa, bem como expostas as justificativas teórico-empíricas que norteiam o presente estudo.

No segundo capítulo fez-se uma revisão da literatura, abordando-se a interpretação de diversos autores sobre os aspectos que norteiam a qualidade e sua evolução temporal, as definições e perspectivas à dimensão nos serviços de saúde. Destacou-se também, alguns sistemas de gestão da qualidade e modelos de avaliação externa para os serviços de saúde. A organização hospitalar e suas origens, características, gestão e desafios futuros são da mesma forma, contempladas neste capítulo. Complementa-se, destacando-se o cerne do estudo, qual seja a acreditação hospitalar; suas origens, definição, fundamentos e todo o processo norteador desta técnica de gestão.

O capítulo três foi reservado para serem esclarecidos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste trabalho, no qual se caracterizou o tipo de pesquisa, a delimitação do universo do estudo, a coleta de dados, a análise e tratamento dos dados e as limitações deste estudo.

No quarto capítulo são apresentados os resultados obtidos do estudo, evidenciando a gestão da qualidade dos serviços prestados na instituição analisada, isto é, o Hospital Celso Ramos, sob a ótica do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), assim como a aplicabilidade do sistema de gestão na organização sob a perspectiva do manual.

Para finalizar, o quinto capítulo foi reservado para se destacar às principais conclusões e recomendações evidenciadas por ocasião da realização desta pesquisa.

## **2 A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E SUAS INTERFACES**

Observa-se nos últimos anos, uma crescente busca pela melhoria da qualidade no setor de serviços. Algumas organizações procuram manter um diferencial competitivo para adquirir vantagem no mercado atual, mas, questiona-se até que ponto isto se aplica a área de saúde.

A saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Diante disto, as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) devem ter como objetivo principal prestar uma assistência mais qualificada a pessoas que necessitam de tal atendimento.

Neste sentido, surgem os processos de Acreditação, para assegurar que as OPSS possuam conhecimento específico para prestar seus serviços, assegurando que estes serão executados com práticas de qualidade, e que busquem a melhoria contínua de seus processos tomando-se por base determinados critérios estabelecidos por instituições capacitadas na área.

A OPSS que se tornar Acreditada demonstra que está comprometida com a satisfação das necessidades, expectativas e requisitos das partes envolvidas neste processo.

Assim, a presente revisão da literatura aborda aspectos que norteiam a qualidade nos serviços de saúde.

### **2.1 A dimensão qualidade**

Nesta seção foram relatados aspectos da evolução do conceito de qualidade ao longo do tempo e a respeito de sua inserção no ambiente de serviços de saúde.

#### **2.1.1 A evolução da qualidade**

A importância da qualidade nos dias atuais é representada pelo fator decisivo que ela apresenta perante o mercado globalizado e na conseqüente competitividade. Não obstante, ela representa ainda o comprometimento da organização com o respeito às necessidades e expectativas do cliente.

A percepção de qualidade dos dias atuais foi desenvolvida ao longo do tempo. Percebem-se três eras da qualidade, na concepção de Maximiano (2006): a era da inspeção, a era do controle estatístico e a era da qualidade total.



Garvin (1992) classifica a evolução histórica de maneira semelhante à Maximiano, como: inspeção, controle estatístico da qualidade, garantia da qualidade e gestão estratégica da qualidade.

A era da inspeção era baseada na separação do produto bom pelo produto defeituoso, por meio da observação direta. Os produtos e serviços eram inspecionados um por um ou aleatoriamente, pelos próprios produtores ou pelos consumidores. “Essa mentalidade influenciou desde os gregos até o Renascimento, alcançou a fabricação artesanal na passagem do século XIX para o XX e está presente até hoje em muitas modalidades de produção utilitária ou artística.” (MAXIMIANO, 2006, p. 163).

A era do controle estatístico, nas palavras de Garvin (1992), foi impulsionada pelos estudos de W.A. Shewart, a partir da publicação da obra *Economic Control of Quality of Manufactured Product*, em 1931, que marcou o início da utilização de técnicas para o monitoramento contínuo da produção.

Shewhart (apud Garvin, 1992) enfatizou que a variabilidade é inerente ao processo de produção. Desta forma, para exercer o controle de variabilidade do processo, foram desenvolvidas ferramentas que utilizam princípios norteadores de probabilidade e estatística. Além disso, Feigenbaum identificou a necessidade de criar um departamento para se cuidar exclusivamente da qualidade, pois “a qualidade, que era um trabalho de todo mundo, acabava sendo de ninguém” (MAXIMIANO, 2006, p. 165).

Os métodos estatísticos para o controle da qualidade foram utilizados no Japão antes e durante a Segunda Guerra Mundial, na compreensão de Ishikawa (1997). Conforme o autor, em 1949, formou-se um Grupo de Pesquisa de Controle de Qualidade, constituído por integrantes do Sindicato dos Cientistas e Engenheiros Japoneses, para investigar a aplicação do controle de qualidade e dos métodos estatísticos na indústria.

Na linha de pensamento de Ishikawa (1997), os métodos estatísticos são classificados em três categorias, de acordo com o nível de dificuldade: método estatístico elementar, método estatístico intermediário e método estatístico avançado.

O método estatístico elementar é popularmente conhecido como as sete ferramentas indispensáveis ao controle de qualidade. O autor destaca que, através do uso destas ferramentas, 95% de todos os problemas dentro de uma empresa podem ser resolvidos. Essas ferramentas são: estratificação, folha de verificação, gráfico de Pareto, diagrama de Ishikawa, histograma, diagrama de Scatter ou de correlação e gráfico (diagrama) de controle.

Maximiano (2006) salienta que nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial seguiu-se um período de prosperidade para a economia. Contudo, as empresas insistiam no

controle da qualidade pela inspeção e não com a finalidade de evitar os defeitos. Até que Feigenbaum, em 1961, reformulou as suas proposições publicadas há dez anos antes e as intitulou como Controle da Qualidade Total (TQC – *Total Quality Control*). O TQC é baseado na participação de todos os setores da empresa e de todos os empregados, no estudo e condução do controle da qualidade (CAMPOS, 1992).

Apesar da grande evolução do conceito de qualidade, proporcionada por Feigenbaum, sua adoção não acompanhou o mesmo ritmo, no juízo de Maximiano (2006). Suas idéias obtiveram maiores êxitos com as contribuições da escola japonesa da qualidade total, no qual os principais pensadores foram: Deming, Juran e Ishikawa.

As principais contribuições de Deming foram: os 14 pontos, ênfase no fazer certo pela primeira vez, correntes de clientes e qualidade desde os fornecedores até o cliente final.

A principal contribuição de Juran foi a trilogia da qualidade (planejamento, controle, aprimoramento). Juran buscava ainda advogar, em seus cursos destinados à alta e média gerência, que “o controle da qualidade não se aplica apenas à manufatura e à inspeção, mas a todas as áreas funcionais e a todas as operações da organização” (JURAN apud MAXIMIANO, 2006, p. 170).

As principais contribuições de Ishikawa foram: qualidade total e círculos da qualidade. Ishikawa propôs que “todas as divisões e todos os empregados se envolvam no estudo e na promoção do controle da qualidade” (ISHIKAWA apud MAXIMIANO, 2006, p. 171).

A qualidade total atingiu a maturidade, na posição de Maximiano (2006), valendo-se deste processo evolutivo, no qual se procurou assegurar a qualidade e realizar auditorias no sistema que norteia essa dimensão, para a garantia de que as práticas adotadas pela empresa possam assegurar produtos com qualidade.

Os movimentos que delineiam o processo de qualidade e sua evolução histórica são sintetizados por Garvín (1992) no Quadro 1.

Características	Etapas do Movimento da Qualidade			
	Inspeção	Controle Estatístico da Qualidade	Garantia da Qualidade	Gerenciamento Estratégico da Qualidade
	Fim do século XVIII e início século XX	Início da década de 1930 ao fim dos anos 1940	Início da década de 1950 ao fim da década de 1970	Início da década de 1980 até os dias atuais
Preocupação básica	Verificação	Controle	Coordenação	Impacto estratégico
Visão da qualidade	Um problema a ser resolvido	Um problema a ser resolvido	Um problema a ser resolvido, mas que seja enfrentado proativamente	Uma oportunidade de concorrência
Ênfase	Uniformidade do produto	Uniformidade do produto com menos inspeção	Toda a cadeia de produção, desde o projeto até o mercado, e a contribuição de todos os grupos funcionais, para impedir falhas de qualidade	As necessidades de mercado e do consumidor
Métodos	Instrumento de medição	Instrumentos e técnicas estatísticas	Programas e sistemas	Planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e a mobilização da organização.
Papel dos profissionais da qualidade	Inspeção, classificação, contagem e avaliação	Solução de problemas e a aplicação de métodos estatísticos	Mensuração da qualidade, planejamento da qualidade e projetos de programas	Estabelecimento de objetivos, educação e treinamento, trabalho consultivo com outros departamentos e delinear programas
Quem é o responsável pela qualidade	O departamento de inspeção	Os departamentos de produção e engenharia	Todos os departamentos, embora a alta gerência só se envolva periféricamente com o projeto, o planejamento e a execução das políticas de qualidade	Todos na empresa, com a alta gerência exercendo forte liderança
Orientação e abordagem	Inspecciona a qualidade	Controla a qualidade	Constrói a qualidade	Gerencia a qualidade

**Quadro 1:** As quatro principais eras da qualidade.

Fonte: Garvin (1992, p. 44).

Na interpretação de Drummond (1998, p. 14) “as organizações em toda parte estão se tornando cada vez mais conscientes do potencial competitivo da qualidade”. A qualidade passou a ser vista como um item obrigatório para as instituições, pois os mercados estão se tornando cada vez mais competitivos e desta forma, é necessário encontrar mecanismos para fidelizar os clientes.

A qualidade dos dias atuais é diferenciada dos demais termos utilizados em período anteriores, no que tange à satisfação das necessidades e anseios dos clientes. A empresa

precisa estar à frente e prever o que o cliente espera de seus produtos para o futuro. “A qualidade hoje está muito mais associada à percepção de excelência nos serviços” (MARSHALL JR. et al., 2005, p. 29).

Neste sentido, a seção 2.1.2 introduz o conceito de qualidade e os aspectos que estão intimamente relacionados a essa dimensão.

### 2.1.2 Definições relevantes à qualidade

Alguns conceitos que norteiam o processo de qualidade tornam-se relevantes para a compreensão deste estudo.

A qualidade, de acordo com a ABNT NBR ISO 9000 (ABNT, 2005), é o grau no qual um conjunto de características inerentes a um produto satisfaz a requisitos, ou seja, a necessidade ou expectativa que é expressa, geralmente, de forma implícita ou obrigatória.

O termo produto é compreendido, conforme a associação, como resultado de um processo, podendo ser caracterizado como: serviços, informações, materiais e equipamentos ou materiais processados.

O processo é definido como um “conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transforma insumos (entradas) em produtos (saídas)” (ABNT, 2005, p. 12).

As definições dos demais termos relevantes ao processo de qualidade foram evidenciadas conforme o Quadro 2.

<b>Termo</b>	<b>Definição</b>
Gestão da qualidade	são as atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito à qualidade
Sistema de gestão da qualidade	sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito à qualidade
Planejamento da qualidade	parte da gestão da qualidade focada no estabelecimento dos objetivos da qualidade e que especifica os recursos e processos operacionais necessários para atender a estes objetivos
Controle da qualidade	parte da gestão da qualidade focada no atendimento dos requisitos da qualidade
Garantia da qualidade	parte da gestão da qualidade focada em prover a confiança de que os requisitos da qualidade serão atendidos
Melhoria da qualidade	parte da gestão da qualidade focada no aumento da capacidade de atender os requisitos da qualidade

**Quadro 2:** Termos relevantes ao processo de qualidade.

Fonte: Adaptado de ABNT (2005, p. 25).

A partir da definição destes termos, é possível dar continuidade ao tema e iniciar a revisão da literatura da inserção da qualidade no ambiente dos serviços de saúde.

### 2.1.3 A qualidade no ambiente dos serviços de saúde

O setor de serviços sempre teve contato direto com o cliente, mas Mezomo (1995) comenta que somente há pouco tempo os princípios da qualidade foram incorporados ao mesmo. As organizações precisam congrega a constante busca das necessidades e expectativas futuras de seus clientes para promover uma assistência mais segura e comprometida com os princípios éticos e morais dos indivíduos.

Austin (apud MEZOMO, 1995, p. 15) afirma que administrar serviços de saúde é planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos pelos quais a demanda por cuidados médicos e de saúde, e as necessidades de um ambiente saudável são atendidos, mediante a provisão de serviços a clientes individuais, organizações e comunidade.

Neste sentido, a OPSS deve adotar práticas de qualidade que visem à prestação de serviços de forma otimizada, com enfoque em atender bem o cliente e inspirar a sua confiança a respeito dos serviços prestados pela instituição.

Na área de serviços de saúde, Malik (2005) defende o esforço para obter e/ou garantir a qualidade do desempenho. A qualidade só é garantida em serviços “por meio de monitoramento caso haja de fato compromisso com este atributo, em todos os níveis da organização e não simplesmente como resposta a estímulos externos” (DONABEDIAN apud MALIK, 2005, p. 356).

A qualidade (excelência) nos serviços é concebida, na leitura de Leebov (apud MEZOMO, 1995, p. 77) através das seguintes bases:

- a) filosofia e compromisso da organização;
- b) responsabilidade;
- c) *input* e avaliação;
- d) solução de problemas e administração de conflitos;
- e) comunicação com a base;
- f) treinamento e desenvolvimento das pessoas;
- g) envolvimento das pessoas (médicos/funcionários);
- h) recompensa e reconhecimento;
- i) funcionário como cliente; e,
- j) lembretes, *slogans* e reforços.



A OPSS deve apoiar, executar e liderar o processo de gestão da qualidade, além de ser responsável pelo processo. O nível de excelência nos serviços deve ser mensurado e avaliado constantemente para não contradizer o seu principal objetivo.

As pessoas são fundamentais neste processo, assim, elas precisam estar envolvidas, comprometidas, devidamente capacitadas e educadas para o processo, e devem ser recompensadas e reconhecidas como parte indispensável no processo de melhoria contínua dos serviços.

Se não houver uma comunicação objetiva e precisa por parte da alta administração, sobre a importância das pessoas no processo de excelência nos serviços, este fatalmente será comprometido porque poderá haver resistências, o que ocasionará a falta de colaboração por parte de alguns funcionários.

Castelar, Mordelet e Grabois (1995) sinalizam alguns fatores que carecem de cuidados no gerenciamento da qualidade dos serviços assistenciais prestados em organizações hospitalares: hotelaria, higiene, continuidade e modernização. A hotelaria é constantemente o primeiro critério de julgamento do usuário. A higiene está intimamente associada ao risco de infecção hospitalar. A continuidade dos serviços, na área hospitalar, deve ser inter-relacionada, desde as áreas finalísticas, em complementaridade, às não finalísticas. E, a modernização deve fomentar melhores condições de alojamento a pessoas em dificuldade, do ponto de vista ético, físico e moral.

As vantagens da qualidade nos serviços, no ambiente interno e no ambiente externo, foram relatadas no Quadro 3.

<b>Vantagens da qualidade nos serviços</b>	
<b>Ambiente interno</b>	<b>Ambiente externo</b>
a melhoria do moral das pessoas	aumento da demanda
o clima organizacional (positivo)	aumento da participação no mercado
a redução dos custos e do desperdício	aumento da credibilidade e confiabilidade
o aumento da produtividade	aumento da satisfação do cliente
o aumento da eficiência e da eficácia	aumento do retorno (lucro)
a maior adequação às normas e às expectativas dos clientes	possibilidade de novos investimentos
o aumento da responsabilidade pessoal	melhor serviço à sociedade, que é o verdadeiro sentido e a razão de ser da organização (missão)
a redução (eliminação) da necessidade de controle	

**Quadro 3:** As vantagens da qualidade nos serviços.

Fonte: Adaptado de Mezomo (1995, p. 122).

Neste sentido, as organizações de saúde precisam compreender que, mesmo despendendo uma quantia considerável para obter diferenças competitivas, no que tange às práticas de gerenciamento da qualidade, os resultados obtidos, sejam no âmbito interno ou externo, serão de inestimável valia.

Assim, na próxima seção foram abordados aspectos que envolvem o sistema de gestão de qualidade, para compreender de forma mais abrangente como se delineia o funcionamento destes sistemas nas organizações.

## 2.2 O sistema de gestão de qualidade

O sucesso de uma organização está diretamente relacionado com a forma como ela é dirigida e controlada. Para o alcance da melhoria contínua em seu desempenho e a obtenção de diferencial competitivo, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) elaborou as normas da família ISO<sup>1</sup> 9000, que foram desenvolvidas para apoiar a implementação e operação dos sistemas de gestão de qualidade.

As normas da família ABNT NBR ISO 9000 são compreendidas em quatro normas, segundo a ABNT (2005). A NBR ISO 9000 descreve os fundamentos de sistemas de gestão da qualidade, e foi explorada nesta seção. A NBR ISO 9001 especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade. A NBR ISO 9004 fornece diretrizes que consideram tanto eficácia como a eficiência do sistema de gestão da qualidade. E, a NBR ISO 19011 fornece diretrizes sobre auditoria de sistemas de gestão da qualidade e ambiental.

Os princípios que norteiam a gestão da qualidade foram apresentados conforme Quadro 4.

---

<sup>1</sup>A **International Organization for Standardization**, conhecida no Brasil pela sigla **ISO**, foi fundada em 1947. Ela é uma organização não-governamental internacional, com sede em Genebra - Suíça, que reúne mais de uma centena de organismos nacionais de normalização. Seu principal objetivo é o de promover o desenvolvimento da padronização e de atividades correlacionadas, de forma a possibilitar o intercâmbio econômico, científico e tecnológico em níveis mais acessíveis aos aludidos organismos (MARSHALL JR. et al., 2005).

Princípios que norteiam a gestão da qualidade	
Princípio	Motivo
foco no cliente	organizações dependem de seus clientes e, portanto, convém que entendam as necessidades atuais e futuras do cliente, os seus requisitos e procurem exceder as suas expectativas
liderança	líderes estabelecem unidade de propósito e o rumo da organização. Convém que eles criem e mantenham um ambiente interno, no qual as pessoas possam estar totalmente envolvidas no propósito de atingir os objetivos da organização
envolvimento de pessoas	pessoas de todos os níveis são a essência de uma organização, e seu total envolvimento possibilita que as suas habilidades sejam usadas para o benefício da organização
abordagem do processo	um resultado desejado é alcançado mais eficientemente, quando as atividades e os recursos relacionados são gerenciados como um processo
abordagem sistêmica	identificar, entender e gerenciar processos inter-relacionados como um sistema contribui para a eficácia e eficiência da organização, no sentido desta atingir os seus objetivos
melhoria contínua	convém que a melhoria contínua do desempenho global da organização seja o seu objetivo permanente
abordagem factual para tomada de decisão	decisões eficazes são baseadas na análise de dados e informações
benefícios mútuos nas relações com os fornecedores	uma organização e seus fornecedores são interdependentes, e uma relação de benefícios mútuos aumenta a habilidade de ambos agregarem valor

**Quadro 4:** Os princípios que norteiam a gestão da qualidade.

Fonte: Adaptado de ABNT (2005, p. V).

Neste sentido, a organização que adota um sistema de gestão da qualidade pode satisfazer às necessidades e expectativas de seus clientes e promover a melhoria contínua de seus processos.

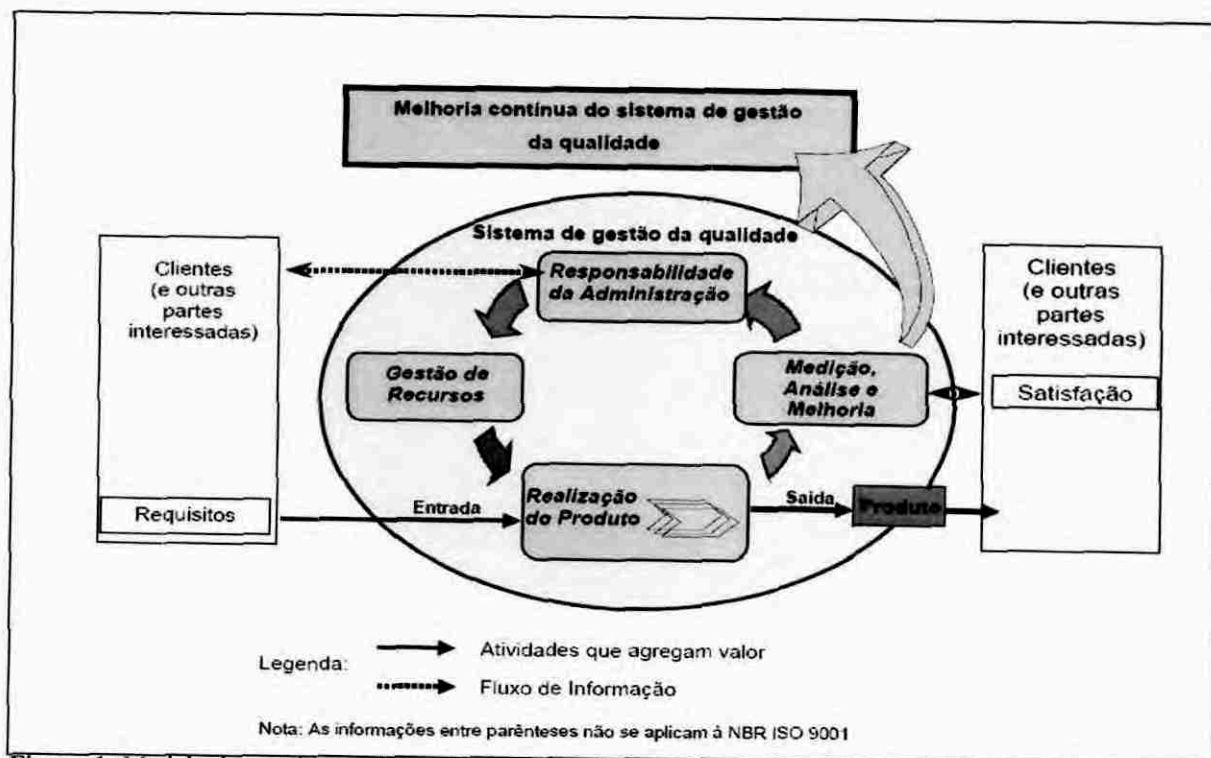
Os sistemas de gestão da qualidade podem ser implementados, desenvolvidos ou a favor da manutenção e melhoria dos mesmos, por meio de uma série de etapas, apresentadas a seguir (ABNT, 2005, p. 2):



- a) determinação das necessidades e expectativas dos clientes e das outras partes interessadas;
- b) estabelecimento da política da qualidade e dos objetivos da qualidade da organização;
- c) determinação dos processos e responsabilidades necessários para atingir os objetivos da qualidade;
- d) determinação e fornecimento dos recursos necessários para atingir os objetivos da qualidade;
- e) estabelecimento de métodos para medir a eficácia e a eficiência de cada processo;
- f) aplicação dessas medidas para determinar a eficácia e a eficiência de cada processo;
- g) determinação dos meios para prevenir não conformidades e eliminar suas causas; e,
- h) estabelecimento e aplicação de um processo para melhoria contínua do sistema de gestão de qualidade.

Essas etapas são fundamentais para a organização gerar segurança a respeito de seus processos e assegurar a qualidade de seus produtos, fornecendo uma base para a melhoria contínua. A ABNT (2005) sugere que, para que as organizações funcionem de forma eficaz, torna-se necessário que as mesmas identifiquem e gerenciem seus processos.

Com a finalidade de manter um enfoque no gerenciamento da qualidade, a organização deve estabelecer uma política da qualidade e os objetivos da qualidade. A política de qualidade serve de base para o estabelecimento e análise dos objetivos da qualidade. Os objetivos da qualidade, pela concepção descrita na ABNT (2005), devem ser coerentes com as diretrizes estabelecidas pela política da qualidade e o alcance destes deve ser mensurado. A Figura 1 permite visualizar um modelo de sistema de gestão baseado em processo.



**Figura 1:** Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado no processo.

Fonte: ABNT (2005).

Neste modelo, os requisitos estabelecidos pelos clientes e outras partes interessadas, são os insumos deste sistema que é processado por intermédio da medição, análise e melhoria dos produtos. Os dados obtidos são analisados pela alta administração, que é responsável pela gestão dos recursos do sistema. Os dados processados e devidamente analisados resultam na saída de produto, que pode resultar na satisfação dos clientes e outras partes interessadas em decorrência dos requisitos almejados pelos mesmos.

O sucesso de um sistema de gestão de qualidade requer o envolvimento de todas as pessoas que compõem a organização. A alta direção desempenha papel fundamental neste processo exercendo a sua liderança e as ações necessárias para a efetividade deste sistema. A ABNT (2005, p. 4) expressa que a função da alta administração neste processo é:

- a) estabelecer e manter a política de qualidade e os objetivos da qualidade da organização;
- b) promover a política da qualidade e os objetivos da qualidade por toda a organização para aumentar a conscientização, motivação e envolvimento;
- c) assegurar, em toda a organização, o foco nos requisitos do cliente;
- d) assegurar que processos apropriados são implementados para possibilitar que requisitos de clientes e de outras partes interessadas são atendidos, e que os objetivos da qualidade são alcançados;

- e) garantir que um sistema de gestão da qualidade eficaz e eficiente seja estabelecido, implementado e mantido para atingir estes objetivos da qualidade;
- f) garantir a disponibilidade dos recursos necessários;
- g) analisar criticamente o sistema de gestão da qualidade, periodicamente;
- h) decidir sobre ações a serem adotadas em relação à política da qualidade e aos objetivos da qualidade; e,
- i) decidir sobre as ações para a melhoria do sistema de gestão da qualidade.

Os documentos são muito valorizados nos sistemas de gestão de qualidade, pois eles contêm informações que podem ser relevantes à organização, desde que, agreguem valor à informação. Eles permitem a comunicação da intenção e a consistência da ação em uma organização.

No sistema de gestão de qualidade, os tipos de documentos utilizados, os meios e a extensão dos mesmos podem variar em razão de diversos fatores, tais como: “o tipo e o tamanho da organização, a complexidade dos produtos, os requisitos do cliente, os requisitos regulamentares aplicáveis, a demonstração da capacidade do pessoal e o grau necessário para demonstrar o atendimento dos requisitos do sistema” (ABNT, 2005, p. 5).

A ABNT (2005, p. 4) descreve os documentos utilizados no sistema de gestão de qualidade:

- a) documentos que fornecem informações consistentes, tanto internamente quanto externamente, sobre o sistema de gestão de qualidade, conhecidos como manuais de qualidade;
- b) documentos que descrevem como o sistema de gestão da qualidade é aplicado em um projeto, contrato ou produto específico, conhecidos como planos de qualidade;
- c) documentos que estabelecem requisitos que são referidos como especificações;
- d) documentos que estabelecem recomendações ou sugestões, conhecidos como diretrizes;
- e) documentos que fornecem informações sobre como realizar atividades e processos de forma consistente; e,
- f) documentos que fornecem evidência objetiva de atividades realizadas ou de resultados alcançados, referidos como registros.

A utilização do uso de documentos contribui para que a organização atinja a conformidade com os requisitos do cliente e na busca da melhoria contínua, forneça treinamento adequado, obtenha evidência objetiva e avalie a eficácia do sistema e a contínua adequação do mesmo (ABNT, 2005).

A ABNT (2005) relata que a avaliação do sistema de gestão de qualidade é compreendida, a respeito de cada um dos processos que está sendo avaliado, nos seguintes questionamentos:

- a) o processo está identificado e apropriadamente definido?
- b) as responsabilidades estão atribuídas?
- c) os procedimentos estão sendo implementados e mantidos?
- d) o processo é eficaz em alcançar os resultados requeridos?

Após a obtenção das respostas a essas perguntas, é possível determinar o resultado do processo de avaliação. Algumas atividades como auditoria, análise crítica do sistema de gestão da qualidade e auto-avaliações, podem fazer parte deste processo.

As auditorias são usadas “para determinar em que grau os requisitos do sistema de gestão da qualidade foram atendidos. As constatações da auditoria são usadas para avaliar a eficácia do sistema de gestão da qualidade e para identificar oportunidades de melhoria” (ABNT, 2005, p. 5).

Existem três tipos de auditoria, no entender da ABNT (2005). As auditorias de primeira parte são realizadas pela própria organização ou em seu nome, para objetivos internos. As auditorias de segunda parte são realizadas pelos clientes da organização, ou por outros em nome do cliente. As auditorias de terceira parte são realizadas por organizações externas independentes, que geralmente possuem credenciamento para realizar tal atividade, e fornecem certificações de acordo com os requisitos estabelecidos.

A análise crítica de sistema de gestão da qualidade constitui em, a alta administração “conduzir avaliações sistemáticas sobre a pertinência, a adequação, a eficácia e a eficiência do sistema de gestão da qualidade, no que diz respeito à política da qualidade e aos objetivos da qualidade” (ABNT, 2005, p. 6). Nesta etapa, procura-se identificar pontos nos quais exista a necessidade de se tomar ações.

A auto-avaliação de uma organização “é uma análise crítica detalhada e sistemática das atividades da organização e de seus resultados, comparados com o sistema de gestão da qualidade ou um modelo de excelência” (ABNT, 2005, p. 6). Este processo auxilia a organização a verificar o seu desempenho global, além de poder identificar áreas que necessitam de melhoria contínua e também, ajudar na determinação de prioridades.

O processo de melhoria contínua tem como objetivo a satisfação dos clientes da organização e outras partes afins, e as ações para realizar este objetivo são, de acordo com a ABNT (2005, p. 6):

- a) análise e avaliação da situação existente para identificar áreas para melhoria;

- b) estabelecimento dos objetivos para melhoria;
- c) pesquisa de possíveis soluções para atingir os objetivos;
- d) avaliação e seleção destas soluções;
- e) implementação da solução escolhida;
- f) medição, verificação, análise e avaliação dos resultados da implementação para determinar se os objetivos foram atendidos; e,
- g) formalização das alterações.

Os sistemas de gestão da qualidade apresentam princípios comuns, em relação aos modelos de excelência organizacional, reforça a ABNT (2005, p. 7), tais como:

- a) permitem uma organização identificar seus pontos fortes e suas oportunidades de melhoria;
- b) prevêm disposições para avaliação com base em modelos genéricos;
- c) fornecem uma base para melhoria contínua; e,
- d) prevêm disposições para o reconhecimento externo.

As diferenças entre os sistemas e os modelos de excelência estão caracterizadas no escopo da sua aplicação. As normas da família ABNT ISO 9000 (2005, p. 7)

fornecem requisitos para sistemas de Gestão da Qualidade e diretrizes para melhoria do desempenho; a avaliação de sistemas de gestão da qualidade determina o atendimento desses requisitos. Os modelos de excelência contêm critérios que permitem uma avaliação comparativa do desempenho da organização e são aplicáveis a todas as atividades e todas as partes interessadas de uma organização. Os critérios de avaliação dos modelos de excelência fornecem uma base para uma organização comparar o seu desempenho com o desempenho de outras organizações.

A necessidade das empresas comunicarem, a todas as partes interessadas, a adequação de seu sistema da qualidade às normas de referência, determinou a atividade de certificação (MARSHALL JR. et al., 2005).

O processo de certificação, na percepção de Marshall Jr. et al. (2005, p. 63), “é um conjunto de atividades desenvolvidas por um organismo independente, sem relação comercial, com o objetivo de atestar publicamente, por escrito, que determinado produto ou processo está em conformidade com os requisitos especificados”.

A certificação é efetuada por um organismo credenciado no Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), para exercer tal atividade, e o mesmo deve estar inserida no âmbito do modelo do Sistema Brasileiro de Avaliação da Conformidade (SBAC), determinado por resolução do Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (CONMETRO). O SBAC classifica esse tipo de atividade como auditoria de terceira parte, assinala Marshall Jr. et al. (2005).



O processo de certificação deve ser compreendido como uma necessidade de melhoria contínua voltada para as práticas de gestão da qualidade e, necessita que todos os membros da empresa estejam comprometidos no desenvolvimento de padrões inseridos neste processo. A certificação pode auxiliar a empresa a desenvolver um diferencial competitivo que possibilite assegurar a sua postura no mercado.

Neste contexto, na seção 2.3 foram abordados modelos de avaliação externa para serviços de saúde.

### **2.3 Modelos de avaliação externa para serviços de saúde**

Os modelos de avaliação externa para serviços de saúde, que existem no Brasil, são, no esclarecimento de Malik (2005): o modelo proposto pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), o modelo proposto pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), o modelo proposto pela ISO e o modelo proposto pelo Prêmio Nacional da Qualidade.

O modelo da CBA é um modelo internacional da *Joint Commission International* (JCI). Consórcio Brasileiro de Acreditação é o nome fantasia da Associação Brasileira de Sistemas e Serviços de Saúde. O modelo proposto pela CBA é desenvolvido mediante uma metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde há oito anos, e essa foi desenvolvida há mais de 50 anos pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), com assessoria contínua de sua subsidiária, a *Joint Commission International* (JCI) (CBA, 2007).

O modelo de avaliação externa da ONA é na definição de Malik (2005), o mais difundido até o ano em que a autora escreveu seu artigo e que foi objeto deste estudo. “Não existe uma clara definição, por parte do SUS, quanto a se os serviços que se submeterem a esta avaliação farão ou não jus à remuneração diferenciada” (MALIK, 2005, p. 358). Contudo, algumas entidades privadas, alerta a autora, como a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) colocam como pré-condição para se tornar membro, que a organização esteja disposta a passar por um modelo de avaliação externa.

O modelo da ISO, embora não seja específico da área da saúde, é bastante utilizado. Malik (2005) diz que neste modelo é o próprio executante que define o padrão correto para a execução de uma atividade. “A avaliação leva em conta o cumprimento desses padrões predeterminados e o quanto eles estão realmente padronizados” (MALIK, 2005, p. 358). As principais dificuldades de aplicação deste modelo, na compreensão da autora, são: a

resistência dos profissionais de assistência direta na padronização de processos e a tradução dos termos entre os jargões da saúde e o de gestão.

O modelo proposto pelo Prêmio Nacional da Qualidade, que é baseado em modelos estrangeiros do Japão (Prêmio *Deming*) e dos Estados Unidos (Prêmio *Baldrige*), privilegia uma área muito frágil nos serviços de saúde, advoga Malik (2005). Desde o início das atividades da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), até o ano de 2004, somente um hospital recebeu o prêmio, a Santa Casa de Porto Alegre. Malik (2005, p. 359) concebe que “já foi feito um esforço de adaptar os critérios desse prêmio para a saúde, mas seus críticos se perguntam se de fato faz sentido amenizar as exigências para permitir que as organizações do setor sejam mais bem avaliadas”.

Todos os modelos aqui contemplados contribuem para uma melhoria nos níveis de qualidade das OPSS, o que resulta em uma satisfação de seus clientes, em relação aos serviços prestados pelas mesmas. Cabe aos gestores destas organizações, escolherem o modelo de avaliação externa que mais se adequar aos objetivos propostos pela organização, com o intuito de que suas organizações tenham condições de prestar serviços com padrões de qualidade assegurados. Contudo, Malik (2005, p. 362) ressalta que

além das razões ideológicas que repudiam o termo de qualidade e a introdução de métodos e técnicas gerenciais importados no setor, cabe perguntar quem pode se opor a idéia de melhorar o que se oferece na área de qualidade de vida e saúde. O discurso politicamente correto defende o oferecimento de cada vez mais e melhores serviços. No entanto falar em qualidade pressupõe a existência da não-qualidade e para isto é fundamental submeter-se a processos de avaliação. A disponibilidade para esta atitude é rara, pois pressupõe a identificação dos erros de responsabilidade do técnico, do gestor, dos financiadores, dos auditores... e ter seus erros identificados não é um comportamento fácil de esperar.

Assim, todas as pessoas que fazem parte da organização devem compreender o processo de avaliação externa como um procedimento que visa à melhoria contínua dos serviços prestados e não como um empecilho na vida dos colaboradores.

Neste contexto, a seção 2.4 engloba aspectos que norteiam o tipo de organização analisada neste trabalho, a instituição hospitalar.

## **2.4 A organização hospitalar**

No presente trabalho foi realizado um estudo de caso em uma unidade hospitalar. Neste sentido, foram abordados nesta revisão da literatura, histórico, características, gestão e desafios inerentes a essas instituições.

### 2.4.1 Histórico

Os hospitais surgiram no Brasil, de acordo com Cherubin e Santos (2002), logo após a descoberta dos portugueses. Em 1565 foi fundada por padres jesuítas, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, no Estado de São Paulo, considerada como o primeiro hospital brasileiro. Castelar, Mordelet e Grabois (1995) concluem que este modelo hospitalar estava relacionado ao estilo europeu, que associava o propósito dos hospitais mais como uma atividade religiosa do que uma atividade médica.

Com o passar do tempo, as Santas Casas voltaram seu escopo para o desenvolvimento da medicina e para as comunidades. Cherrubin e Santos (2002) comentam que a expansão, manutenção e desempenho dos hospitais brasileiros foram influenciados pela assistência hospitalar, em três períodos: na década de 30, com o advento dos institutos previdenciários; em 1966, pela unificação dos institutos de previdência; e em 1988, pela reforma da Constituição Federal, com a criação do SUS, que estendeu a toda a população brasileira o direito a assistência hospitalar.

Nas palavras de Castelar, Mordelet e Grabois (1995, p. 42), este período “coincide também com a modernização da medicina, incorporação de tecnologia sofisticada e influência do modelo médico americano do pós-guerra”.

Na década de 80, Cherubin e Santos (2002) afirmam que a organização sanitária brasileira caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de serviços de saúde. A esfera Federal, representada pelo Ministério da Saúde, era responsável pelo controle dos processos infecto-parasitário de maior prevalência ou gravidade e por pacientes portadores de doenças mentais e acometidos por câncer, além dos programas de saúde materno-infantil. As esferas Estadual e Municipal tinham como responsabilidade os programas educacionais, bem como a atenção básica, representada pelos Centros e Postos de Saúde e pelo atendimento às emergências. A estrutura previdenciária tinha a cargo o atendimento de seus segurados, nos que diz respeito aos níveis de atendimento secundário e terciário. Os hospitais universitários eram responsáveis pelo atendimento às patologias mais complexas e uma parcela das hospitalizações dos pacientes não segurados (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995).

Castelar, Mordelet e Grabois (1995) sublinham que o Ministério da Saúde concentrava as suas atividades de cunho preventivo. Com o passar do tempo, passou a centralizar sua rede hospitalar no combate a diversas patologias. Municípios e Estados sempre estiveram voltados para a assistência hospitalar de caráter emergencial.



A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada intimamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, ao contrário do que seria uma política mais apropriada a esta área assistencial, de estar direcionada às necessidades reais da nação (NOGUEIRA, 1999).

Após descrever a evolução histórica dos hospitais, foram delineados na seção 2.4.2 suas características, gestão e desafios relacionados a essas instituições.

#### 2.4.2 Caracterização, gestão e desafios

De acordo com Brasil (1998, p. 8), o hospital é definido como “todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos”.

Mezomo (1992) conceitua hospital como uma unidade econômica, que difere das outras empresas porque o seu produto básico é a manutenção ou restabelecimento da saúde do paciente.

Para Rochi (1998, p. 19), “os hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa”.

Neste contexto, os hospitais fazem parte de uma rede de serviços de atenção à saúde que possui as seguintes funções, advoga Brasil (1998, p. 8):

- a) oferecer assistência médica continuada;
- b) oferecer assistência médica integrada;
- c) concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio;
- d) constituir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente;
- e) promover a saúde e prevenir as doenças, sempre que o estabelecimento pertencer a uma rede que garanta a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso;
- f) abranger determinada área; e,
- g) avaliar os resultados de suas ações sobre a população da área de influência.

Os serviços de saúde são planejados e prestados de formas muito variadas, e por isso, a complexidade de administrar essas instituições está diretamente relacionada com o tamanho da organização e de sua missão (MEZOMO, 1995). Apesar desta complexidade, o autor

raciocina que, administrar OPSS tem sido visto tradicionalmente com menor atribuição de importância. Neste sentido, o administrador desta área deve focar as suas atenções na constante melhoria dos processos, integração e coordenação de diversas áreas que “exige planejamento, alocação de recursos, avaliação de performance e outras tarefas básicas da administração” (MEZOMO, 1995, p. 16).

Na tipologia de Mintzberg (apud Hall, 1984), o hospital pode ser considerado como uma burocracia profissional, em que o fator-chave destas organizações é caracterizado por seus profissionais ou trabalhadores serem altamente especializados. Hall (1984, p. 56) complementa que a subdivisão das tarefas desempenhadas pela organização entre seus membros “introduz complexidades adicionais na organização, com o objetivo de que um alto nível de especialização exige coordenação dos especialistas”. Assim, em muitos casos, os profissionais responsáveis pela coordenação têm a atribuição de garantir que as atividades globais sejam alcançadas e não apenas os vários esforços de maneira isolada, em detrimento de outros objetivos.

Diante da complexidade desse tipo de organização, Mezomo (1992) aponta os diversos problemas que os administradores hospitalares lidam:

- a) os custos elevados;
- b) o trabalho ininterrupto – 365 dias por ano e 24 horas por dias;
- c) o baixo envolvimento do pessoal nos objetivos do hospital;
- d) a acelerada inovação tecnológica, que torna obsoletos os equipamentos a curto prazo;
- e) a inadequada política de remuneração dos serviços prestados;
- f) a imagem negativa do hospital junto à comunidade;
- g) o envolvimento do hospital com o erro médico e a omissão de socorro; e,
- h) o maior nível crítico e de exigência dos pacientes quanto à qualidade dos serviços.

Ribeiro Filho (2005) ressalta que, o processo de eficácia hospitalar contempla as seguintes dimensões:

- a) satisfação das pessoas – o sucesso da organização hospitalar é mensurado pelo número de pessoas satisfeitas, sejam clientes internos ou externos;
- b) produtividade – essa dimensão está relacionada em se fazer mais com menos recursos, alcançando a eficiência dos procedimentos internos e a obtenção de resultados positivos crescentes;

c) continuidade – uma visão de ciclo de vida de um hospital deve ser baseada na perspectiva de reinvenção constante, permanente adaptabilidade do processo decisório e detecção de novas oportunidades de ciclos de vida interligados.

Percebe-se que o administrador hospitalar tem grandes desafios durante a sua gestão. Estes vão desde processos antagônicos, como a coordenação entre a escassez de recursos e o aprimoramento contínuo da qualidade, bem como satisfazer as necessidades intrínsecas e extrínsecas de seus clientes internos e externos.

Assim, a compreensão dos aspectos que norteiam a ambiência dessas instituições permite uma melhor compreensão do processo de Acreditação.

## **2.5 Acreditação hospitalar**

O termo Acreditar, assevera Roessler et al. (2005), significa conceder reputação a, tornar digno de confiança. Neste sentido, um serviço de saúde ao se tornar acreditado, inspira confiança e oferece a comunidade serviços com certos padrões de qualidade.

Neste contexto, verifica-se a importância de um programa de Acreditação Hospitalar que legitime os direitos dos cidadãos, assegurados pela Constituição da República Federativa do Brasil, no que tange aos direitos relativos à saúde.

### **2.5.1 Origens do processo de Acreditação**

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 196, estabeleceu: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Com base nesta definição, a ONA (2007) destaca que os hospitais deixaram de ser os centros de modelo assistenciais e transferiram a gestão dos serviços de saúde para os municípios, no qual se verificou a importância de desenvolver instrumentos de gestão a esta área.

Na década de 90 surgiram no Brasil, mais precisamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul, as primeiras iniciativas relacionadas com o processo de Acreditação Hospitalar (ONA).

A partir da criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), em junho de 1995, o assunto Acreditação Hospitalar começou a ser discutido com maior frequência no Ministério da Saúde. Entre os integrantes que faziam parte do programa estavam além do grupo técnico: representantes de provedores de serviço, da classe médica, órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde.

O grupo técnico do programa “iniciou levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior - Estados Unidos, Canadá, Catalunha/Espanha, Inglaterra e outros, além dos manuais que começavam a ser utilizados no Brasil” (ONA, 2007). A partir disto, foi encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), que definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar.

Buscou-se então, estabelecer um consenso de opiniões, a respeito de alcançar padrões de avaliação comuns e, assim, surgiu em 1998, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Diante da necessidade de existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com o processo de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, constituiu-se em abril/maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A partir disto, iniciou-se a implantação das normas técnicas, o credenciamento de Instituições Acreditadoras (IAC), o código de ética e a qualificação e a capacitação de avaliadores (ONA, 2007).

Após o entendimento de como surgiu o processo de Acreditação, na seção 2.5.2 foram relatados os fundamentos que norteiam esta metodologia.

### 2.5.2 Fundamentos da Acreditação

A compreensão de alguns conceitos essenciais, em relação à Acreditação Hospitalar (ONA), torna-se relevante para dar continuidade à percepção deste processo.

As Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) são definidas como

entidades jurídica e legalmente constituídas, nas quais se prestam serviços de assistência médica, do tipo hospitalar, hemoterápico e laboratório e patologia clínica, ambulatorial e pronto-atendimento, diagnóstico e terapia, atenção primária à saúde e assistência domiciliar, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria” (ROESSLER et al., 2005, p. 11).

As Instituições Acreditoras (IAC) “são entidades de direito privado, credenciadas pela ONA, para desenvolverem o processo de avaliação das OPSS” (ROESSLER et al., 2005, p. 12). As principais atribuições e competências das IAC são: avaliar a qualidade dos serviços de saúde, certificar as OPSS Acreditadas e capacitar os avaliadores para o processo de Acreditação, em conformidade com a norma NO 1/3.2.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização não governamental, caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as OPSS do País (ONA, 2007).

O Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) “é um instrumento de avaliação desenvolvido para verificar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços à Saúde, tendo como base padrões de complexidade crescente” (ROESSLER et al., 2005, p. 12). É referência nacional para ser utilizado pelas IAC participantes do Sistema Brasileiro de Acreditação, coordenado pela Organização Nacional de Acreditação.

A equipe de avaliadores deve ser composta por, no mínimo, três membros com a seguinte formação profissional: um médico(a), um enfermeiro(a) e um administrador(a). “Cada equipe de avaliadores deve ter um avaliador-líder responsável pela coordenação do processo de avaliação. Caso necessário, a equipe de avaliadores poderá incluir especialistas, avaliadores em treinamento e observadores, desde que seja dada ciência prévia ao avaliado” (BRASIL, 2002, p. 18).

O avaliador-líder deste processo é o responsável, perante a IAC, por todas as fases do processo de avaliação. Ele deve possuir, recomenda Roessler et al. (2005, p. 12): “capacidade gerencial, experiência e deve ser-lhe conferida autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação em que estiver envolvido”.

Neste sentido, o processo de avaliação é um conjunto de atividades inter-relacionadas, para realizar a verificação dos diversos processos da organização, em confronto com os níveis e padrões estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).



### 2.5.3 O processo de Acreditação

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) tem como propósito implementar e garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados. Assim, as organizações que utilizam esse sistema proporcionarão uma assistência mais qualificada a seus clientes e estarão contribuindo para a melhoria contínua na prestação de serviços de saúde.

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, de acordo com Brasil (1998, p. 7) tem como objetivos:

- a) amplo entendimento, em âmbito nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, mediante a acreditação periódica da rede hospitalar pública e privada;
- b) instituir, no âmbito hospitalar, mecanismos para a auto-avaliação e aprimoramento contínuo da qualidade da atenção médico-hospitalar;
- c) atualizar, periodicamente, os níveis e padrões contidos no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar;
- d) realizar consultas permanentes com instituições públicas e privadas responsáveis pela assistência médica-hospitalar; e,
- e) estabelecer as bases jurídicas, financeiras e estruturais para a criação do órgão nacional multi-institucional de Acreditação Hospitalar.

Mello e Camargo (1998, p. 202) salientam que o processo de Acreditação “avalia, padroniza e melhora os recursos da instituição, quer de sua estrutura, quer de seus processos, procurando obter melhores resultados”.

A metodologia do SBA “é a verificação integral da conformidade de todos os serviços do serviço de saúde, baseada em um sistema de padrões e itens de orientação” (ROESSLER et al., 2005, p. 16).

A OPSS é um sistema complexo que não deve ser avaliado de maneira isolada em um setor ou departamento, pois a estrutura e os processos são interligados de tal forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final.

#### Os instrumentos de avaliação

são compostos de seções e subseções, onde para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são expectativas máximas desejáveis de desempenho de uma organização. Definição operacional do que deverá ser apresentado/avaliado. Os itens de orientação servem para esclarecer as fontes geradoras de evidências, de modo a contribuir na preparação do avaliado e com o processo de avaliação (ROESSLER et al., 2005, p. 16).



O instrumento de avaliação desenvolvido para garantir a qualidade da assistência à saúde em todas as OPSS é composto por oito seções, de acordo com a ONA (2006):

- a) Liderança e Administração;
- b) Organização profissional;
- c) Atenção ao paciente/cliente;
- d) Diagnóstico;
- e) Apoio técnico;
- f) Abastecimento e apoio logístico;
- g) Infra-estrutura; e,
- h) Ensino e pesquisa.

A primeira seção, Liderança e Administração, apresenta os componentes relacionados ao sistema de gestão da organização. As subseções correspondentes a essa seção são: direção e liderança; gestão de pessoas; gestão administrativa e financeira; gestão de materiais e suprimentos; e gestão da qualidade.

A segunda seção do manual, Organização profissional, dedica-se a organização dos serviços profissionais que prestam assistência direta ao paciente/cliente. As subseções de aplicações obrigatórias a essa seção são: corpo clínico; enfermagem; e corpo técnico-profissional.

A terceira seção, Atenção ao paciente/cliente, padroniza os serviços caracterizados como assistenciais. As subseções correspondentes são: atendimento ao cliente; internação; transferência, referência e contra-referência; atendimento ambulatorial; atendimento em emergência; atendimento cirúrgico; anesthesiologia; obstetrícia; neonatologia; tratamento intensivo; reabilitação e atenção multiprofissional; mobilização de doadores; triagem e coleta; transfusão e procedimentos hemoterápicos; terapia dialítica; medicina nuclear; radioterapia; quimioterapia; cardio-angiologia invasiva e hemodinâmica; assistência farmacêutica; e assistência nutricional.

A quarta seção do manual, Diagnóstico, engloba as subseções: processos pré-analíticos; processos analíticos; processos pós-analíticos; métodos diagnósticos neurológicos; anatomia patológica e citopatologia; diagnóstico por imagem; radiologia; e endoscopia.

A quinta seção, Apoio técnico, compreende todos os documentos, atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio técnico. As subseções atuais desse são: sistema de informação do cliente/paciente; gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar; prevenção, controle de infecções e eventos adversos; segurança e saúde

ocupacional; processamento e liberação; processos de apoio laboratorial; e assessoria técnica aos clientes.

A sexta seção definida como a de Abastecimento e apoio logístico reúne os serviços que se relacionam aos processos de abastecimento e apoio logístico da organização. As subseções adjacentes são: processamento de roupas/lavanderia; processamento de materiais e esterilização; qualidade da água; materiais e suprimentos; armazenamento e transporte; higiene; gestão de segurança; e gestão de resíduos.

A sétima seção Infra-estrutura agrupa todos os componentes que se relacionam à gestão e a manutenção da infra-estrutura da instituição. As subseções atuais são: gestão de projetos físicos; gestão da estrutura físico-funcional; e gestão de manutenção predial.

A oitava seção Ensino e pesquisa engloba todos os componentes que se relacionem às funções educativas e de pesquisa da organização. As subseções pertinentes a este processo são: educação continuada; ensino; e pesquisa.

A lógica é que as seções interagem entre si, permitindo com que a organização de saúde seja avaliada com uma consistência sistêmica. As seções apresentam subseções, que tratam do escopo específico de cada serviço, setor ou unidade. Todas possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação.

Para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões procuram avaliar estrutura, processo e resultado dentro de um único serviço, setor ou unidade. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de orientação alinhados com os itens considerados pertinentes aos princípios.

Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente: nível 1, nível 2 e nível 3, e estes com princípios específicos, cuja constatação é baseada em itens considerados pertinentes a eles. Eles apresentam princípios orientadores específicos, sendo assim enumerados por Roessler et al. (2005), como:

- a) nível 1, segurança (estrutura);
- b) nível 2, segurança e organização (processos); e,
- c) nível 3, segurança, organização e práticas de gestão e qualidade (resultados).

A ONA (2006) entende que os requisitos de nível 1 e 2 são aplicáveis aos serviços, setores ou unidades nos quais são alocados a alguma seção do instrumento. O nível 3 deve ser aplicado à seção correspondente. Para cada nível, são definidos itens de orientação que norteiam o processo de visita e a preparação da OPSS para a avaliação.

O padrão exigido pelo nível 1 é atender “aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os

gerencia com foco na segurança” (ONA, 2006, p. 7). Os itens de orientação deste nível para as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares são:

- a) responsabilidade técnica conforme legislação;
- b) corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- c) condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); e,
- d) identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

O padrão exigido pelo nível 2 é o gerenciamento dos “processos e suas interações sistematicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, votado para a melhoria de processos” (ONA, 2006, p. 7). Os itens de orientação deste nível são:

- a) identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- b) identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- c) estabelecimento dos procedimentos;
- d) documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- e) definição de indicadores para os processos identificados;
- f) medição e avaliação dos resultados de processos;
- g) programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; e,
- h) grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

O padrão exigido pelo nível 3 é “utilizar perspectivas de medição organizacional, alinhadas à estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica” (ONA, 2006, p. 8). Os itens de orientação deste nível são:

- a) define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- b) sistemas de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;

- c) estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- d) análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- e) análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- f) identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; e,
- g) sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

O processo de avaliação e visita deverá ser orientado pela busca da aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) em sua totalidade. Contudo, poderão surgir algumas particularidades a serem consideradas, tais como presença na organização prestadora de serviços hospitalares de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação; ausência na OPSS de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação; e presença de setores, serviços ou unidades constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela OPSS, no qual o avaliador-líder deverá respeitar as normas de conduta estabelecidas por Brasil (2002).

O tempo necessário para o processo de avaliação estabelecido pela ONA (2006) varia de acordo com o porte da organização hospitalar, por intermédio do seu número de leitos. A instituição que possui de 5 a 50 leitos deverá ser avaliada durante 01 dia, de 51 a 100 leitos durante 02 dias, de 101 a 200 leitos durante 03 dias, de 201 a 300 leitos durante 04 dias, e segue-se esta mesma lógica para os demais. O número necessário de avaliadores por dia é sempre constituído por três membros: um administrador, um enfermeiro e um médico.

A coleta de evidências objetivas pela equipe de avaliadores, conforme Brasil (2002), pode ser obtida por meio de entrevistas, que devem ser comprovadas por outras fontes como observação física, entrevista com profissionais operacionais dos serviços, medições e registros; exame de documentos; observação das atividades e condições nas áreas de interesse.

As não conformidades encontradas durante o processo de avaliação podem ser caracterizadas em não conformidade maior e não conformidade menor. “A não conformidade maior consiste na ausência ou na incapacidade total da OPSS em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo” (BRASIL, 2002, p. 20). Ela pode ser decorrente também de um grande número de não conformidades menores constatadas durante o processo. Pode

ser gerada também por um grande número de não conformidades menores, constatadas durante a avaliação em um único item do padrão ou gerar uma situação em que se apresentam dúvidas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

A não conformidade menor é decorrente da

falta de cumprimento de requisitos do sistema da qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do sistema de qualidade, ou a uma adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora (BRASIL, 2002, p. 21).

Uma observação pode ser evidenciada, segundo Brasil (2002) pela identificação da equipe de avaliadores de uma falha localizada, não generalizada, que não apresenta uma relevância sobre a atividade avaliada ou pela identificação de uma falha potencial, ou seja, que não é confirmada pelos avaliadores, mas que a intuição e/ou experiência do avaliador leva a crer como uma provável não conformidade futura. Os obstáculos encontrados pelo avaliador-líder durante o processo deverão ser informados a OPSS e a IAC.

Gastal (2003, p. 2) apregoa que

o grande benefício da adesão ao programa de Acreditação Hospitalar é a mudança de atitude de todos os integrantes das instituições de saúde, desde o corpo clínico, administração e parceiros, pois cada etapa do processo dá oportunidade de reflexão e análise, e leva a um autoconhecimento mais aprimorado da instituição, dando mais segurança e firmeza em todas as atividades. Com isso, os usuários são os primeiros a se beneficiar, pois a qualidade dos serviços passa a ser percebida em todos os setores.

As principais vantagens e dificuldades do processo de Acreditação foram evidenciados no Quadro 5.

Processo de Acreditação	
Vantagens	Dificuldades
caminho para a melhoria contínua	desconhecimento do processo
instrumento de gerenciamento	envolvimento da Direção
critérios e objetivos concretos, adaptados à realidade brasileira	capacitação do corpo funcional
uso do processo como ferramenta de motivação, disseminação e consolidação da Política de Qualidade	custos
qualidade da assistência	política de investimentos
segurança para os pacientes e profissionais	estruturas físicas antigas

**Quadro 5:** As principais vantagens e dificuldades do processo de Acreditação.

**Fonte:** Adaptado de Roessler et al. (2005, p.16).

Pickering (apud Bittar, 2000) ressalta que a vantagem mais importante do programa de Acreditação está no período preparatório e no período posterior à avaliação, em virtude da melhora na comunicação, no trabalho em equipe, na auto-avaliação e revisão interna. Além disso, o autor afirma que estes programas melhoram o espírito de cooperação entre as equipes



e aumenta o nível de debates entre práticas de saúde, o que resulta em um aumento do nível de conhecimentos em assuntos pertinentes a esta área.

Mezomo (1995) concebe que a certificação hospitalar é um processo que reconhece a existência de determinados *standarts* de qualidade nos serviços prestados pela organização. Entretanto, a certificação “não garante, por si, que os serviços prestados sejam de qualidade; ela indica somente que os serviços têm condições de produzi-la, caso assim o desejem”. (MEZOMO, 1995, p. 22).

A avaliação para certificação, nas palavras da ONA (2007), pode resultar em:

- a) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Não Acreditada;
- b) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada (certificado com validade de 2 anos) se contemplada as exigências do nível 1 do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA);
- c) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena (certificado com validade de 2 anos) se contemplada as exigências do nível 2 do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA);
- d) Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência (certificado com validade de 3 anos) se contemplada as exigências do nível 3 do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

No Brasil, são 85 hospitais que possuem certificação na área da Acreditação, sendo distribuídos conforme Quadro 6.

Acreditada (nível 1)	25
Acreditada Pleno (nível 2)	45
Acreditada com Excelência (nível 3)	15
Total das organizações acreditadas	85

**Quadro 6:** Serviços hospitalares acreditados.  
**Fonte:** ONA (2007).

Vale salientar, que no período da realização deste trabalho, o Estado de Santa Catarina tinha um hospital Acreditado (nível 1) em Florianópolis, e outro com Acreditação Plena (nível 2) localizado na Cidade de Joinville (ONA, 2007).

Nesta seção foram abordados os fundamentos que norteiam o processo de Acreditação Hospitalar. A Acreditação é uma ferramenta gerencial importante para a instituição hospitalar, uma vez que certifica que os serviços hospitalares estão sendo realizados com determinados padrões que asseguram a qualidade da assistência.



Neste contexto, o enfoque deste trabalho foi direcionado à subseção “Gestão da Qualidade” enquadrada na seção Liderança e Administração do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) no Hospital Celso Ramos. Esta subseção corresponde às atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, a melhoria da gestão e a política da qualidade (ONA, 2006).

No intuito de assegurar a validade da pesquisa, no terceiro capítulo deste trabalho foram descritos os aspectos metodológicos utilizados para a realização do estudo, no qual se caracterizou o tipo de pesquisa, a delimitação do universo do estudo, a coleta de dados, a análise e tratamento dos dados e as limitações deste estudo.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é “uma atividade voltada para a investigação de problemas teóricos ou práticos por meio de processos científicos” (CERVO, BERVIAN e SILVA, 2007, p. 57). Neste sentido, é importante descrever como se desenvolveu os aspectos metodológicos utilizados nesse estudo para assegurar que os resultados obtidos foram fidedignos.

Por esta razão, neste capítulo, foram apresentados os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, no que tange à caracterização da pesquisa, população e amostra, coleta e análise de dados, a forma de análise e tratamento dos dados e as limitações deste estudo.

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa foi baseada nos métodos apresentados por Cervo, Bervian e Silva (2007). Esta se caracteriza como uma pesquisa aplicada, pois esse estudo foi voltado para a proposição de soluções para problemas concretos vivenciados em uma organização.

A natureza das variáveis estudadas classifica esta pesquisa como predominantemente qualitativa, ou seja, este tipo de estudo é utilizado, descreve Gil (1991), quando o pesquisador pretende interpretar os fatos com o objetivo de encontrar uma solução para o problema proposto. A pesquisa quantitativa, na concepção do autor, procura quantificar os dados obtidos por intermédio de uma pesquisa.

A abordagem de natureza qualitativa implica em “participar, entrar no processo, adquirir familiaridade pelo menos, chegar a ser ator para poder sentir a empreitada comunitária como sua também” (DEMO, 1995, p. 246).

A abordagem quantitativa está relacionada à quantificação dos dados obtidos mediante pesquisa e faz uso, desta forma, de procedimentos estatísticos (SOARES, 2003).

Desta forma, conhecer o cotidiano das organizações hospitalares auxilia na compreensão e na concepção das estruturas hospitalares.

O estudo realizado em um primeiro momento foi classificado, em relação ao delineamento da pesquisa, ou seja, em referência aos procedimentos técnicos adotados, como bibliográfico, pois inicialmente o propósito foi “conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas sobre o tema” (CERVO; BERVIAN; SILVA, p. 60). Livros, publicações

periódicas e documentos eletrônicos foram utilizados para se aprofundar o conhecimento sobre o tema.

Posteriormente ao levantamento inicial, pode-se caracterizar o estudo com base em seus objetivos gerais, como descritivo, pois no entender de Gil (1991) este tipo de pesquisa tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou determinar a relação entre as variáveis do estudo.

A pesquisa descritiva, nesse estudo, assume caráter de estudo de caso, que dentro do raciocínio de Gil (1991, p. 58) “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”. Neste estudo, pesquisou-se a realidade do hospital em estudo no que tange aos aspectos relacionados à qualidade dos serviços prestados, preconizada nos moldes do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

### **3.2 Delimitação do universo**

O universo ou população, de acordo com Lakatos e Marconi (2001, p. 108) “é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. A delimitação do universo de pesquisa consiste em explicitar que elementos serão pesquisados.

A organização objeto do estudo possui uma população de 864 funcionários sob regime estatutário, e essa população foi selecionada para participar da pesquisa de campo, pois esse regime de trabalho caracteriza-se por possuir um forte vínculo com a instituição estudada. Para alcançar os resultados necessários atendendo as limitações de recursos do estudo optou-se por utilizar uma amostra dessa população. A amostragem é “a coleta de dados de uma parte da população, selecionada segundo critérios que garantam sua representatividade” (SELLTIZ apud CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007, p. 66).

A amostra empregada para a aplicação das entrevistas e para a aplicação de questionários foi considerada como não probabilística. Neste caso, Costa Neto (1977) afirma que não há uma chance conhecida de que cada elemento da população possa integrar a amostra. Esse tipo de amostragem, na percepção de Lakatos e Marconi (2001), diminui a possibilidade de representar os resultados obtidos para o todo, pois utiliza formas aleatórias de seleção que não são utilizadas como base para certos tipos de tratamento estatístico.

A amostra para a realização das entrevistas foi selecionada por meio de julgamento pessoal e estratégia adequada no que tange a escolha das pessoas responsáveis mais afins as áreas em estudo, chegando a amostras satisfatórias para as necessidades da pesquisa. Silva et al. (1997) caracteriza este tipo de amostra como amostragem intencional.

A amostra utilizada na aplicação dos questionários também foi intencional. Inicialmente pensou-se em utilizar amostragem probabilística, no qual todos os elementos da população possuem probabilidade conhecida e diferente de zero de pertencer à amostra (COSTA NETO, 1977). Este tipo de amostra garante a representatividade da mesma, pois “o acaso será o único responsável por eventuais discrepâncias entre população e amostra” (COSTA NETO, 1977, p. 40).

No entanto, como o processo de coleta de dados foi acompanhado por um colaborador da instituição e muitos profissionais estavam afastados por férias, licença tratamento de saúde, entre outros tipos de afastamentos, bem como alguns não foram favoráveis por não dispor de tempo para responder o questionário em razão de estarem prestando assistência aos pacientes, optou-se por aplicar o instrumento aos profissionais que concordassem em participar da pesquisa.

O cálculo da amostra, isto é, o número de colaboradores que representam a população em estudo foi exposto conforme o Quadro 7 e elaborado dentro das orientações de Barbetta (2002).

Tamanho da População (N): 864 elementos	
Nível de confiança: 95%	
Erro amostral 7% (n); $n_0 = \frac{1}{e_0^2} = \frac{1}{(0,07)^2} = 204,08 \rightarrow$ aproximadamente 205 elementos	
Correção da primeira estimativa da amostra:	$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{864 \times 205}{864 + 205} = 165,69 \rightarrow$ aproximadamente 166 elementos

**Quadro 7:** Cálculo do tamanho da amostra.

**Fonte:** Dados primários (2007).

Dessa forma, a amostra utilizada para a pesquisa de campo foi de 166 colaboradores. Após o processo de delimitação do universo da amostra deste estudo, torna-se relevante explicar o processo de coleta de dados.

### 3.3 Coleta de dados

Os tipos de dados utilizados no trabalho foram primários e secundários. De acordo com Mattar (1999), dados primários são aqueles que não foram coletados anteriormente,

estando em posse dos pesquisados e são coletados para atender às necessidades específicas da pesquisa. O meio para coleta de dados primários é a comunicação, que consiste no questionamento dos respondentes para a obtenção de um dado desejado, que será fornecido pela sua declaração.

Dados secundários são aqueles que já foram devidamente tabulados e processados. Esses também foram utilizados na elaboração desta pesquisa, como informações disponíveis em *websites* na Internet, e documentos disponibilizados pela própria instituição analisada.

O levantamento bibliográfico foi realizado por intermédio de consultas às referências utilizadas em trabalhos de conclusão de cursos e dissertações de mestrado ligadas ao tema. Além disso, foram realizadas pesquisas em periódicos e bibliografias especializadas na área da saúde.

A forma utilizada nesta pesquisa, para a coleta de dados primários, foi por meio de entrevistas estruturadas e individuais, com os chefes ou responsáveis por cada unidade analisada, de acordo com as orientações do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), adaptado por Sanchez (2003) (ANEXO B). A entrevista, na linha de pensamento de Ruiz (2002), consiste em dialogar com uma pessoa, que possa contribuir com dados relevantes para a pesquisa. Gil (1991) considera como pesquisa estruturada, aquela que se desenvolve com base em um rol de perguntas já previamente definidas pelo entrevistador.

A observação de forma sistemática, seguindo o roteiro do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) (ANEXO A), também foi utilizada para a coleta de dados. Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 31), destacam que “observar é aplicar atentamente todos os sentidos físicos a um objeto para dele se obter um conhecimento claro e preciso”. Esse processo deve atender aos seguintes requisitos, na visão dos autores: ser atento, exato e completo, preciso, sucessivo e metódico. O contato pessoal possibilita que todas as dúvidas sejam imediatamente esclarecidas. Por isso, optou-se também por essa forma de coleta de dados.

Para atender ao objetivo de verificar a opinião dos colaboradores quanto à gestão da qualidade dos serviços prestados na instituição estudada, dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), foram aplicados questionários, trabalhando-se com amostras que permitem ser analisadas com certa profundidade, sem a preocupação de representatividade no contexto da população a ser pesquisada.

O questionário é um instrumento que, na descrição de Gil (1991), possui um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado. Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 53) complementam que “o questionário deve ter natureza impessoal para assegurar uniformidade na avaliação de uma situação para outra”.



Mattar (1999) advoga que o instrumento utilizado para a pesquisa de campo em relação ao método de comunicação, quanto ao grau de estruturação e disfarce, é considerado como estruturado não disfarçado, no qual as perguntas são apresentadas exatamente com as mesmas palavras, sempre na mesma ordem e com as mesmas opções de respostas para todos os respondentes.

O instrumento de coleta em questão foi composto por quatorze perguntas fechadas, mas “com alternativas suficientemente exaustivas para abrigar a ampla gama de respostas possíveis” (GIL, 1991, p. 91). Duas destas permitiam uma resposta aberta de forma breve, e, finalizou-se o instrumento com uma questão aberta, para que o entrevistado se manifestasse sobre o tema abordado no questionário.

As questões com respostas fechadas, na concepção de Mattar (1999), consistem em os respondentes assinalarem uma das opções de resposta dentre um rol predeterminado.

Dentro do mesmo raciocínio, Cervo, Bervian e Silva (2007) ressaltam que o uso de perguntas abertas permite obter respostas livres e mais ricas de informações. No entanto, a sua codificação e análise é mais dificultada.

As perguntas devem ser elaboradas de forma clara e precisa, e Gil (1991), sublinha ainda, que é essencial que este instrumento contenha uma introdução sobre os objetivos da pesquisa, além de dispor de instruções para o seu correto preenchimento.

A vantagem da utilização do questionário para a coleta de dados, no juízo de Ruiz (2002), é em razão de esse instrumento poder ser aplicado simultaneamente a uma grande quantidade de elementos. Além disso, o anonimato do informante é outra vantagem aos demais instrumentos de coleta de dados. Para assegurar o anonimato dos colaboradores foi atribuída uma numeração para cada colaborador, com base em uma relação fornecida pelo Divisão de Recursos Humanos, contendo matrícula funcional, nome, sexo e setor em que atua. Por questões éticas, não se perguntou o sexo do colaborador no instrumento de pesquisa, obtendo-se esse dado por intermédio da relação disponível.

Ao desenvolver o instrumento de pesquisa, faz-se necessário o desenvolvimento de um pré-teste, para que as possíveis falhas possam ser descobertas, impedindo que se desenvolvam vieses na pesquisa. Gil (1991) destaca que a etapa do pré-teste do instrumento é essencial, pois ela visa garantir que esse meça exatamente aquilo que pelo qual ele é proposto. Assim, o pré-teste do questionário foi realizado com cinco colaboradores de uma organização hospitalar, escolhidos de forma intencional. As sugestões foram avaliadas e alterações foram feitas para facilitar o processo de compreensão do instrumento por parte dos respondentes.



A coleta de dados na instituição foi realizada em quatro dias e em todos os setores da organização no mês de outubro de 2007. Os questionários foram aplicados durante o período diurno e noturno, em dias alternados, em consequência de alguns funcionários trabalharem de segunda até sexta-feira durante seis horas semanais e outros trabalharem 12 horas diárias e folgarem 24 horas.

Após a definição dos aspectos metodológicos empregados na coleta de dados, a seção 3.4 evidencia como os dados coletados foram analisados.

### **3.4 Análise e tratamento dos dados**

O processo de análise de dados constitui em uma etapa crucial da pesquisa, pois é através desse que os objetivos do estudo serão alcançados. Gil (1991) diz que o processo de análise dos dados envolve a codificação de respostas, a tabulação dos dados e cálculos estatísticos. A interpretação dos dados, na percepção do autor, ocorre durante ou após a análise e tem como objetivo estabelecer uma ligação entre os resultados obtidos com os resultados já conhecidos, sejam eles decorrentes de teorias ou de pesquisas anteriormente realizadas.

O procedimento utilizado para a tabulação dos dados coletados se efetuou por meio do uso de planilha eletrônica. Ruiz (2002) complementa que este tipo de tabulação é necessária, quando se tem uma amostra grande e é preciso realizar a sua análise em um espaço de tempo razoável. Para facilitar o processo de tabulação se codificou as respostas, atribuindo um número seqüencial para as alternativas de respostas para cada questão.

No instrumento, havia três questões (6, 7.3 e 9) que permitiam a livre manifestação do respondente.

No processo de tabulação da questão 6, em relação a utilização de algum método ou ferramenta de gestão da qualidade, as respostas foram tabuladas inteiramente em conformidade com as respostas dos colaboradores.

A questão 7.3, que questionava aos colaboradores qual a principal ferramenta gerencial que na percepção dos mesmos deveria anteceder o processo de Acreditação Hospitalar, a opção de resposta “outros” não foi assinalada por nenhum dos respondentes.

A tabulação da questão 9 foi o processo mais difícil de análise, pois alguns respondentes se manifestaram utilizando comentários longos sobre o tema. Após a análise de cada resposta, as opções foram agrupadas em: tema não relevante, ou seja, o colaborador

recursos, inter-multidisciplinaridade da equipe de avaliadores e especificidade do estudo de caso.

As limitações de tempo e recursos nesta pesquisa inviabilizou o processo de análise de todas as seções e subseções, conforme os preceitos do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) na instituição estudada. Neste sentido, caracterizou-se como limitação deste estudo, a

falta de tempo para explorar as Normas Brasileiras de Acreditação (ONA) em sua plenitude, conforme é aplicado em todas as instituições de saúde que pleiteiam essa certificação.

Roessler et al. (2005, p. 15) compreende que a organização de saúde é “um sistema complexo que não deve ser avaliado de maneira isolada um setor ou departamento, pois a estrutura e os processos são interligados de tal forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final”.

Outra limitação da pesquisa foi que a equipe de avaliadores no processo de Acreditação Hospitalar, de acordo com a ONA (2006), deve ser composta por, no mínimo, três membros com a seguinte formação profissional: um médico(a), um enfermeiro(a) e um administrador(a). Contudo, esse processo foi conduzido somente por uma acadêmica que está concluindo o curso de Administração, sob a orientação de um professor Graduado em Medicina com Mestrado em Administração, e outro profissional com Graduação em Administração e com Doutorado em Engenharia de Produção. Assim, não se aplicou a interdisciplinaridade neste processo.

E como último fator limitante, pôde-se considerar o fato de que o estudo de caso não pode ser generalizado. Contudo, ele pode sugerir o aprofundamento de uma realidade delimitada, e, todas as limitações encontradas neste estudo, não diminuíram o interesse da acadêmica nesta área que está em franca expansão.

## 4 O CASO DO HOSPITAL CELSO RAMOS

Neste capítulo foram relatados os resultados alcançados com o estudo, através dos procedimentos metodológicos devidamente descritos no capítulo anterior.

### 4.1 O contexto do estudo

O Hospital Celso Ramos foi inaugurado em 06 de novembro de 1966 pelo Governador do Estado da época, Ivo Silveira. Anteriormente, tinha sido concebido pelo ex-Governador do Estado de Santa Catarina, Celso Ramos, com o intuito de prestar assistência hospitalar aos servidores do Governo do Estado de Santa Catarina. O hospital fica localizado na Rua Irmã Benwarda, 297 - Centro - Florianópolis/SC.

Atualmente, a organização hospitalar possui uma área total construída de 22.000m<sup>2</sup>, com 200 leitos ativados. O quadro de colaboradores é composto por 864 funcionários sob regime estatutário; 13 estagiários; 79 terceirizados, exercendo suas atribuições em áreas não finalísticas do hospital, prestando serviços de limpeza, vigilância, cozinha e lavanderia. O hospital possui ainda 83 médico-residentes.

A missão do Hospital Celso Ramos é “prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados”. Os princípios da instituição são:

- a) valorização dos recursos humanos;
- b) valorização e integração do Corpo Clínico;
- c) padronização e uso racional dos recursos materiais;
- d) a imagem institucional como responsabilidade de todos;
- e) o paciente como alvo de nossa atenção;
- f) os recursos financeiros priorizam o desempenho assistencial de ensino e pesquisa;
- g) o lucro reinvestido na continuidade da instituição e seu desenvolvimento.

Os serviços especializados, oferecidos pelo hospital, são: de emergência, ambulatorial e internação. A unidade hospitalar conta com as seguintes especialidades em caráter de emergência 24 horas: clínica médica, cirurgia geral, anestesia, cardiologia, ortopedia, urologia, neurocirurgia, cirurgia buco-maxilofacial, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurologia, endoscopia digestiva e respiratória, gastroenterologia,

neuroradiologia, otorrinolaringologia, radiologia convencional e intervencionista, e tomografia computadorizada.

O hospital apresenta também o Centro de Treinamento Médico com Programa de Residência Médica nas seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Urologia, Neurologia, Oncologia, Hematologia e Terapia Intensiva. Além disso, conta com os seguintes serviços:

- a) grupo de Apoio ao Diabético - GAD - destinado à orientação e tratamento do paciente diabético internado ou não, formado por equipe multidisciplinar de médicos, nutricionistas, assistentes sociais e enfermeiras;
- b) serviço de Hemodiálise moderno, com tecnologia de ponta para atendimento de pacientes com insuficiência renal crônica, numa média de atendimento mensal de 350 sessões;
- c) serviço de Plasmaferese;
- d) serviço de apoio, constituído por profissionais de todas as áreas afins: nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e psicólogos; e,
- e) transplante de rim e de medula óssea.

A estrutura organizacional do hospital foi instituída pela Portaria nº 159/SES, de 28/03/06 e foi evidenciada no ANEXO C deste estudo. A direção do hospital é composta por: Diretor, Gerente de Administração, Gerente de Enfermagem e Gerente Técnico. Por se tratar de um hospital público, vinculado a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), estes cargos são nomeados pelo Secretário de Estado da Saúde, podendo exercê-los até o fim de seu mandato ou até serem exonerados antes do término do mandato do mesmo.

Todos os membros da Direção desse hospital possuem graduação em áreas afins das atividades desempenhadas. O Diretor possui Graduação em Medicina e Especialização e Doutorado nesta área. Ele já havia gerenciado o hospital em governos anteriores.

A Gerente de Administração possui formação acadêmica de Graduação em Administração e Mestrado em Saúde Pública. Ela gerencia o hospital há um ano e meio e já exerceu o mesmo cargo em outra instituição da SES/SC.

O Gerente Técnico possui formação acadêmica de graduação em Medicina e Mestrado na área de Saúde Pública. O Gerente de Enfermagem possui Graduação em Enfermagem.

Após a caracterização da instituição hospitalar analisada neste estudo, a seção 4.2 apresentou os resultados evidenciados no processo de coleta de dados.

## **4.2 Gestão da qualidade dos serviços prestados na instituição sob a ótica do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA)**

As entrevistas realizadas com o Diretor, com a Gerente de Administração e com os responsáveis pelos setores das áreas diretamente relacionadas da organização hospitalar estudada contribuíram para o entendimento de como se concretiza o processo de Gestão da Qualidade nesta instituição. Possibilitaram ainda a compreensão dos itens de orientação que norteiam o processo de Acreditação de forma prática.

A subseção Gestão da Qualidade, da seção Liderança e Administração do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), foi o aspecto avaliado neste estudo. Este processo envolve três níveis de gestão de acordo com a ONA (2007). No instrumento para avaliação, consideraram-se questões norteadoras para cada nível 1, 2 e 3 que foram objeto de coleta de dados para a realização deste estudo.

### **4.2.1 Nível 1**

Em relação aos itens orientadores do nível 1, a Direção incentiva o constante aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, estimulando a participação em cursos, seminários, palestras, dentre outros eventos e, por vezes, realiza cursos na própria unidade hospitalar.

A implantação do Plano de Carreiras e Vencimentos da SES/SC, conforme a Lei nº 323, de 02 de março de 2006, instigou o interesse dos colaboradores na constante capacitação profissional, em decorrência da progressão por desempenho ou qualificação profissional, pelo qual é possível aumentar níveis do vencimento de acordo com a carga horária de cursos realizados.

Além deste tipo de progressão, prevista na Lei nº 323, de 02 de março de 2006, existe a progressão por nível de formação, que ainda não foi devidamente implantada. Essa prevê a passagem do servidor de uma competência para o nível e referência iniciais de competência superior ou de uma competência para outra competência, observados determinados critérios.

Em função das progressões funcionais previstas na legislação, os colaboradores possuem o hábito de estar constantemente atualizando seus registros e certificados de habilitação especializada, bem como os demais cursos realizados, para a Divisão de Recursos Humanos da unidade hospitalar, que os arquivam na pasta funcional do colaborador. Como



esse setor é uma unidade descentralizada da Diretoria de Recursos Humanos da SES/SC, esse repassa periodicamente as eventuais atualizações profissionais para que a Diretoria realize os trâmites cabíveis quanto à atualização sistemática e archive a documentação na pasta funcional do colaborador.

Atualmente, de acordo com as informações obtidas nas entrevistas, não há um profissional capacitado para desenvolver as atividades de promoção e incorporação da qualidade nos processos organizacionais. Já houve períodos em que a unidade hospitalar implantou programas de qualidade e estes profissionais os coordenavam, no entanto, com as constantes mudanças de governo e, conseqüentes alterações na direção do hospital, alguns programas não se mantiveram instituídos e os profissionais foram movimentados para outras instituições. Desta forma, a instituição não possui uma comissão para atender às atividades de programas de qualidade.

Nos últimos anos foram evidenciadas ações isoladas para a melhoria da qualidade. Projetos e iniciativas devidamente documentados e avaliados periodicamente foram evidenciados na Divisão de Nutrição e Dietética. A cozinha do hospital recentemente foi terceirizada e essa divisão tomou a iniciativa de avaliar a satisfação dos clientes, internos e externos à organização, quanto à qualidade das refeições. Durante a entrevista, a Gerente enfatizou que, constantemente reúne-se com os colaboradores, abordando assuntos para a melhoria da qualidade da assistência prestada. No entanto, essas ações não são documentadas e as ferramentas de avaliação não são sistematizadas.

A unidade hospitalar possui uma comissão de ética médica, que é responsável por opinar, educar e fiscalizar o desempenho ético da Medicina dentro da instituição.

O hospital apresenta ainda, vinculado a sua estrutura organizacional, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Este é responsável pela prevenção e controle de casos de infecção hospitalar, em conformidade com a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998, emitida pelo Ministério da Saúde. O serviço de controle de infecção hospitalar é exercido por um médico, com especialização na área de infectologia, duas enfermeiras e uma secretária. O acompanhamento dos indicadores de infecção hospitalar é mensal e, além disso, existem métodos de busca ativos diárias de dados das infecções hospitalares. Segundo entrevista realizada com a responsável pelo setor, a taxa de infecção é considerada alta em função das especialidades médicas da instituição, no entanto, este índice mantém-se estável nos últimos meses.

A instituição conta ainda com uma comissão de controle de infecção hospitalar, que delibera normas e diretrizes para minimizar os riscos de infecção hospitalar. A comissão se



reúne semestralmente e conta com membros de diversas áreas, conforme previsto na portaria que regulamenta esse programa: serviço médico, serviço de enfermagem, serviço de farmácia, laboratório de microbiologia e administração.

As condições operacionais e de infra-estrutura, para o atendimento aos requisitos de segurança hospitalar, estão constantemente sendo readequadas para atender as exigências das ANVISA, pois o hospital possui uma infra-estrutura muito antiga.

O hospital, desde o ano de 2002, participa do projeto Sentinela, instituído pela ANVISA, em parceria com serviços de saúde de todo o país. Ser um hospital Sentinela, na percepção de Moraes (2007, p. 1), é “figurar como instituição referência nacional em prevenção e saúde, e estar na linha de partida quando o assunto é notificação de eventos e queixas técnicas”. Participar deste projeto possibilita ao hospital troca de experiências e informações sobre o controle sanitário com as demais instituições que fazem parte desta rede. Além disso, os profissionais recebem capacitação constante por meio de cursos à distância nesta área específica.

Complementando o item de orientação, no que diz respeito ao gerenciamento e controle dos riscos sanitários, o hospital instituiu o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Este programa, na visão de Moraes (2007), tem como missão cumprir a Resolução nº 306, da Diretoria Colegiada da ANVISA e, em paralelo, a destinação dos resíduos sólidos de forma correta e segura, minimizando os riscos à saúde dos profissionais e o impacto ao meio ambiente. O maior desafio, na percepção da coordenadora, é a sensibilização dos profissionais quanto à separação correta dos resíduos, sobretudo a conscientização de que não se trata somente de um benefício para a unidade hospitalar e sim para toda a sociedade.

#### 4.2.2 Nível 2

Adentrado aos itens de orientação do nível 2 do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), constatou-se que a admissão dos profissionais é realizada por intermédio de concurso público, com contratação centralizada no órgão central da SES/SC. Em função disso, é facultado ao hospital o item de orientação proposto no nível 2 do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), que questiona se um dos critérios para a admissão de profissionais técnicos de nível superior é a análise de currículos.

Os programas destinados à melhoria das áreas de apoio administrativo, não são sistematizados, de acordo com as informações repassadas pela Gerente de Administração da unidade hospitalar estudada. No entanto, eles são baseados em uma metodologia de objetivos e metas que são mais adequados, na percepção da mesma, no nível de conhecimento e compreensão dos funcionários da instituição. A gerente acompanha o atingimento dos objetivos e metas ao longo do processo. São realizadas reuniões de periodicidade semanal, para a avaliação dos resultados e, segundo a mesma, essa metodologia tem sido resolutiva. A entrevistada salienta que o processo de planejamento e a sistematização de programas de melhorias são dificultados em função da escassez de colaboradores na instituição.

Em relação às evidências de comissões propostas no nível 2 do manual, o hospital não possui uma comissão de prontuários. A unidade hospitalar está em processo de digitalização de seus prontuários para facilitar o acesso aos mesmos e aumentar a qualidade desse processo, podendo, por exemplo, ser disponibilizado em rede e ser consultado por um profissional, por intermédio de um sistema de informação ao digitar o seu *login* e senha de acesso. Para realizar o referido procedimento, a unidade terceirizou esse serviço para uma empresa especializada que já está trabalhando no processo há cinco meses, contando com mais de trinta funcionários envolvidos. Na época da contratação, existia no arquivo da instituição um grande número de prontuários a serem digitalizados (aproximadamente 250 mil), sem considerar os prontuários de atendimento ambulatoriais diários que também serão digitalizados.

A unidade não possui comissão de análise de óbitos. As comissões de farmácia e medicamentos e a comissão de padronização de materiais são vinculadas diretamente ao órgão central da SES/SC, pois há medicamentos ou materiais que são relativamente comuns a todos os hospitais do quadro da SES/SC. No entanto, a gerente assegurou que quando se trata de um medicamento ou material específico para uma especialidade médica presente na instituição objeto deste estudo, o hospital participa desse processo em conjunto com a SES/SC.

O hospital não realizou, até o momento, pesquisa de satisfação em relação à assistência recebida pelos clientes ambulatoriais e pelos internados. A única pesquisa realizada de forma sistemática no hospital é em relação à qualidade das refeições, pois o hospital terceirizou este serviço há alguns meses e semestralmente aplica questionários aos colaboradores e pacientes com o objetivo de verificar esse requisito. Os resultados da pesquisa são repassados para a unidade hospitalar e para a empresa terceirizada, que podem ratificar, ou não, a permanência do contrato. Com a terceirização deste serviço, o hospital diminuiu despesas significativas e reduziu o número de colaboradores em aproximadamente

quarenta servidores, que foram remanejados para outras áreas e até para outras unidades hospitalares da SES/SC.

Evidências de programas destinados à melhoria da qualidade de assistência médico-hospitalar e de análise crítica dos processos, procedimentos e resultados podem ser observadas pela iniciativa da Política Nacional de Humanização do SUS na instituição. Esta política “assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2007).

No entender de Mezomo (1995, p. 276), hospital humanizado “é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Uma melhoria implantada na instituição pela Política Nacional de Humanização do SUS para assegurar uma assistência mais qualificada foi à implantação de painéis eletrônicos no ambulatório para que os pacientes compreendam a lógica de atendimento.

#### 4.2.3 Nível 3

Em relação aos itens de orientação do nível 3 do manual, segundo as informações obtidas durante a entrevista, os dirigentes da instituição são engajados com o processo de implantação e garantia da qualidade, participando de grupos de trabalho, além de estarem sempre atentos a novos processos de melhoria organizacional.

Em relação à capacitação profissional, o hospital oferece supletivo em seu próprio espaço físico para funcionários que não completaram o 1º e 2º grau, e que tenham interesse de concluí-lo. No entanto, não há um processo consolidado de educação e capacitação geral para a qualidade, sendo que a organização não conta também com um grupo coordenador de gestão da qualidade.

A unidade faz uso de monitoramento de indicadores e informações institucionais para elaborar planos de ações corretivas e de melhoria. Os indicadores do serviço de controle de infecção hospitalar são monitorados mensalmente, e os indicadores financeiros também são avaliados, como faturamento. Além disso, o hospital conta com sistemas de informações abrangentes que fornecem dados de forma imediata, auxiliando no processo de tomada de decisão.

Outros indicadores de políticas de saúde também são avaliados, como por exemplo, a procedência de acordo com a referência, ou seja, o “Pacto entre Gestores” estabelece que a unidade hospitalar em questão deva receber pacientes de tais municípios, e se essa recebe pacientes de outros municípios que não estão pactuados, a unidade precisa discutir com os órgãos integrantes do sistema esse desvio, para que o hospital não ultrapasse o seu limite.

A organização dispõe de sistemas de informação para organizar as rotinas e auxiliar na tomada de decisão. Alguns sistemas utilizados na instituição são: sistema de controle de ponto dos colaboradores; sistema de gerenciamento dos pacientes atendidos no ambulatório e na emergência; sistema administrativo; sistema de prontuário eletrônico, que como já foi mencionado anteriormente, a unidade contratou uma empresa especializada para digitalizar todos os seus prontuários arquivados.

Não foram realizadas pelo hospital comparações de resultados com referenciais adequados e análise do impacto gerado junto à comunidade. A organização, como já foi citada anteriormente, instituiu o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde que minimiza os riscos à saúde dos profissionais e o impacto ao meio ambiente.

A política de recursos humanos, de acordo com a entrevista concedida, não é compatível com a missão e os objetivos da instituição. A Divisão de Recursos Humanos é vinculado ao órgão central da SES/SC e, por isso, os dirigentes da instituição não dispõem de total autonomia para gerenciar este setor.

Em relação ao Planejamento Estratégico da instituição, a Gerente relatou que ele foi instituído em parceria com a SES/SC. A primeira fase foi realizada há três anos com o objetivo principal de que os colaboradores repensassem sobre a missão, a visão e os objetivos organizacionais, com o fito de realizar um diagnóstico organizacional. Houve uma revisão este ano, mas sistematicamente esse não é utilizado como ferramenta gerencial.

A análise do perfil epidemiológico da demanda, ou seja, quais as doenças estão sendo atendidas no hospital e até mesmo de onde estão vindos estes doentes, é constantemente discutida com a SES/SC e demais órgãos relacionados. Essa análise é essencial na percepção da Gerente, pois através disto é possível verificar onde o sistema de saúde está errando; por exemplo, muitos pacientes atendidos na emergência deste hospital são decorrentes de acidentes de trânsito, então é necessário que o órgão competente tome alguma iniciativa para a redução desses acidentes.

O hospital ainda não dispõe de um bom serviço de atendimento ao usuário, uma vez que sua estrutura física é muito antiga, e por não dispor de leitos suficientes para atender a



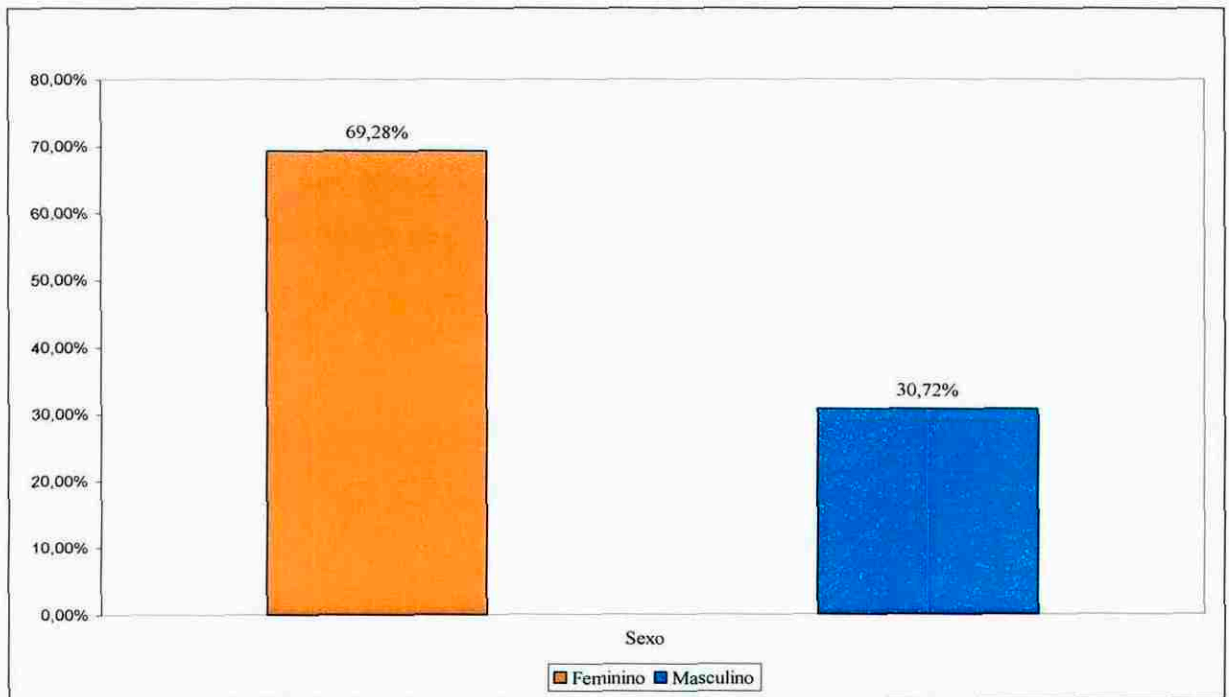
demanda dos pacientes. No entanto, segundo informações concedidas durante as entrevistas, o hospital está constantemente procurando melhorar a assistência ao usuário.

Neste contexto, a seção 4.3 apresenta os resultados obtidos mediante pesquisa de campo realizada com 166 colaboradores da instituição analisada.

#### 4.3 Apresentação dos resultados obtidos mediante pesquisa de campo

Para atender ao objetivo de verificar e constatar a opinião dos colaboradores em relação à gestão da qualidade dos serviços prestados na instituição estudada, dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA), realizou-se uma pesquisa de campo e os resultados obtidos foram relacionados abaixo.

##### Sexo dos colaboradores



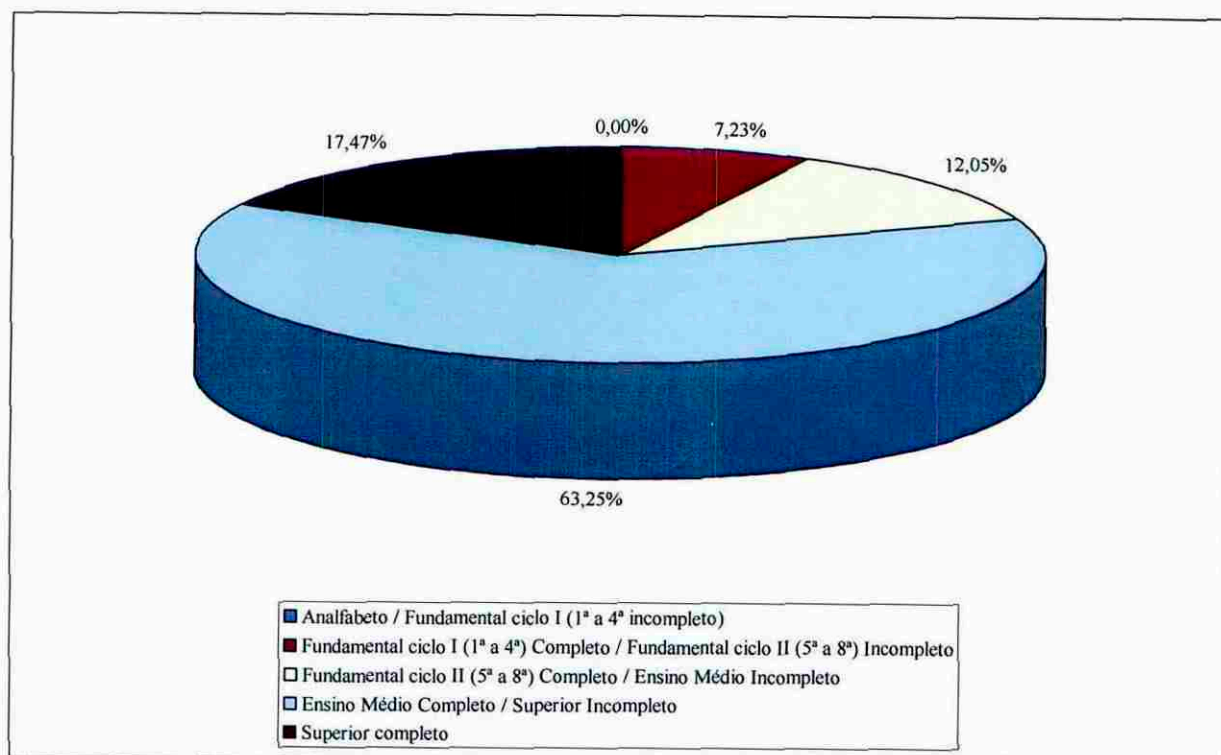
**Gráfico 1:** Distribuição dos colaboradores por sexo.

**Fonte:** Dados primários (2007).

**Comentários:** Foram entrevistados colaboradores de ambos os sexos, 69,28% eram mulheres e 30,72% eram homens.

**Comentários:** Em relação ao estado civil dos colaboradores entrevistados, 62,05% eram casados, 19,28% eram solteiros, 11,45% possuíam outros estados civis, 6,02% eram divorciados, e 1,20% eram separados.

**Questão 3: Qual o grau de escolaridade exigido por sua competência (cargo)?**



**Gráfico 4:** Distribuição dos colaboradores por grau de escolaridade exigido por sua competência (cargo).  
**Fonte:** Dados primários (2007).

**Comentários:** Em relação ao grau de escolaridade exigido por sua competência (cargo), dos colaboradores entrevistados, 63,25% possuíam ensino médio completo ou superior incompleto, 17,47% possuíam superior completo, 12,05% possuíam ensino fundamental ciclo II completo ou ensino médio incompleto, e 7,23% possuíam ensino fundamental ciclo I completo ou fundamental ciclo II incompleto.

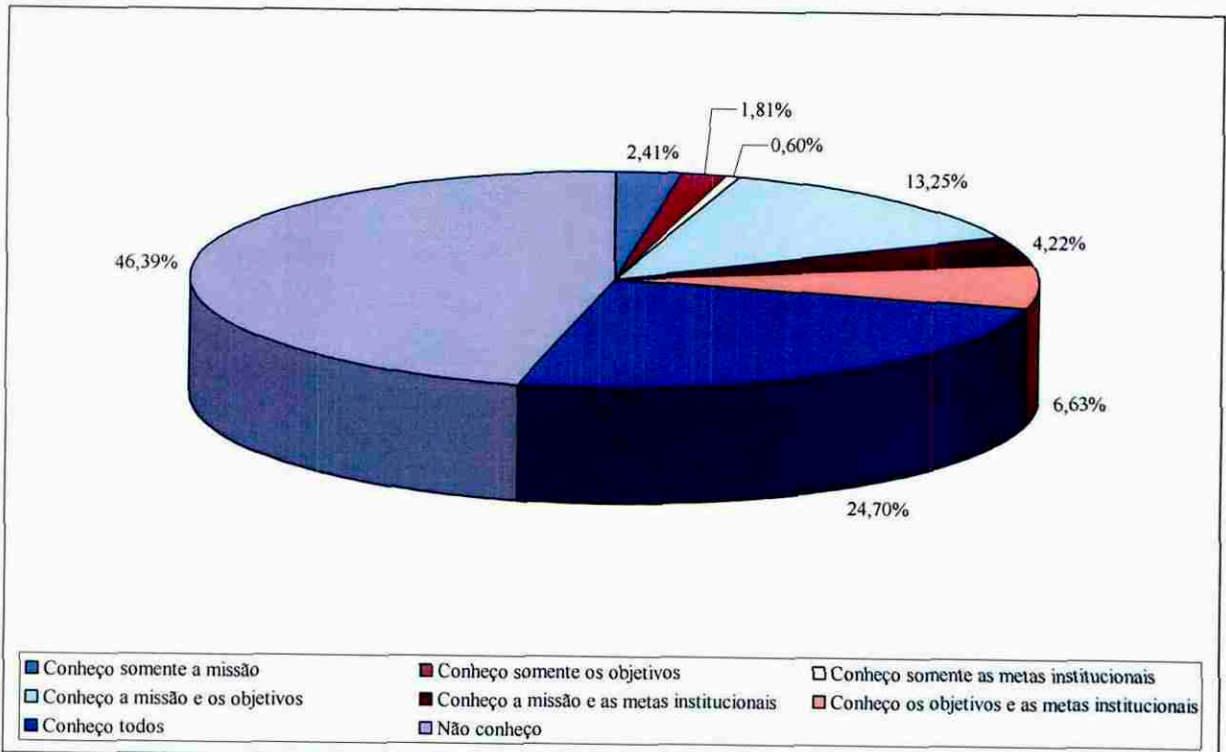


**Questão 4: Você conhece a missão, os objetivos e as metas institucionais (se a resposta for não pule para a questão nº 5)?**

Conhecimento em relação à missão, objetivos e metas institucionais	Freqüência absoluta	Freqüência relativa
Conheço somente a missão	4	2,41%
Conheço somente os objetivos	3	1,81%
Conheço somente as metas institucionais	1	0,60%
Conheço a missão e os objetivos	22	13,25%
Conheço a missão e as metas institucionais	7	4,22%
Conheço os objetivos e as metas institucionais	11	6,63%
Conheço todos	41	24,70%
Não conheço	77	46,39%
Totais	166	100,00%

**Tabela 1:** Distribuição dos colaboradores por conhecimento em relação à missão, objetivos e metas institucionais.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 5:** Distribuição dos colaboradores por conhecimento em relação à missão, objetivos e metas institucionais.

Fonte: Dados primários (2007).

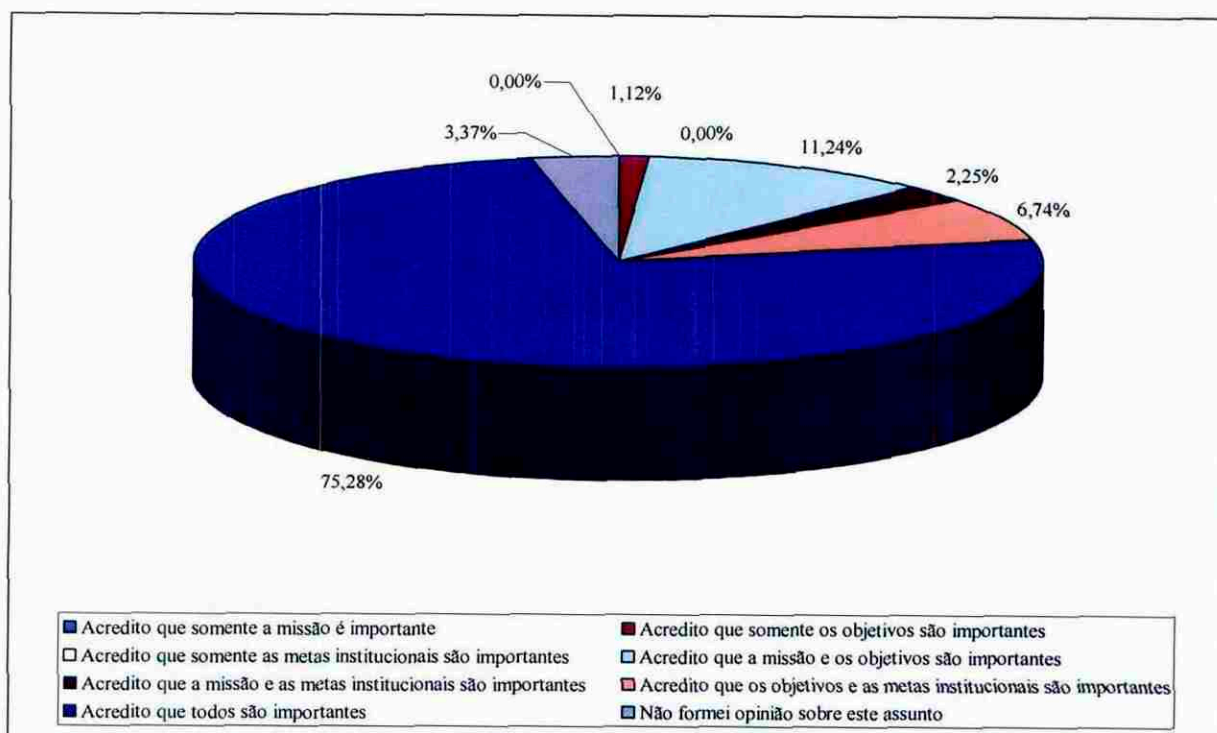
**Comentários:** Dos colaboradores entrevistados, 46,39% não conheciam a missão, objetos e metas institucionais, 24,70% afirmaram que conheciam todos, 13,25% responderam que conheciam a missão e os objetivos da instituição, 6,63% responderam que conheciam os objetivos e metas institucionais, 4,22% conheciam a missão e as metas institucionais, 2,41% conheciam somente a missão, 1,81% somente os objetivos, e apenas 0,60% conheciam somente as metas institucionais.

**Questão 4.1: Você acredita que a missão, os objetivos e as metas institucionais são importantes para garantir a qualidade dos serviços prestados pela instituição?**

A importância da missão, os objetivos e as metas institucionais na percepção dos funcionários para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição	Frequência absoluta	Frequência relativa
Acredito que somente a missão é importante	0	0,00%
Acredito que somente os objetivos são importantes	1	1,12%
Acredito que somente as metas institucionais são importantes	0	0,00%
Acredito que a missão e os objetivos são importantes	10	11,24%
Acredito que a missão e as metas institucionais são importantes	2	2,25%
Acredito que os objetivos e as metas institucionais são importantes	6	6,74%
Acredito que todos são importantes	67	75,28%
Não formei opinião sobre este assunto	3	3,37%
Totais	89	100,00%

**Tabela 2:** Distribuição dos colaboradores em relação à importância da missão, objetivos e metas institucionais para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 6:** Distribuição dos colaboradores em relação à importância da missão, objetivos e metas institucionais para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Dos 89 entrevistados que afirmaram que conheciam a missão, objetivos e metas institucionais, ou em parte alguns destes, a grande maioria dos colaboradores, 75,28%, responderam que acreditavam que todos (missão, objetivos e metas) eram importantes para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição. Outros 11,24% acreditavam que a missão e os objetivos eram importantes para a garantia da

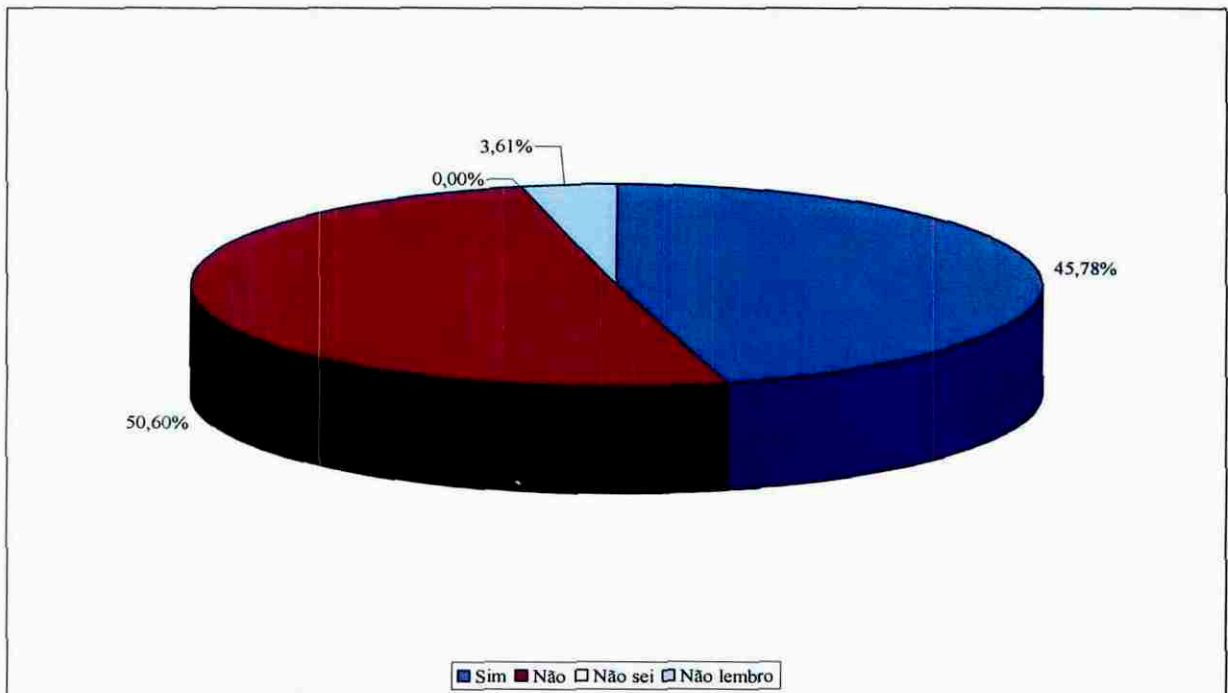
qualidade dos serviços prestados pela instituição, 6,74% acreditavam que os objetivos e metas institucionais eram importantes, 3,37% não formaram opinião sobre este assunto, 2,25% acreditavam que a missão e as metas institucionais eram importantes, e 1,12% acreditavam que somente os objetivos eram importantes para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela instituição.

**Questão 5: Você já ouviu falar ou participou de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos (se a resposta for sim responda a questão nº 5.1, caso contrário pule para a questão nº 6)?**

Participação ou se já ouviu falar a respeito de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	76	45,78%
Não	84	50,60%
Não sei	0	0,00%
Não lembro	6	3,61%
Totais	166	100,00%

**Tabela 3:** Distribuição dos colaboradores em relação à participação ou se já ouviu falar a respeito de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 7:** Distribuição dos colaboradores em relação à participação ou se já ouviu falar a respeito de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Dos colaboradores entrevistados, 50,60% responderam que nunca participaram ou ouviram falar a respeito de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da



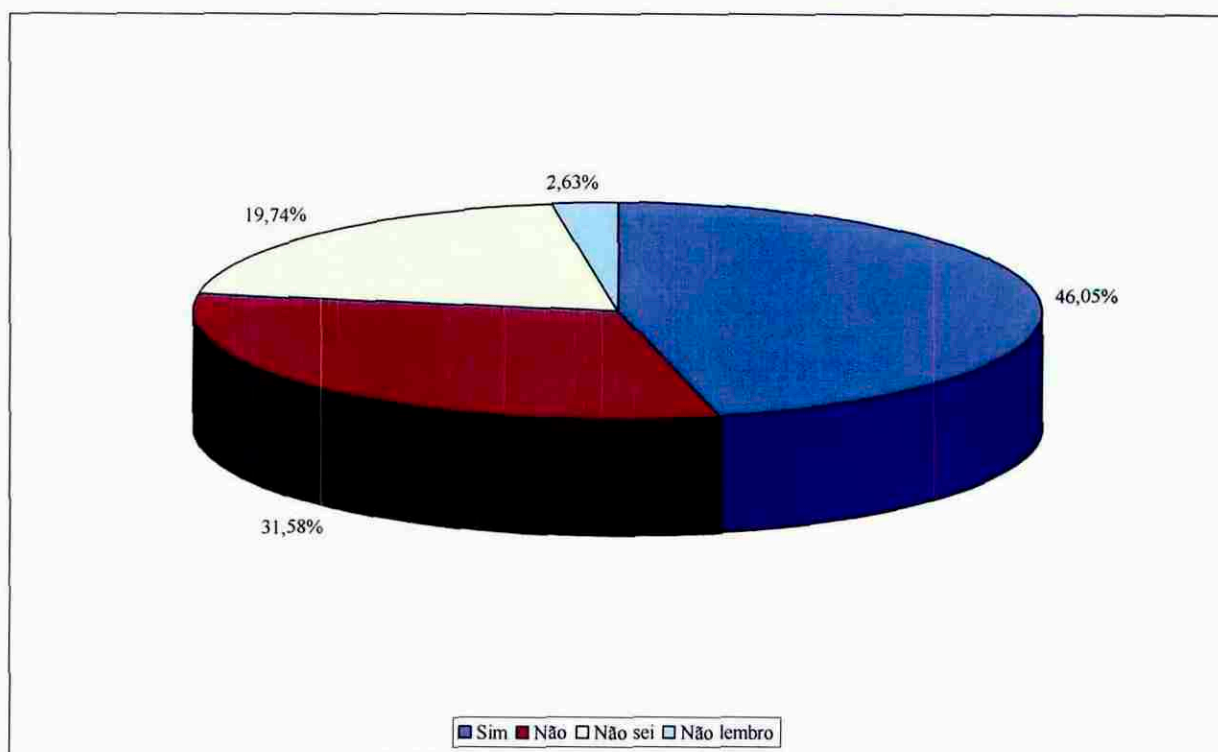
qualidade executado e constatável nos últimos anos. Em contrapartida, 45,78% já ouviram falar ou participaram de algum projeto para a melhoria da qualidade, e 3,61% não lembram.

**Questão 5.1: O projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade alcançou os resultados desejados?**

Alcance dos resultados desejados pelo projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade pelo qual participou ou ouviu falar a respeito	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	35	46,05%
Não	24	31,58%
Não sei	15	19,74%
Não lembro	2	2,63%
Totais	76	100,00%

**Tabela 4:** Distribuição dos colaboradores em relação ao alcance dos resultados desejados pelo projeto para a melhoria da qualidade pelo qual participou ou ouviu falar a respeito.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 8:** Distribuição dos colaboradores em relação ao alcance dos resultados desejados pelo projeto para a melhoria da qualidade pelo qual participou ou ouviu falar a respeito.

Fonte: Dados primários (2007).

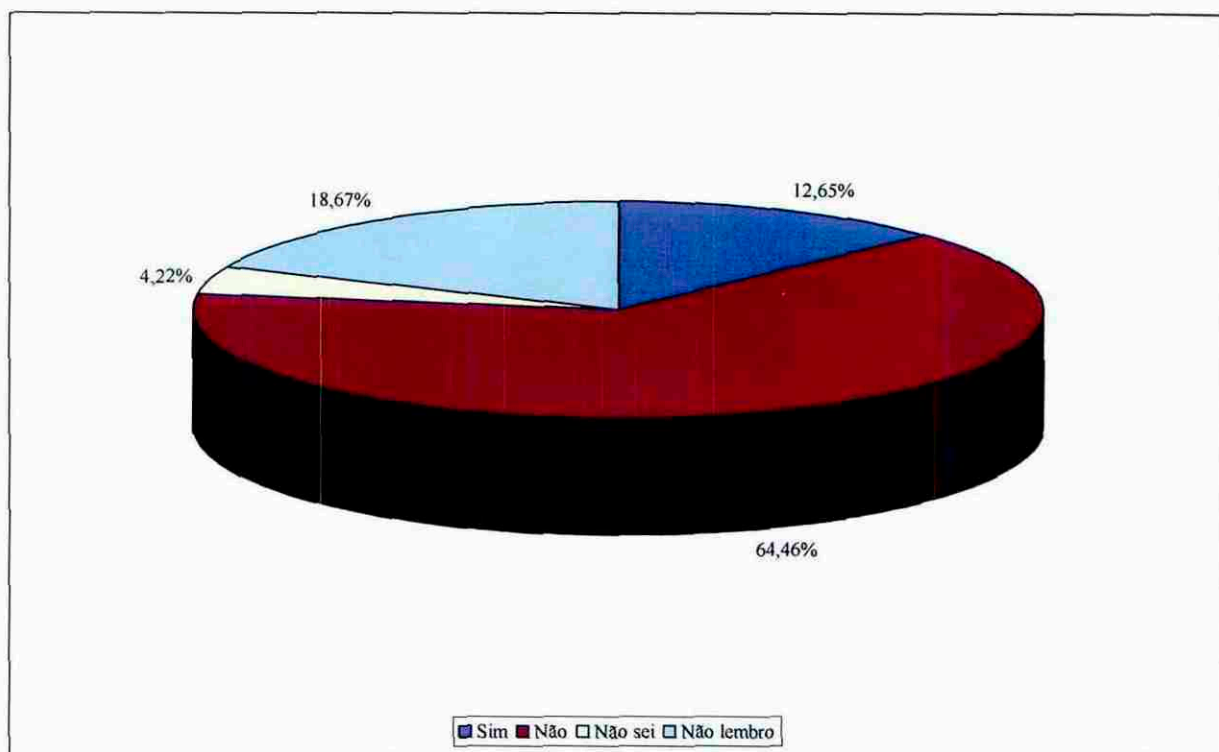
**Comentários:** Dos 76 colaboradores que já ouviram falar ou participaram de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável na instituição, 46,05% responderam que o projeto ou iniciativa alcançou os resultados desejados, 31,58% responderam que ele não alcançou os resultados almejados, 19,74% não sabem, e apenas 2,63% não lembram se o projeto ou iniciativa alcançou os resultados desejados.

### Questão 6: Você já utilizou algum método ou ferramenta de gestão da qualidade?

Uso de algum método ou ferramenta de gestão da qualidade	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	21	12,65%
Não	107	64,46%
Não sei	7	4,22%
Não lembro	31	18,67%
Totais	166	100,00%

**Tabela 5:** Distribuição dos colaboradores por uso de algum método ou ferramenta de gestão da qualidade.

**Fonte:** Dados primários (2007).



**Gráfico 9:** Distribuição dos colaboradores por uso de algum método ou ferramenta de gestão da qualidade.

**Fonte:** Dados primários (2007).

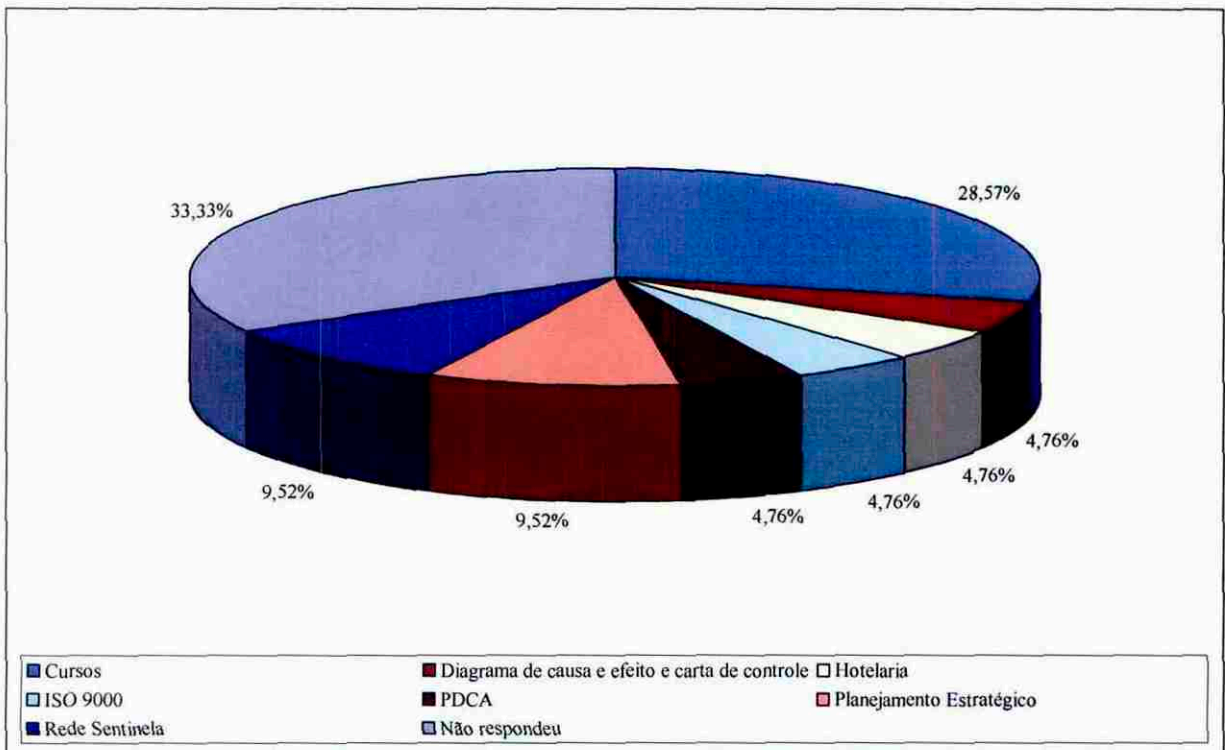
**Comentários:** Em relação ao questionamento realizado aos colaboradores em relação ao uso de métodos ou ferramentas de gestão da qualidade, a grande maioria, 64,46% dos entrevistados, respondeu que nunca utilizaram métodos ou ferramentas de gestão da qualidade. Outros 18,67% responderam que não lembram, 12,65% responderam que já utilizaram, e 4,22% não souberam responder.

**Questão 6: Qual método ou ferramenta de gestão da qualidade você já utilizou, no caso de resposta afirmativa?**

Método ou ferramenta de gestão da qualidade utilizado	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cursos	6	28,57%
Diagrama de causa e efeito e carta de controle	1	4,76%
Hotelaria	1	4,76%
ISO 9000	1	4,76%
PDCA	1	4,76%
Planejamento Estratégico	2	9,52%
Rede Sentinela	2	9,52%
Não respondeu	7	33,33%
Totais	21	100,00%

**Tabela 6:** Distribuição dos colaboradores por método ou ferramenta de gestão da qualidade utilizada.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 10:** Distribuição dos colaboradores por método ou ferramenta de gestão da qualidade utilizada.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Dos 21 entrevistados que responderam que já utilizaram algum método ou ferramenta de gestão da qualidade, 33,33% dos entrevistados não responderam qual foi o método utilizado, 28,57% responderam que utilizaram o aprendizado vivenciado mediante participação em cursos, 9,52% responderam que utilizaram o Planejamento Estratégico, 9,52% responderam Rede Sentinela, 4,76% responderam Diagrama de Causa e Efeito e Carta de Controle, 4,76% responderam ISO 9000, 4,76% responderam Ciclo PDCA, e 4,76% responderam Hotelaria.

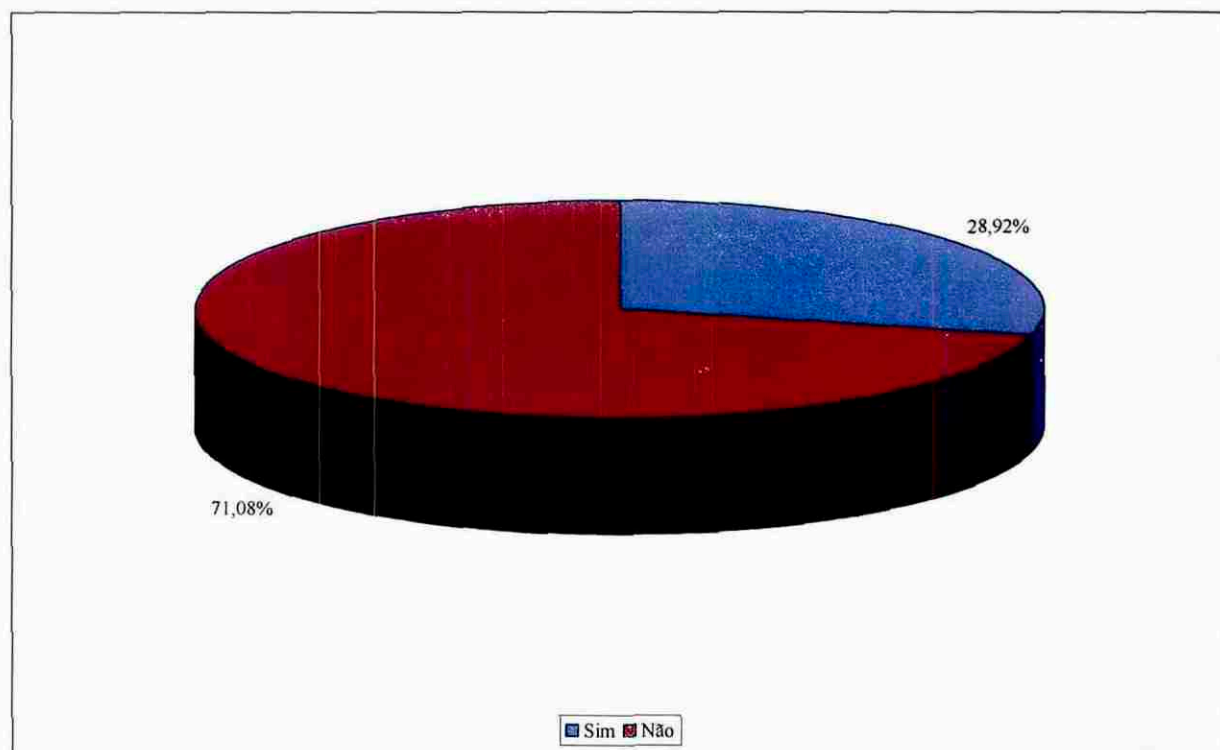


**Questão 7: Você já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (se a resposta for sim responda a questão nº 7.1, caso contrário pule para a questão nº 8)?**

Já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	48	28,92%
Não	118	71,08%
Totais	166	100,00%

**Tabela 7:** Distribuição dos colaboradores em relação a se já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

**Fonte:** Dados primários (2007).



**Gráfico 11:** Distribuição dos colaboradores em relação a se já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

**Fonte:** Dados primários (2007).

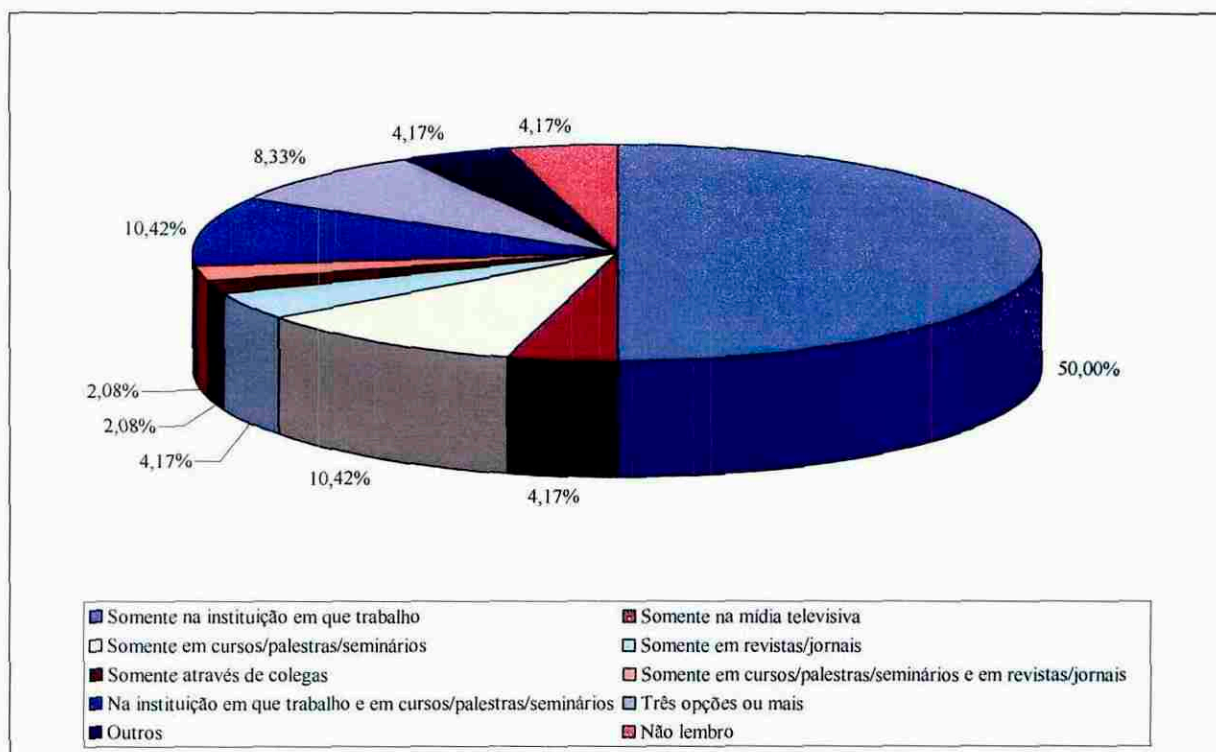
**Comentários:** Entre os colaboradores entrevistados, a grande maioria, 71,08%, nunca ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, em contrapartida, 28,92% já ouviu falar sobre esse manual.

### Questão 7.1: Em qual meio você ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar?

Meio em que ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar	Frequência absoluta	Frequência relativa
Somente na instituição em que trabalho	24	50,00%
Somente na mídia televisiva	2	4,17%
Somente em cursos/palestras/seminários	5	10,42%
Somente em revistas/jornais	2	4,17%
Somente através de colegas	1	2,08%
Somente em cursos/palestras/seminários e em revistas/jornais	1	2,08%
Na instituição em que trabalho e em cursos/palestras/seminários	5	10,42%
Três opções ou mais	4	8,33%
Outros	2	4,17%
Não lembro	2	4,17%
Totais	48	100,00%

**Tabela 8:** Distribuição dos colaboradores por meio em que ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 12:** Distribuição dos colaboradores por meio em que ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Dos 48 colaboradores entrevistados que já ouviram falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação, o principal meio em que ouviu falar sobre o manual, 50% das opções de resposta, foi somente por intermédio da instituição em que trabalha. Outros meios que os entrevistados ouviram falar sobre este manual foram: 10,42% na instituição em que trabalha e em cursos palestras e seminários, 10,42% somente em

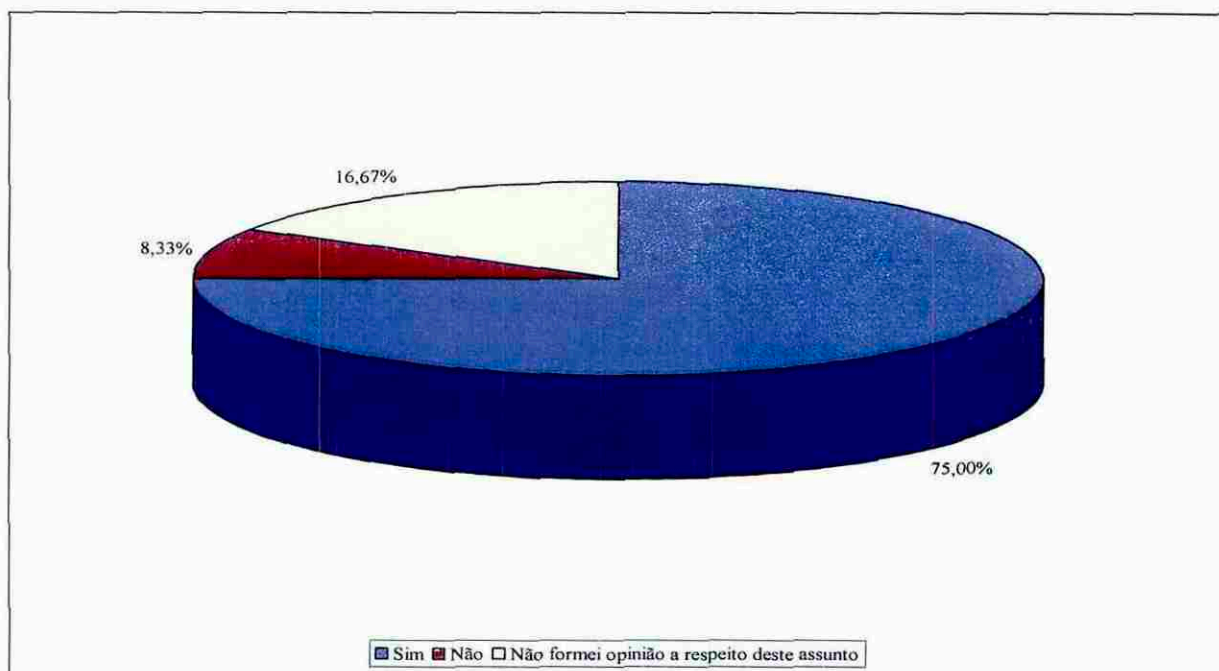
cursos/palestras/seminários, 8,33% destacaram três ou mais opções de resposta, 4,17% somente na mídia televisiva, 4,17% somente em revista/jornais, 4,17% responderam por outros meios, 4,17% não se recordam do meio, 2,08% somente através de colegas, e 2,08% em cursos/palestras/seminários e em revistas/jornais.

**Questão 7.2: Você acredita que se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados?**

Opinião a respeito que se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	36	75,00%
Não	4	8,33%
Não formei opinião a respeito deste assunto	8	16,67%
Totais	48	100,00%

**Tabela 9:** Distribuição dos colaboradores por opinião a respeito se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 13:** Distribuição dos colaboradores por opinião a respeito se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Com relação à opinião dos colaboradores a respeito se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados, a grande maioria, 75% dos entrevistados,



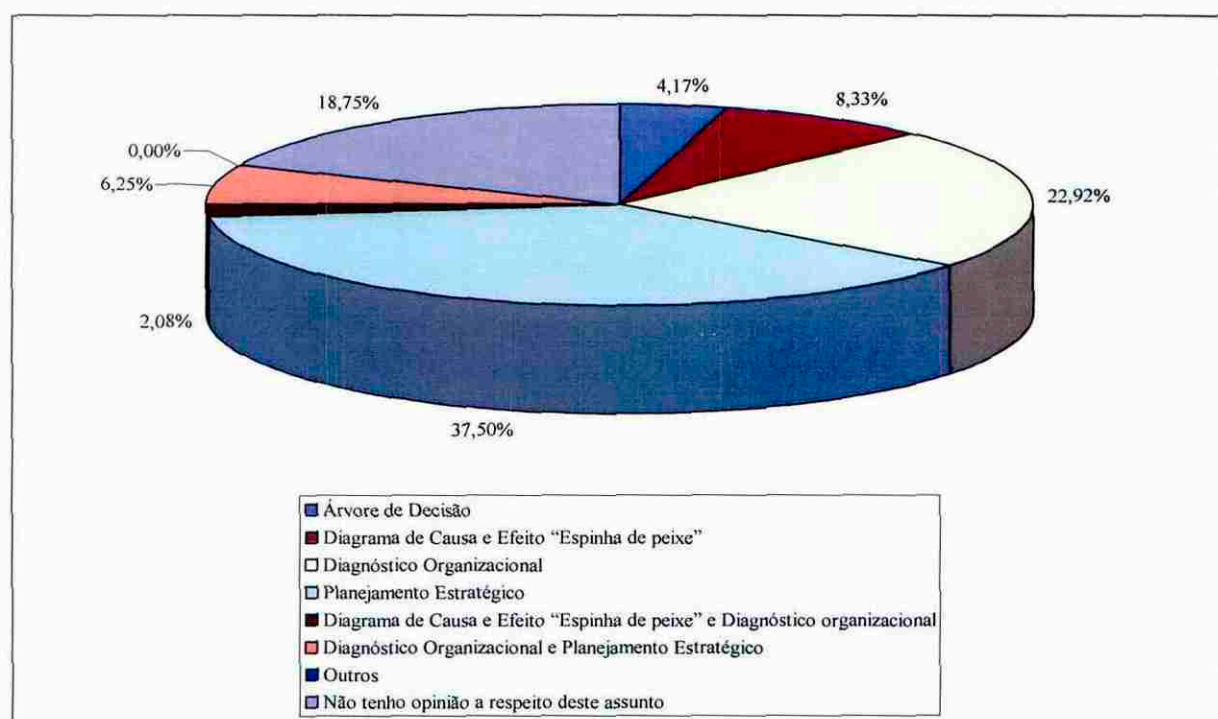
relatou que acredita que o manual possa assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados, contrapondo 8,33% dos entrevistados que responderam não acreditar nisso. Outros 16,67% dos entrevistados não formaram opinião a respeito deste assunto.

**Questão 7.3: Qual a principal ferramenta gerencial que na sua percepção deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar?**

Opinião em relação a principal ferramenta gerencial que deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar	Frequência absoluta	Frequência relativa
Árvore de Decisão	2	4,17%
Diagrama de Causa e Efeito "Espinha de peixe"	4	8,33%
Diagnóstico Organizacional	11	22,92%
Planejamento Estratégico	18	37,50%
Diagrama de Causa e Efeito "Espinha de peixe" e Diagnóstico organizacional	1	2,08%
Diagnóstico Organizacional e Planejamento Estratégico	3	6,25%
Outros	0	0,00%
Não tenho opinião a respeito deste assunto	9	18,75%
Totais	48	100,00%

**Tabela 10:** Distribuição dos colaboradores por opinião em relação a principal ferramenta gerencial que deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 14:** Distribuição dos colaboradores por opinião em relação a principal ferramenta gerencial que deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Dos colaboradores entrevistados, 37,50% destacaram o Planejamento Estratégico como a principal ferramenta gerencial que deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar, 22,92% destacaram o Diagnóstico Organizacional, 18,75% não

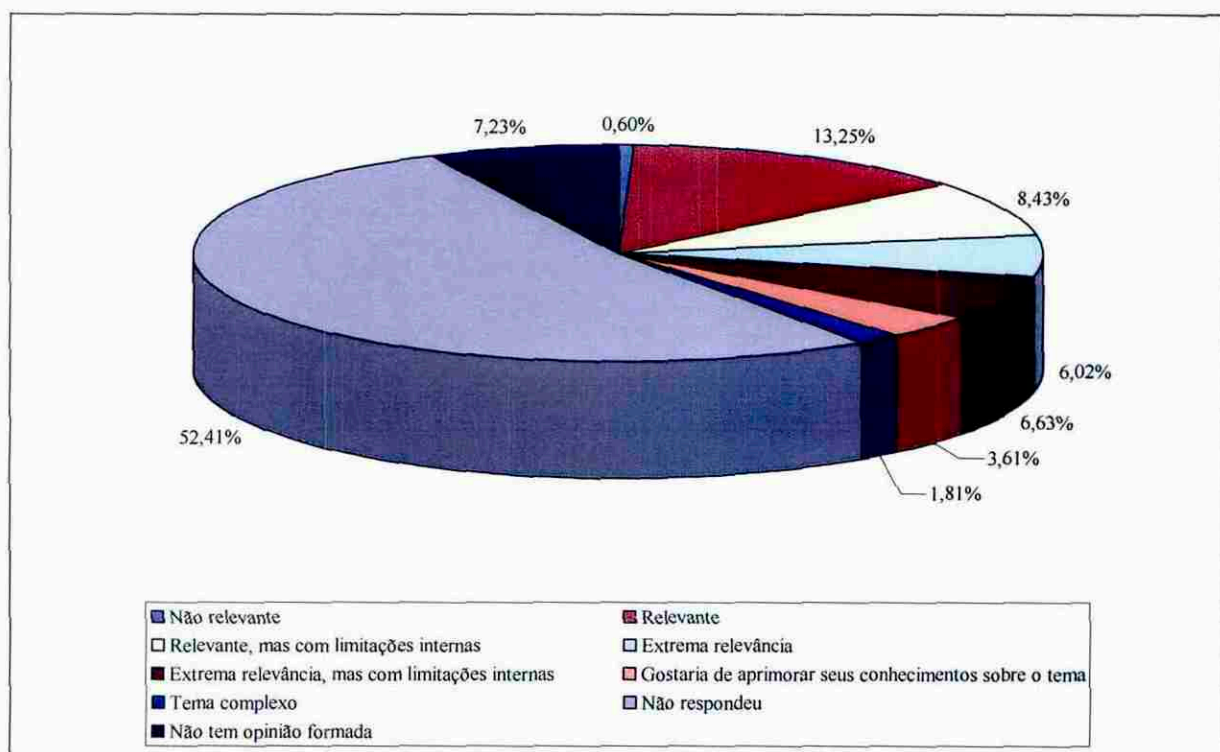
forma geral, 42,77% dos colaboradores entrevistados considerou regular, 34,94% avaliaram como bom, 9,64% consideraram como ruim, 5,42% como péssimo, 5,42% não tinham opinião a respeito deste assunto, e apenas 1,81% avaliaram os serviços prestados de forma geral como ótimo.

### Questão 9: Qual é a sua opinião sobre o tema?

Opinião sobre o tema	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não relevante	1	0,60%
Relevante	22	13,25%
Relevante, mas com limitações internas	14	8,43%
Extrema relevância	10	6,02%
Extrema relevância, mas com limitações internas	11	6,63%
Gostaria de aprimorar seus conhecimentos sobre o tema	6	3,61%
Tema complexo	3	1,81%
Não respondeu	87	52,41%
Não tem opinião formada	12	7,23%
Totais	166	100,00%

**Tabela 12:** Distribuição dos colaboradores em relação a sua opinião sobre o tema.

Fonte: Dados primários (2007).



**Gráfico 16:** Distribuição dos colaboradores em relação a sua opinião sobre o tema.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Em relação à opinião sobre o tema, 52,41% dos colaboradores não responderam esta questão; 13,25% responderam que acharam o tema relevante; 8,43% consideraram o tema relevante, mas com limitações externas; 7,23% não tinham opinião

formada sobre o assunto; 6,63% consideraram o tema de extrema relevância, mas com limitações internas; 6,02% responderam que o tema era de extrema relevância; 3,61% dos colaboradores gostariam de aprimorar os seus conhecimentos nesta área; 1,81% consideraram o tema complexo, e apenas 0,60% responderam que o tema não era relevante.

Entre as limitações relatadas pelos colaboradores, destacaram-se a escassez de recursos na área financeira, de pessoal e de apoio para o êxito deste processo. Alguns colaboradores evidenciaram a burocratização no processo de tomada de decisão como fator limitante. O comprometimento e o engajamento institucional, desde os dirigentes até os colaboradores de áreas finalísticas ou não, foi destacado, também, como essencial para o sucesso deste processo.

Com o propósito de avaliar a interação entre duas variáveis, foram realizados cruzamentos entre as questões 1 e 8, e 7 e 8. O cruzamento entre as questões 1 e 8 foi representado conforme Tabela 13, e verifica a relação entre as variáveis idade e a avaliação dos serviços prestados pela instituição em que trabalha, no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral. O cruzamento entre as questões 7 e 8 foi evidenciado na Tabela 14, e verifica a relação entre as variáveis se o colaborador já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA) e a avaliação dos serviços prestados pela instituição em que trabalha, no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral.



**Cruzamento de variáveis: questão 1 e questão 8**

Avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral														
Idade	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Ótimo		Não tenho opinião a respeito deste assunto		Totais	
	18 a 27 anos	1	10,00%	2	20,00%	3	30,00%	2	20,00%	0	0,00%	2	20,00%	10
	11,11%	0,60%	12,50%	1,20%	4,23%	1,81%	3,45%	1,20%	0,00%	0,00%	22,22%	1,20%	6,02%	
28 a 37 anos	4	11,43%	8	22,86%	13	37,14%	7	20,00%	0	0,00%	3	8,57%	35	100,00%
	44,44%	2,41%	50,00%	4,82%	18,31%	7,83%	12,07%	4,22%	0,00%	0,00%	33,33%	1,81%	21,08%	
38 a 47 anos	1	1,61%	5	8,06%	30	48,39%	24	38,71%	1	1,61%	1	1,61%	62	100,00%
	11,11%	0,60%	31,25%	3,01%	42,25%	18,07%	41,38%	14,46%	33,33%	0,60%	11,11%	0,60%	37,35%	
48 a 57 anos	3	5,56%	0	0,00%	23	42,59%	24	44,44%	2	3,70%	2	3,70%	54	100,00%
	33,33%	1,81%	0,00%	0,00%	32,39%	13,86%	41,38%	14,46%	66,67%	1,20%	22,22%	1,20%	32,53%	
mais de 58 anos	0	0,00%	1	20,00%	2	40,00%	1	20,00%	0	0,00%	1	20,00%	5	100,00%
	0,00%	0,00%	6,25%	0,60%	2,82%	1,20%	1,72%	0,60%	0,00%	0,00%	11,11%	0,60%	3,01%	
Totais	9	5,42%	16	9,64%	71	42,77%	58	34,94%	3	1,81%	9	5,42%	166	100,00%
	100,00%	5,42%	100,00%	9,64%	100,00%	42,77%	100,00%	34,94%	100,00%	1,81%	100,00%	5,42%	100,00%	100,00%

**Tabela 1:** Distribuição dos colaboradores por idade em função da avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços prestados.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Optou-se por confrontar estas duas variáveis, idade e a avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral, no intuito de verificar se os colaboradores mais jovens possuíam opiniões contrárias aos que tinham mais idade, em razão de estarem inseridos em uma cultura mais aberta a liberdade de expressão e serem, desta forma, normalmente mais críticos.

Na tabela 13, destacaram-se que em cada faixa etária, o maior percentual dos respondentes caracterizou os serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral como regular. Caso não fosse considerada a neutralidade e a não opinião formada, caracterizando-se somente os aspectos de avaliação destituídos da neutralidade: péssimo e ruim, e bom e ótimo, em relação à variável, percebeu-se que na faixa etária de 18 a 27 anos, obtiveram-se 30% e 20% respectivamente, na faixa etária de 28 a 37 anos, obtiveram-se 34,29% e 20% respectivamente, na faixa etária de 38 a 47 anos, obtiveram-se 9,67% e 40,32% respectivamente, na faixa etária de 48 a 57 anos, obtiveram-se 5,56% e 48,14% respectivamente, o que poderia caracterizar, em parte, o argumento de inter-relacionamento. No entanto, quando se considera a faixa etária superior a 58 anos, os percentuais voltam a se equilibrar, considerando-se 20% em ambos os aspectos. Desta forma, foi possível concluir que a variável idade não influenciou na avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar.

Vale salientar que a maioria dos entrevistados, 90,96%, possuía faixa etária compreendida entre 28 a 57 anos, sendo que 37,35% tinham 38 a 47 anos, 32,53% tinham 48 a 57 anos, e 21,08% possuíam faixa etária de 28 a 37 anos. Apenas 9,03% dos entrevistados possuíam faixa etária nos pólos extremos desta variável, sendo que 6,02% tinham idade entre 18 a 27 anos, e 3,01% tinham mais de 58 anos de idade.

Destaca-se ainda, que a grande maioria dos respondentes, 77,71%, avaliou os serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha de forma geral, entre regular (42,77%) e bom (34,94%). Outros 9,64% dos respondentes avaliaram como ruim, 5,42% como péssimo, 5,42% não tinham opinião formada a respeito deste assunto, e apenas 1,81% avaliaram os serviços prestados como ótimo.

Cruzamento de variáveis: questão 7 e questão 8

Já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar	Avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral												
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Não tenho opinião a respeito deste assunto		Totais					
Sim	2 4,17%	6 12,50%	20 41,67%	18 37,50%	1 2,08%	1 2,08%	48 100,00%						
	22,22%	1,20%	37,50%	3,61%	28,17%	12,05%	31,03%	10,84%	33,33%	0,60%	11,11%	0,60%	28,92%
Não	7 5,93%	10 8,47%	51 43,22%	40 33,90%	2 1,69%	8 6,78%	118 100,00%						
	77,78%	4,22%	62,50%	6,02%	71,83%	30,72%	68,97%	24,10%	66,67%	1,20%	88,89%	4,82%	71,08%
Totais	9 5,42%	16 9,64%	71 42,77%	58 34,94%	3 1,81%	9 5,42%	166 100,00%						
	100,00%	5,42%	100,00%	9,64%	100,00%	42,77%	100,00%	34,94%	100,00%	1,81%	100,00%	5,42%	100,00%

**Tabela 1:** Distribuição dos colaboradores por se já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em função da avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços prestados.

Fonte: Dados primários (2007).

**Comentários:** Confrontaram-se estas duas variáveis, se o colaborador já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e a avaliação dos serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha, no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral, no intuito de identificar se os colaboradores que já conheciam o manual apresentavam percepções de conceito de qualidade distintas em relação aos colaboradores que não conheciam o manual.

Na tabela 14, ressaltou-se que em cada opção de resposta sim ou não em relação ao conhecimento do manual, o maior percentual dos respondentes caracterizou os serviços prestados pela instituição hospitalar em que trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral, como regular. Caso não fosse considerada a neutralidade e a não opinião formada, caracterizando-se somente o aspecto de avaliação destituídos da neutralidade: péssimo e ruim e, bom e ótimo em relação à variável, percebeu-se que na opção de resposta sim, obtiveram-se 16,67% e 39,58% respectivamente, e os colaboradores que não conhecem o manual, obtiveram-se 14,40% e 35,59% respectivamente. Desta forma, concluiu-se que a variável se o colaborador já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, particularmente nesta pesquisa, não influenciou na avaliação dos colaboradores em relação aos serviços prestados na instituição hospitalar.

#### **4.4 Aplicabilidade do sistema de gestão da qualidade sob a perspectiva do manual**

Os resultados da coleta de dados evidenciaram que a organização apresenta muitos pontos que precisam ser revistos, pois não são considerados como evidências objetivas de garantia da qualidade dos serviços assistenciais prestados para o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

Segundo Brasil (2002), a coleta de evidências objetivas pela equipe de avaliadores da ONA pode ser obtida por meio de entrevistas, no entanto, elas devem ser comprovadas por outras fontes como observação física, entrevista com profissionais operacionais dos serviços, medições e registros; exame de documentos; observação das atividades e condições nas áreas de interesse.

Muitas evidências relatadas nas entrevistas não puderam ser comprovadas, em função do fator de limitação de tempo para a realização do estudo, ou em decorrência de a instituição não dispor de rotinas sistemáticas e indicadores para a adequada avaliação do sistema.

Normalmente, a organização forma equipes de trabalho para a resolução de problemas e implementação de melhorias para assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados e, como já foi citado pela Gerente da instituição em outro momento no trabalho, a escassez de pessoal acaba resultando em respostas mais ágeis a determinados problemas e menos tempo para planejamento.

Apesar de o hospital contar com programas destinados a melhoria da qualidade que não sejam sistematizados, mas que sejam resolutivos, esses não são considerados como evidências objetivas para o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA). No entanto, isto não significa dizer que o hospital não possui um atendimento assistencial de qualidade, e sim que ele deve sistematizar os seus programas de qualidade e buscar o aprimoramento contínuo de suas atividades para futuramente obter certificações de qualidade em reconhecimento ao mérito de suas atividades.

As principais dificuldades encontradas na organização a respeito da garantia da qualidade dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), dentre os fatores expostos por Roessler et al. (2005) foram: o desconhecimento do processo por grande parte dos colaboradores, a capacitação do corpo funcional, custos e política de investimentos, e estrutura física antiga.

Nas entrevistas realizadas com os gestores, percebeu-se que esses conheciam ferramentas gerenciais para o melhoramento contínuo da qualidade e também conheciam as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA). No entanto, ressaltaram que alguns fatores limitavam a sistematização dessas ferramentas, como profissionais pouco capacitados para desenvolver atividades nesta área específica, para formar comissões e orientar o processo, além da resistência de alguns profissionais às mudanças.

O desconhecimento do processo de Acreditação por grande parte dos profissionais foi evidenciado por meio de pesquisa de campo, no qual se constatou que 71,08% nunca tinham ouvido falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. O conhecimento do manual possibilita aos profissionais uma avaliação sistêmica da conformidade de todos os serviços da área de saúde, resultando em uma assistência mais humana e qualificada aos seus clientes.

Evidenciou-se, ainda, conforme entrevista realizada e constatado com a pesquisa de campo que 64,46% dos entrevistados nunca utilizaram métodos ou ferramentas de gestão da qualidade, fator que pode estar associado ao grau de escolaridade, pois normalmente estas ferramentas são ministradas em cursos de nível superior. Dentre os colaboradores entrevistados, apenas 17,47% possuem nível superior.



Além disso, durante a entrevista, a Gerente ressaltou que a instituição não possuía nenhum profissional capacitado para desenvolver as atividades de promoção e incorporação da qualidade nos processos organizacionais, o que compromete o sistema, uma vez que a maioria dos profissionais não tem o hábito de utilizar ferramentas de gestão nesta área.

Assim, o hospital deveria fomentar a educação continuada e permanente de seus colaboradores voltados à área da qualidade nos serviços assistenciais divulgando métodos e ferramentas para a melhoria dos processos gerenciais e gestão da qualidade e, além disso, divulgar o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), ressaltando todos os benefícios que a organização pode alcançar mediante suas diretrizes.

Capacitar um profissional para desenvolver as atividades de promoção e incorporação de qualidade na instituição é essencial para coordenar as atividades pertencentes a essa área, bem como criar comissões para atender às atividades do programa de qualidade. A educação continuada nesta área pode impulsionar o número de projetos ou iniciativas para a melhoria da qualidade na instituição.

Como a organização possui profissionais de diversos níveis de escolaridade, deve-se realizar todo um preparo para iniciar o tema e conduzi-lo de forma lenta e gradual para não causar constrangimento aos colaboradores que não conseguirem acompanhar de imediato. É um processo longo e que exige educação permanente, porém, se for bem administrado agregará importantes benefícios à organização.

Mesmo que em um futuro próximo a organização não consiga obter a certificação de organização acreditada concedida pela ONA, por escassez de recursos de diversas naturezas, o simples fato de a instituição promover a capacitação e o desenvolvimento de seu quadro funcional enfatizando as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) e a respeito de ferramentas de gestão da qualidade, provavelmente efetuará uma mudança de pensamento no quadro de colaboradores, ocasionando uma melhoria de processos na instituição.

A escassez de recursos sejam eles na área financeira, material, de pessoal, entre outras, é um grande fator limitante. Observou-se, ainda, que a falta de recursos de pessoal, físicos e financeiros podem comprometer a qualidade dos serviços assistenciais prestados. Verificou-se, também, o comprometimento dos colaboradores que, em meio a escassez de recursos, realizam o trabalho com empenho e dedicação incondicional.

A organização precisa estruturar projetos de melhoria da qualidade na área hospitalar, que resultem em melhorias constatáveis e evidentes a todos os envolvidos neste processo, e procurar parcerias com iniciativas privadas ou organizações do terceiro setor para a implantação dos mesmos ou até mesmo, contar com o apoio de órgãos governamentais.



Assim como existe a escassez de recursos, a estrutura física da organização é muito antiga o que pode ser considerado como um fator limitante à qualidade dos serviços assistenciais prestados. Pôde-se perceber durante as entrevistas e visitas realizadas, algumas áreas críticas como o Setor de Emergência, em que, por vezes, os pacientes ficam alocados em macas pelos corredores aguardando um leito disponível.

Contudo, os dirigentes têm absoluta consciência desse fator condicionante, e os mesmos vêm trabalhando de forma contínua para a readequação da infra-estrutura hospitalar. A mesma possível solução a escassez de recursos se aplica a esse fator limitante: procurar parcerias com iniciativas privadas para a implantação de projetos destinados a melhoria das estruturas ou até mesmo contar com o apoio de órgãos governamentais.

Os programas destinados à melhoria de qualidade devem ser sistematizados e documentados para que a instituição atinja a conformidade com os requisitos do cliente e na busca da melhoria contínua, forneça treinamento adequado, obtenha evidência objetiva e avalie a eficácia do sistema e na contínua adequação do mesmo (ABNT, 2005).

Constatou-se ainda, na pesquisa realizada com colaboradores que 50,60% nunca ouviram falar a respeito de um projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade, em contrapartida, 45,78% já ouviram falar ou participaram do projeto, o que denota que os projetos não são amplamente divulgados a todos os setores da organização. Ainda em relação aos colaboradores que já ouviram falar ou participaram de alguma iniciativa para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, 46,05% responderam que este alcançou os resultados desejados, 31,58% mencionaram que este não alcançou o seu propósito, e 19,74% não sabem se o projeto alcançou os resultados almejados. Neste sentido, a instituição precisa rever a resolutividade desses projetos e os meios de comunicação de seus resultados a toda instituição.

A formação de comissões de Prontuários e de Análise de Óbitos, e a sua devida sistematização, são fatores relevantes para a melhoria da assistência prestada. Durante as entrevistas, constatou-se que o hospital está digitalizando os prontuários, o que facilitará o seu acesso aos principais interessados e fomentará a análise dos mesmos, no entanto, a formação de uma comissão que os discuta periodicamente é essencial, bem como para análise de óbitos.

Avaliar a satisfação dos clientes ambulatoriais e internados em relação à assistência recebida é fator de extrema relevância, pois a razão de ser do hospital, caracterizado em sua missão é “prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados”. Neste sentido, ela precisa avaliar se a sua missão está sendo atendida, ou seja, se o seu modelo de assistência

está atendendo as necessidades implícitas e explícitas de seus clientes internos (colaboradores) e externos à organização.

Algumas iniciativas neste sentido já foram introduzidas, como a pesquisa de satisfação de clientes internos e externos em relação à qualidade de refeições. No entanto, esse tipo de pesquisa deve ser realizada em outras áreas, como por exemplo, a avaliação dos pacientes em referência à qualidade da assistência prestada. Mezomo (1995) apresenta em seu livro um modelo de questionário de avaliação dessa categoria que foi apresentado de forma clara e precisa pelo autor, e se esse instrumento for aplicado, pode evidenciar os pontos fracos e fortes dessa categoria e assim, fomentar medidas resolutivas em relação aos aspectos falhos da organização.

A qualidade em serviços de saúde só é garantida, na visão de Donabedian (apud MALIK, 2005, p. 356) “por meio de monitoramento caso haja de fato compromisso com este atributo, em todos os níveis da organização e não simplesmente como resposta a estímulos externos”.

Desta forma, estabelecer indicadores para mensurar a qualidade da assistência deve ser utilizado continuamente, e, o uso destes indicadores deve contribuir para a análise crítica dos processos, procedimentos e resultados organizacionais.

O planejamento estratégico que a organização realizou há três anos atrás se apresentou na forma de resquícios na mente dos colaboradores. Dos entrevistados, 53,61% afirmaram conhecer a missão, objetivos e metas ou partes destes; em relação ao questionamento se a definição da missão, objetivos e metas institucionais são essenciais para a garantia da qualidade dos serviços institucionais prestados 75,28% afirmaram que acreditam nesta afirmação. Neste sentido, denota-se que por mais que o planejamento estratégico não seja revisado constantemente de maneira formal, os colaboradores acreditam no seu potencial de resolutividade para a melhoria da qualidade na organização.

A questão formulada aos colaboradores em relação a principal ferramenta gerencial que deve proceder ao processo de Acreditação, constatou que 37,50% dos colaboradores que já conheciam ou tinham ouvido falar do manual responderam como opção de resposta o planejamento estratégico. Entender a razão de ser da instituição, definir seus objetivos e metas para alcançá-los, traçar a sua visão de futuro, são fatores de extrema relevância para a melhoria da qualidade dos serviços assistenciais prestados. O hospital precisa compreender este processo dinâmico e realizá-lo com afinco e dedicação incondicional para poder reestruturar seus processos e alcançar os seus objetivos estabelecidos neste processo.

O processo de Acreditação é uma ferramenta de gestão que possibilita a organização hospitalar diagnosticar o estágio atual da qualidade de seus serviços assistenciais prestados e identificar os pontos que necessitam de melhorias e os pontos que estão sendo resolutivos. Dos colaboradores que participaram da pesquisa de campo, 52,41% não responderam a questão que solicitava a manifestação de opinião sobre o tema, talvez por não dispuser de tempo ou por sentir-se inseguro em relação à exposição de suas idéias em forma de questão aberta. No entanto, 13,25% consideraram o tema relevante, 8,43% consideraram-no relevante, mas com limitações internas, e apenas 0,60% não o consideraram relevante, fato que leva aos gestores a repensarem na aplicabilidade dos padrões e itens de orientação na instituição analisada.

Enfim, constatou-se que o sistema de gestão de qualidade da instituição analisada não se enquadra no modelo proposto pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) nível 1 e, conseqüentemente, aos demais níveis 2 e 3, por todos os motivos elencados acima. No entanto, ressalta-se que isto não significa dizer que seus serviços assistenciais não são prestados com qualidade, até mesmo porque, no entender de Mezomo (1995, p. 22) a certificação hospitalar “não garante, por si, que os serviços prestados sejam de qualidade; ela indica somente que os serviços têm condições de produzi-la, caso assim o desejem”.

Neste contexto, o Quadro 8 apresentou uma síntese das ações a serem tomadas pela instituição para que a assistência se torne mais próxima da proposta pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

Plano de ação	
Ação	Objetivo
conscientização dos colaboradores	os colaboradores precisam compreender a importância do seu papel na melhoria contínua da qualidade dos serviços assistenciais prestados para participarem ativamente desse processo
capacitar os colaboradores e fomentar a educação continuada para a área da qualidade e a respeito do processo de Acreditação Hospitalar	possibilitar que os colaboradores aprimorem as suas rotinas de trabalho em prol da melhoria da qualidade dos serviços assistenciais prestados, inclusive que os mesmos se familiarizem com o tema Acreditação Hospitalar para auxiliar no processo de obtenção de certificação futuro
sistematizar e documentar os programas destinados à melhoria da qualidade	a sistematização e documentação desses programas possibilitam a organização um maior controle sobre o desempenho e eficácia dos mesmos e, além disso, a sistematização e documentação são considerados como evidências objetivas para a certificação na área de Acreditação Hospitalar
instituir comissões de Prontuário e de Análise de Óbitos	fomentar a qualidade dos serviços assistenciais prestados por meio da avaliação dessas comissões a respeito da análise dos dados obtidos de forma sistematizada e documentada
avaliar a satisfação dos clientes ambulatoriais e internados em relação à assistência recebida	a avaliação pode identificar pontos que precisam ser aprimorados na instituição com o objetivo de contribuir para uma melhoria na assistência prestada na área da saúde à população
estabelecer indicadores para mensurar a qualidade da assistência	para auxiliar na análise crítica dos processos, procedimentos e resultados organizacionais
utilizar o Planejamento Estratégico como ferramenta gerencial	a instituição precisa definir seus objetivos e os meios para o alcance desses, bem como avaliar continuamente esse sistema, com o intuito de promover uma melhoria contínua na qualidade de seus serviços assistenciais prestados

**Quadro 8:** Plano de ação.

**Fonte:** Dados primários (2007).

As soluções propostas são baseadas de acordo com os resultados obtidos da pesquisa e fruto da análise da base teórico-empírica em confronto com a prática vivenciada na instituição hospitalar. Para que as sugestões possam ser aplicadas na organização é essencial que o processo de ação seja norteado por um bom planejamento, organização durante toda a etapa de execução, controle para verificar se o processo está alcançando os resultados almejados, e direção, a fim de estar preparado para possíveis mudanças e adaptações no processo.

Neste contexto, no quinto capítulo foram apresentadas as conclusões e recomendações evidenciadas por intermédio da realização deste estudo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram apresentadas as conclusões e recomendações decorrentes da realização deste estudo.

### 5.1 Conclusões

O contexto organizacional no qual estamos inseridos denota a necessidade de procurar formas de fidelizar os clientes para garantir um lugar no mercado de âmbito global. Não obstante, na área da saúde, o diferencial competitivo é aliado à necessidade de respeitar os direitos éticos, morais e físicos dos clientes, prestando uma assistência alicerçada ao comprometimento de uma prestação de serviços que respeite esses aspectos, voltada para a excelência.

A limitação de recursos de característica pessoal e financeira na área de saúde pública compromete o sistema de gestão da qualidade destas instituições. Com a escassez de recursos, os administradores hospitalares têm um grande desafio a enfrentar: gerir a instituição com processos antagônicos, ou seja, assegurar a qualidade dos serviços com recursos limitados.

Diante disso, os clientes cobram dos colaboradores destas unidades uma dedicação incondicional para suprir as carências não atendidas. Assim, os colaboradores estão constantemente propensos a desacatos, diante das situações críticas vivenciadas nos hospitais públicos.

Neste contexto, o propósito da realização de uma pesquisa nesta área estava voltado em como um hospital público, mesmo diante de suas limitações internas, pudesse utilizar os preceitos descritos pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) das instituições de saúde para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Constatou-se através das entrevistas e pesquisa de campo que os recursos são fatores limitantes neste processo. Dificuldades de outras ordens foram evidenciadas na organização em estudo, como o desconhecimento do processo de Acreditação por grande parte dos colaboradores, a capacitação do corpo funcional e a estrutura física antiga da instituição.

Soluções para cada problema identificado foram propostas, contudo, percebe-se que em algumas destas iniciativas, não são necessários muitos recursos, no entanto, precisam de



colaboradores que disponham de tempo e sejam proativos para a melhoria da qualidade dos serviços assistenciais prestados.

Os gestores durante as entrevistas, demonstraram ser conscientes das limitações da organização em relação ao gerenciamento da qualidade. Porém, conceber um processo de melhoria contínua requer mudanças, e quando se fala em mudanças, independente do segmento de atuação, sempre pode haver resistências.

Para vencer as resistências e, para que a organização possa aprimorar continuamente seu sistema de gestão da qualidade, a direção precisa conscientizar os seus colaboradores da importância da participação desses no processo, bem como proporcionar capacitação adequada para que os mesmos compreendam o seu papel no processo de melhoria contínua.

Padronizar documentos, instituir comissões, estabelecer indicadores de desempenho e exercer o monitoramento contínuo dos mesmos, além de realizar pesquisas de satisfação em diversas áreas da instituição são essenciais para o processo de gestão da qualidade. No entanto, diante da escassez de recursos, algumas iniciativas voltadas para estas áreas ficam comprometidas.

Assim, as organizações hospitalares precisam superar as suas limitações a fim de que possam prestar uma assistência aos seus clientes de forma mais humana. Evidenciou-se neste trabalho que o hospital analisado não se enquadra em sua plenitude a um padrão estabelecido pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) no que tange à subseção Gestão da Qualidade. No entanto, mais uma vez enfatiza-se que isto não significa dizer que o hospital não possui um modelo assistencial norteado por qualidade. As contribuições dos funcionários e a dedicação incondicional em meio às limitações de recursos de diversas áreas superam, por vezes, a atenção dispensada pelos órgãos das esferas governamentais.

## **5.2 Recomendações**

Após as conclusões desta pesquisa, sugere-se que sejam realizados outros estudos na área de Acreditação na instituição, considerando as demais seções e subseções do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA) que não foram utilizadas como ferramenta de análise, como direção e liderança, gestão de pessoas, gestão administrativa e financeira, gestão de materiais e suprimentos, entre outros, para avaliar a instituição em sua plenitude, conforme as orientações do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).

## REFERÊNCIAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Sistemas de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulários. Requisitos. NBR ISO/9000.** Rio de Janeiro: ABNT, 2005.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, abr. 2004.

\_\_\_\_\_. **Resolução RDC n. 306, de 07 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 06 outubro 2007.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** 5. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais n<sup>os</sup> 1/92 a 44/2004 e pelas emendas constitucionais de revisão n<sup>os</sup> 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

\_\_\_\_\_. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Secretaria de Políticas de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Secretaria de Assistência à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **O SUS de A a Z: Humaniza SUS.** Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico\\_det.php?co\\_topico=412&letra=H](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=412&letra=H)>. Acesso em: 06 outubro 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2616, de 12 de maio de 1998.** Dispõe de diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=482&word=>>>. Acesso em: 06 outubro 2007.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total** (no estilo japonês). Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1992.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Éditions École Nationale de la Santé Publique. Versão Brasileira, 1995.

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação. **Informações sobre o Consórcio Brasileiro de Acreditação**. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/site/empresa.php>>. Acesso em: 19 maio 2007.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. dos. **Administração hospitalar: fundamentos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

COSTA NETO, P. L. de O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 1977.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3. ed. ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

DRUMMOND, H. **Movimentando pela qualidade: de que o gerenciamento de qualidade total realmente se trata**. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualiymark, 1992.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HALL, R. H. **Organizações: estruturas e processos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total: à maneira japonesa/ tradução de Iliana Torres**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MALIK, A. M. Quem é o responsável pela qualidade na saúde? **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 351-364, mar./abr. 2005.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARSHALL JR. et al. **Gestão da qualidade**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 5. ed. ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos**. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: J. C. Mezomo, 1995.

\_\_\_\_\_. **Qualidade hospitalar: reinventando a administração do hospital**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MORAES, L. de. Cinco anos de sentinela. **Jornal rede Sentinela ANVISA Hospital Governador Celso Ramos**, Florianópolis, 2. ed., out./nov. 2007.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. **Informações sobre o processo de Acreditação Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/>>. Acesso em: 07 abril 2007.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manuais/index.asp>>. Acesso em: 01 out. 2007.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. **Normas para o processo de avaliação: avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manuais/index.asp>>. Acesso em: 01 out. 2007.

RIBEIRO FILHO, J. F. **Controladoria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

ROCHI, C. Apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**. Rio de Janeiro: CFC, n. 41, 1998.

ROESSLER, I. et al. **Talsa Multiplicadores: acreditação**. Brasília: ONA, 2005.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANCHEZ, K. R. **Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares**. 2003. 260f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Cursos de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Lei complementar n. 363, de 02 de março de 2006**. Estabelece estrutura de carreira, reestrutura o sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde e estabelece outras providências. Disponível em: <<http://server01.pge.sc.gov.br/legislacaoestadual/2006/000323-010-0-2006-001.htm>>. Acesso em: 06 outubro 2007.

SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Portaria n. 159/SES, de 28 de março de 2006**. Estabelece a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde e estabelece outras providências. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, n. 17.854, 30 de março de 2006.

SILVA, E. M. da et al. **Estatística: para os cursos de economia, administração e ciências contábeis**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

SOARES, E. **Metodologia científica: lógica, epistemologia e normas**. São Paulo: Atlas, 2003.



## APÊNDICE A – Questionário aplicado aos colaboradores da instituição hospitalar estudada

O presente questionário foi elaborado por uma acadêmica do Curso de Administração, da Universidade Federal de Santa Catarina, 9ª fase, e tem por objetivo coletar dados referentes às opiniões dos colaboradores em relação à garantia da qualidade dos serviços prestados nesta unidade hospitalar dentro do que apregoa o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Para que os resultados desta pesquisas sejam confiáveis, peço que responda todas as questões, assinalando apenas uma alternativa para cada questão.

**Salientamos que os dados aqui coletados são sigilosos e servem apenas para uma abordagem estritamente acadêmica.**

Certo de sua atenção agradeço a sua colaboração.

### 1 Qual a sua idade?

- 18 a 27 anos  
 28 a 37 anos  
 38 a 47 anos  
 48 a 57 anos  
 mais de 58 anos

### 2 Qual o seu estado civil?

- Solteiro  
 Casado  
 Divorciado  
 Separado  
 Outros

### 3 Qual o grau de escolaridade exigido por sua competência (cargo)?

- Analfabeto / Fundamental ciclo I (1ª a 4ª incompleto)  
 Fundamental ciclo I (1ª a 4ª) Completo / Fundamental ciclo II (5ª a 8ª) Incompleto  
 Fundamental ciclo II (5ª a 8ª) Completo / Ensino Médio Incompleto  
 Ensino Médio Completo / Superior Incompleto  
 Superior completo

### 4 Você conhece a missão, os objetivos e as metas institucionais (Se a resposta for não pule para a questão nº 5)?

- Conheço somente a missão  
 Conheço somente os objetivos  
 Conheço somente as metas institucionais  
 Conheço a missão e os objetivos  
 Conheço a missão e as metas institucionais  
 Conheço os objetivos e as metas institucionais  
 Conheço todos  
 Não conheço

### 4.1 Você acredita que a missão, os objetivos e as metas institucionais são importantes para garantir a qualidade dos serviços prestados pela instituição?

- Acredito que somente a missão é importante  
 Acredito que somente os objetivos são importantes  
 Acredito que somente as metas institucionais são importantes  
 Acredito que a missão e os objetivos são importantes  
 Acredito que a missão e as metas institucionais são importantes  
 Acredito que os objetivos e as metas institucionais são importantes  
 Acredito que todos são importantes  
 Não formei opinião sobre este assunto

### 5 Você já ouviu falar ou participou de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos (Se a resposta for sim responda a questão nº 5.1, caso contrário pule para a questão nº 6)?

- Sim  
 Não  
 Não sei  
 Não lembro

### 5.1 O projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade alcançou os resultados desejados?

- Sim  
 Não  
 Não sei  
 Não lembro

**6** Você já utilizou algum método ou ferramenta de gestão da qualidade?

- ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não  
 ( ) Não sei  
 ( ) Não lembro

**7** Você já ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (Se a resposta for sim responda a questão nº 7.1, caso contrário pule para a questão nº 8)?

- ( ) Sim  
 ( ) Não

**7.1** Em qual meio você ouviu falar sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar?

- ( ) Na instituição em que trabalho  
 ( ) Na mídia televisiva  
 ( ) Em cursos/palestras/seminários  
 ( ) Em revistas/jornais  
 ( ) Através de colegas  
 ( ) Outros  
 ( ) Não lembro

**7.2** Você acredita que se a instituição seguir as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ela pode assegurar a qualidade dos serviços assistenciais prestados?

- ( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Não formei opinião a respeito deste assunto

**7.3** Qual a principal ferramenta gerencial que na sua percepção deve anteceder o processo de Acreditação Hospitalar?

- ( ) Árvore de Decisão  
 ( ) Diagrama de Causa e Efeito "Espinha de peixe"  
 ( ) Diagnóstico Organizacional  
 ( ) Planejamento Estratégico  
 ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não tenho opinião a respeito deste assunto

**8** Como você avalia os serviços prestados pela instituição hospitalar em que você trabalha no que tange aos aspectos voltados a qualidade dos serviços de forma geral?

- ( ) Péssimo  
 ( ) Ruim  
 ( ) Regular  
 ( ) Bom  
 ( ) Ótimo  
 ( ) Não tenho opinião a respeito deste assunto

**9** Qual é a sua opinião sobre o tema?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Obrigada por sua colaboração!

**ANEXO A - Padrões obrigatórios para todas as instituições de saúde: seção Garantia da Qualidade do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**

**A – PADRÕES OBRIGATÓRIOS PARA TODAS AS INSTITUIÇÕES**

**3 – Garantia da Qualidade**

**Nível 1**

22. Há atualização periódica dos prontuários funcionais de todos os profissionais e do registro de certificados de habilitação especializada?

( ) Sim ( ) Não

Verificar numa amostra aleatória de prontuários funcionais (diplomas, registros, certificados e outros).

23. Houve pelo menos um projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade executado e constatável nos últimos anos?

( ) Sim ( ) Não

Verificar relatórios do último ano.

24. Conta com comissões de:

- ética médica?

( ) Sim ( ) Não

- controle de infecção hospitalar?

( ) Sim ( ) Não

Verificar relatórios e livros de atas do último ano.

**Nível 2**

25. Um dos critérios para a admissão de profissionais técnicos de nível superior é a análise de seu currículo?

( ) Sim ( ) Não

Verificar o resultado da análise por amostragem aleatória (não se aplica a hospitais públicos com contratação centralizada).

26. Executa programas destinados à melhoria da qualidade de assistência médico-hospitalar?

( ) Sim ( ) Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação das reuniões de avaliação. Examinar atas.

27. Executa programas destinados à melhoria da qualidade do funcionamento administrativo e das áreas de apoio?

( ) Sim ( ) Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação das reuniões de avaliação. Examinar atas.

28. Conta com comissões de:

- farmácia e medicamentos?

( ) Sim ( ) Não

- prontuários?

( ) Sim ( ) Não

- análise de óbitos?

( ) Sim ( ) Não

- padronização de materiais?

( ) Sim ( ) Não

Verificar relatórios e livros de atas do último ano.

29. São elaborados levantamentos sobre a avaliação do usuário em relação à assistência recebida, através de questionários distribuídos aos pacientes da internação ou ambulatoriais?

( ) Sim ( ) Não

Verificar formulários de avaliação e análise de resultados do último ano.

### Nível 3

30. Possui grupo coordenador de gestão da qualidade com a participação de, pelo menos, representantes do corpo médico, de enfermagem e administração?

( ) Sim ( ) Não

31. A instituição realiza programas de garantia da qualidade caracterizados pelo treinamento de funcionários?

( ) Sim ( ) Não

Verificar frequência, participantes, temática e programação dos treinamentos. Examinar atas do último ano.

32. Existe uma política de desenvolvimento de recursos humanos compatível com a missão e os objetivos da instituição?

( ) Sim ( ) Não

Verificar entrevistando funcionários de diferentes níveis hierárquicos a respeito do conhecimento das metas institucionais.

33. Há evidências do uso de métodos e ferramentas de gestão da qualidade e da compreensão desses métodos pela equipe?

Sim  Não

Verificar as evidências através de entrevistas com os participantes dos programas e nos relatórios de avaliação.

34. É efetuado o levantamento do perfil epidemiológico da demanda e utilizado como instrumento de gerenciamento?

Sim  Não

Verificar relatórios do último ano.

35. Existe serviço de atendimento ao usuário que:

- realiza o atendimento?

Sim  Não

- efetua controle deste trabalho?

Sim  Não

- realiza pesquisas e levantamentos orientados para a garantia da qualidade?

Sim  Não

Verificar relatórios do último ano (pelo menos dois subitens).

36. Existe levantamento periódico da satisfação dos funcionários (trabalhadores)?

Sim  Não

Verificar relatórios do último ano.



## ANEXO B – Formulário de entrevista aplicado junto à Gerente de Administração

LISTA DE VERIFICAÇÃO					
Requisito: <b>Accreditação Hospitalar - Seção 1. Liderança e Administração</b> Subseção: 1.3 Garantia da qualidade					
Área/Grupo auditado			Data de auditoria: / /		
Pessoal Contatado					
Documentos de referência					
Nível 1					
Item	Questão	Atende			OBS.
		C	NC	NA	
1	São atualizados, periodicamente, os prontuários de todos os profissionais e registrados os certificados de habilitação especializada?				
2	Há um profissional capacitado para desenvolver as atividades de promoção e incorporação da qualidade nos processos organizacionais?				
3	É possível constatar a execução de algum projeto ou iniciativa para a melhoria da qualidade nos últimos anos?				
4	Existe constituída uma comissão, grupo ou secretaria executiva para atender as atividades do programa de qualidade?				
5	A instituição apresenta em sua estrutura Comissão de Ética Médica que se reúne periodicamente?				
6	A instituição apresenta em sua estrutura Comissão de Controle de Infecção hospitalar que se reúne com periodicidade?				
Nível 2					
7	Um dos critérios para a admissão de profissionais técnicos de nível superior é a análise de currículo?				
8	Há evidências da existência de programas destinados à melhoria da qualidade de assistência médico-hospitalar?				
9	São executados programas destinados à melhoria de qualidade do funcionamento administrativo e das áreas de apoio?				
10	Há evidências da atuação de Comissão de Farmácia e Medicamentos?				
11	Há evidências da atuação de Comissão de Prontuários?				
12	Há evidências da atuação de Comissão de Análise de Óbitos?				
13	Há evidências da atuação de Comissão de Padronização de Materiais?				
14	São distribuídos e analisados questionários de pesquisa de satisfação em relação à assistência recebida aos clientes ambulatoriais e internados?				
15	Há evidências da atuação de grupo de trabalho capacitado para a melhoria de processos e integração institucional?				
16	É realizada a análise crítica dos processos, procedimentos e resultados organizacionais?				

LISTA DE VERIFICAÇÃO					
Requisito: <b>Accreditação Hospitalar - Seção 1. Liderança e Administração</b> Subseção: 1.3 Garantia da qualidade					
Área/Grupo auditado			Data de auditoria: / /		
Pessoal Contatado					
Documentos de referência					
Nível 3					
Item	Questão	Atende			OBS.
		C	NC	NA	
17	Verifica-se o comprometimento dos dirigentes da instituição com o processo de implantação e garantia da qualidade, através de sua participação nos grupos de trabalho e comissões?				
18	Há um processo consolidado de educação e capacitação geral para a qualidade?				
19	Existem ações corretivas e planos de melhoria, baseados em contribuições originadas do sistema de indicadores e informação institucional?				
20	Existe um sistema de informações abrangente, capaz de coletar dados em todos os serviços, setores e unidades da Instituição?				
21	São realizadas comparações de resultados com referenciais adequados e análise do impacto gerado junto à comunidade?				
22	A satisfação dos clientes internos e externos é avaliada?				
23	A instituição possui um grupo coordenador de gestão da qualidade que conta com a participação de representante do corpo médico, de enfermagem e administração?				
24	A instituição realiza programas de garantia da qualidade caracterizados pelo treinamento de funcionários?				
25	É definida uma política de recursos humanos compatível com a missão e os objetivos da instituição?				
26	Os profissionais conhecem e utilizam métodos e ferramentas para a gestão da qualidade?				
27	A análise do perfil epidemiológico da demanda é utilizada como instrumento de gerenciamento?				
28	Evidencia-se um serviço de atendimento ao usuário?				
29	O serviço de atendimento ao usuário realiza pesquisas e levantamentos orientados para a garantia da qualidade?				
Equipe auditora					
Observações					

Assinatura do Avaliador

Assinatura do responsável pela área/Grupo

## ANEXO C – Estrutura organizacional do Hospital Celso Ramos

### HOSPITAL CELSO RAMOS - HGCR

#### Estrutura Organizacional

NOMENCLATURA
<b>DIRETORIA DO HOSPITAL CELSO RAMOS</b>
Comissão de Ética Médica
Centro de Estudos
Risco Sanitário Hospitalar
Seção de Controle de Infecções Hospitalares
Apoio Gerencial I
Coordenador do Corpo Clínico
Comissão de Credenciamentos
Gestor III
Seção de Secretaria
Humanização
<b>GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO</b>
Divisão Financeira
Setor de Custos
Seção de Faturamento
Seção de Convênios
Divisão de Recursos Humanos
Setor de Administração de Pessoal
Seção de Capacitação e Treinamento
Divisão de Nutrição e Dietética
Seção de Abastecimento
Seção de Produção
Seção de Dietética
Divisão de Farmácia
Seção de Armazenagem e Controle
Seção de Armazenamento e Dispensação
Divisão de Materiais
Seção de Controle e Reposição
Divisão de Arquivo Médico e Estatística
Seção de Registro Geral
Seção de Arquivo Médico e Estatística
Divisão de Serviços Gerais
Setor de Higienização e Limpeza
Seção de Manutenção
Seção de Transporte
Seção de Portaria
Seção de Comunicação

Divisão de Processamento de Roupas
Seção de Rouparia e Costura
Setor de Informática
Setor de Planejamento
Setor de Patrimônio
Divisão de Arquivo Médico e Estatística
Setor de Atendimento ao Público
Seção de Documentos
Seção de Marcação de Exames/Consultas
Setor de Controle de Média Permanência
Seção de Prontuários
Seção de Emergência e Ortopedia
<b>GERÊNCIA TÉCNICA</b>
Seção de Unidade de Internação Cirúrgica
Seção de Emergência
Seção de Unidade de Terapia Intensiva
Seção de Unidade de Rim
Seção de Ambulatório Geral
Setor de Controle
Setor de Radiologia
Seção de Diagnóstico e Imagem
Seção de Tomografia
Setor de Serviço Social
Seção de Unidade de Terapia Semi-Intensiva
Seção de Fisioterapia
Seção de Psicologia
Seção de Fonoaudiologia
Divisão de Arquivo Médico
Setor de Centro Cirúrgico
Seção de Residência Médica
Setor de Emergência Clínica
Seção de Ética Médica
Seção de Coordenação Clínica
<b>GERÊNCIA DE ENFERMAGEM</b>
Divisão de Emergência
Divisão de Unidade de Terapia Intensiva
Divisão de Centro Cirúrgico
Setor de Aptos Clínica Médica – 7º andar
Setor de Unidade de Terapia Semi-Intensiva
Setor de Neurocirurgia
Setor de Clínica Médica Masculino e Feminino – 5º andar
Setor de Aptos Clínica Médica e Cirúrgica Masculino e Feminino – 4º andar
Setor de Clínica Cirúrgica Masculino e Feminino – 2º andar
Setor de Ortopedia
Setor de Hemodiálise
Setor de Material e Esterilização

Setor de Ambulatório
Setor de Neurologia
Seção de Supervisão Noturna 1
Seção de Supervisão Noturna 2
Seção de Supervisão Noturna 3
Seção de Supervisão Noturna 4
Seção de Supervisão Noturna 5
Seção de Supervisão Noturna 6
Divisão de Enfermagem
Setor de Educação em Serviço
Seção de Hemodiálise
Seção de Diálise Peritoneal
Setor de Secretaria
Seção de Ortopedia Ambulatorial
Seção de Ortopedia Internação