

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ÍCARO MOTTA ZARDO

NORMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: viabilidade da implantação
no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal
de Santa Catarina.

FLORIANÓPOLIS

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ÍCARO MOTTA ZARDO

NORMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: viabilidade da implantação no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina

Orientador: Prof. Dr. Rudimar Antunes da Rocha

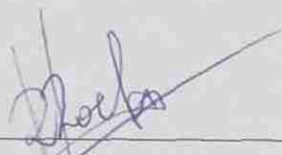
FLORIANÓPOLIS

2008

ÍCARO MOTTA ZARDO

NORMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: viabilidade da implantação no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciência da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 04 de Julho de 2008.

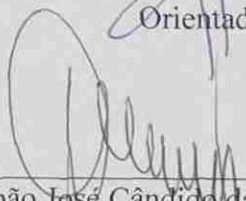


Rudimar Antunes da Rocha, Dr.
Coordenador de Estágios

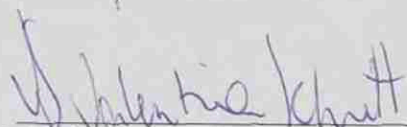
Apresentada á Banca Examinadora integrada pelos professores:



Rudimar Antunes da Rocha, Dr.
Orientador



João José Cândido da Silva, Mestre
Membro



Valentina Gomes Haensel Schmitt, Mestre
Membro

À minha irmã Monissa e minha mãe Marilise, pelo seu amor e que mesmo distantes estão sempre tão próximas.

AGRADECIMENTOS

Pelo apoio da minha família durante essa jornada
Pelas lições do meu pai Carlos
Pelo carinho dos meus avós Olírio e Maria
Pela minha bisavó Ida, por nunca ter esquecido de mim
Em memória a minha avó Nelci, um anjo na minha vida
Pelas orações da minha mãe Marilise
Pelo amor e amizade da minha namorada Juliana Martendal
Pela experiência inesquecível na Ação Júnior Consultorias
Por todos os professores na minha vida

MUITO OBRIGADO!

RESUMO

ZARDO, Ícaro Motta. **Normas De Acreditação Hospitalar:** viabilidade da implantação no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 93 f.

O setor saúde ainda tem, comparado com a área empresarial, uma tradição incipiente em termos de gestão. As tecnologias de gestão mais avançadas ainda não penetraram amplamente no setor saúde. A acreditação é uma estratégia educativa e que busca levar de uma forma acessível e prática a lógica da qualidade e da melhoria contínua para as organizações de saúde e com isso garantir uma assistência mais qualificada para população. O objetivo do presente trabalho é analisar a viabilidade da implantação das normas de acreditação hospitalar nível 1 propostas pela Organização Nacional de Acreditação no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. O nível 1, da acreditação procura avaliar a segurança dos processos assistenciais para o paciente e para os profissionais que trabalham nas organizações. A palavra chave é segurança. A organização mostra que ela realiza todos os seus processos com o rigor e a segurança necessária exigida pelas normas sanitárias e técnicas e pelas boas práticas assistenciais. Para alcance do objetivo da pesquisa, primeiramente foram coletados dados secundários na literatura referente ao temas qualidade e acreditação hospitalar. Num segundo momento foram realizadas observações e entrevistas com as chefias e funcionários tendo como base o instrumento de Diagnóstico Organizacional Simplificado proposto pela Organização Nacional de Acreditação e a legislação que dá suporte aos itens orientadores do documento. Foram utilizadas ainda algumas informações contidas na pesquisa de Clima Organizacional e Satisfação dos Usuários, ambas realizadas pelo autor deste trabalho no hospital supramencionado. O conjunto dessas informações contribuiu para os resultados dessa pesquisa que apontaram para a viabilidade do HU-UFSC iniciar o processo de acreditação após corrigir algumas não conformidades ligadas principalmente a segurança.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade, Acreditação Hospitalar, HU-UFSC.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01:	As quatro principais eras da qualidade.....	23
Quadro 02:	Outros serviços de acreditação.....	34
Quadro 03:	Seções e subseções de aplicação obrigatória para todas as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.....	35
Quadro 04:	Seções e subseções de aplicação de acordo com as características da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares.....	36
Quadro 05:	Subseção Direção e Liderança.....	39
Quadro 06:	Subseção Direção e Liderança.....	60
Quadro 07:	Subseção Gestão de Pessoas.....	61
Quadro 08:	Subseção Gestão Administrativa e Financeira.....	62
Quadro 09:	Subseção Gestão Materiais e Suprimentos.....	63
Quadro 10:	Subseção Gestão da Qualidade.....	63
Quadro 11:	Subseção Corpo Clínico.....	64
Quadro 12:	Subseção Enfermagem.....	66
Quadro 13:	Subseção Corpo Técnico-Profissional.....	66
Quadro 14:	Subseção Sistema de Informação do Cliente/Paciente.....	67
Quadro 15:	Subseção Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar.....	68
Quadro 16:	Subseção Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos.....	69
Quadro 17:	Subseção Segurança e Saúde Ocupacional.....	69
Quadro 18:	Subseção Processamento de Roupas – Lavanderia.....	70
Quadro 19:	Subseção Processamento de Materiais e Esterilização.....	72
Quadro 20:	Subseção Qualidade da Água.....	73
Quadro 21:	Subseção Materiais e Suprimentos.....	74
Quadro 22:	Subseção Higiene.....	74
Quadro 23:	Subseção Gestão da Segurança.....	75
Quadro 24:	Subseção Gestão de Projetos Físicos.....	76
Quadro 25:	Subseção Gestão da Estrutura Físico-Funcional.....	77
Quadro 26:	Subseção Gestão de Manutenção Predial.....	78
Quadro 27:	Subseção Ensino e Pesquisa.....	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Princípios orientadores para os níveis de acreditação hospitalar	31
Figura 02:	A segurança no trabalho é vista pelo HU-UFSC como importante e prioritária...	50
Figura 03:	Idade dos usuários HU-UFSC	53
Figura 04:	Sexo dos usuários HU-UFSC	54
Figura 05:	Tipo de usuário do HU-UFSC	55
Figura 06:	Classificação do HU-UFSC pelo usuário	57
Figura 07:	Caso necessário voltaria a utilizar os serviços do HU-UFSC?	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	A segurança no trabalho é vista pelo HU-UFSC como importante e prioritária..	50
Tabela 02:	Dimensão Integração HU-UFSC.....	51
Tabela 03:	Dimensão Ambiente.....	51
Tabela 04:	Dimensão Organização.....	52
Tabela 05:	Dimensão Saúde.....	52
Tabela 06:	Idade dos usuários HU-UFSC.....	53
Tabela 07:	Sexo dos usuários HU-UFSC.....	54
Tabela 08:	Tipo de usuário do HU-UFSC.....	54
Tabela 09:	Procedência do usuário HU-UFSC.....	55
Tabela 10:	Escolaridade do usuário HU-UFSC.....	56
Tabela 11:	Classificação do HU-UFSC pelo usuário.....	56
Tabela 12:	Caso necessário voltaria a utilizar os serviços do HU-UFSC?.....	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	16
1.2	Justificativas teórico-empíricas	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1	Histórico da Qualidade	20
2.1.1	Qualidade nos serviços hospitalares	24
2.2	Acreditação	26
2.2.1	Histórico da Acreditação	26
2.2.2	Histórico da Acreditação brasileira	27
2.2.3	Organização Nacional de Acreditação	29
2.2.4	Processo de Acreditação	29
2.2.5	Padrão	38
2.2.6	Ganhos com a participação	40
3	METODOLOGIA	42
3.1	Delineamento da pesquisa	43
3.2	Definição do objeto de estudo	44
3.3	Coleta de dados	45
3.4	Análise dos dados	46
3.5	Limitações da pesquisa	47
4	RESULTADOS	48
4.1	Caracterização da organização	48
4.2	Seções analisadas	58
4.3	Resultados do Diagnóstico Organizacional Simplificado	59
4.3.1	Seção Liderança e Administração	60
4.3.1.1	Subseção Direção e Liderança	60
4.3.1.2	Subseção Gestão de Pessoas	61
4.3.1.3	Subseção Gestão Administrativa e Financeira	62
4.3.1.4	Subseção Gestão de Materiais e Suprimentos	63
4.3.1.5	Subseção Gestão da Qualidade	63
4.3.2	Seção Organização Profissional	64
4.3.2.1	Subseção Corpo Clínico	64
4.3.2.2	Subseção Enfermagem	66
4.3.2.3	Subseção Corpo Técnico-Profissional	66
4.3.3	Seção Apoio Técnico	67
4.3.3.1	Subseção Sistema de Informação do Cliente/Paciente	67
4.3.3.2	Subseção Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	68
4.3.3.3	Subseção Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos	69
4.3.3.4	Subseção Segurança e Saúde Ocupacional	69
4.3.4	Seção Abastecimento e Apoio Logístico	70
4.3.4.1	Subseção Processamento de Roupas – Lavanderia	70

4.3.4.2	<i>Subseção Processamento de Materiais e Esterilização</i>	72
4.3.4.3	<i>Subseção Qualidade da Água</i>	73
4.3.4.4	<i>Subseção Materiais e Suprimentos</i>	74
4.3.4.5	<i>Subseção Higiene</i>	74
4.3.4.6	<i>Subseção Gestão da Segurança</i>	75
4.3.4.7	<i>Subseção Gestão de Resíduos</i>	76
4.3.5	Seção Infra-estrutura	76
4.3.5.1	<i>Subseção Gestão de Projetos Físicos</i>	76
4.3.5.2	<i>Subseção Gestão da Estrutura Físico-Funcional</i>	77
4.3.5.3	<i>Subseção Gestão de Manutenção Predial</i>	78
4.3.6	Seção Ensino e Pesquisa	80
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	82
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXO – LISTA DA LEGISLAÇÃO UTILIZADA	89

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade existe um interesse em relação às doenças que acometem os seres humanos. O tema saúde é foco de muita atenção, seja em momentos de doenças ou bem-estar. Com o intuito de evitar ou remediar essas doenças, o ser humano procura muitas vezes uma atenção de profissionais em farmácias, clínicas e hospitais (ROCHA, 2007c).

Inicialmente considerados locais de isolamento, os hospitais adquiriram novas missões no decorrer dos séculos. De acordo com Oliveira (1998, apud BETTIO, 2007), na Europa pós-renascimento, os hospitais eram morredouros, espaço de controle e coerção dos vadios, tendo como principal função a salvação de almas.

Foucault (1981) afirma que no século XVIII os hospitais passaram a pesquisar as doenças, acumulando, formando e transmitindo o saber. Os fenômenos patológicos eram generalizados a toda população naquele período, sendo a doença concebida como um fenômeno da natureza que se desenvolvia por uma ação particular do meio sobre o indivíduo, e, portanto, esse ambiente que circundava o doente era o principal foco de intervenção. Apenas no final do século XVIII o hospital torna-se um local destinado à cura.

A organização hospitalar é uma das mais complexas instituições atualmente, apresentando uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta. Constitui ainda espaço prático de ensino-aprendizagem e produção científica (GURGEL JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

Com o passar do tempo e a crescente preocupação na área de saúde, alguns profissionais passaram a desenvolver idéias no sentido de padronizar os atendimentos na tentativa de melhorar os resultados para com os pacientes. Esse movimento tomou força e no ano de 1951, foi criada nos Estados Unidos a Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCI. (CBA, 2008).

O movimento da qualidade originado do setor industrial desenvolveu ramos no setor de serviços com o passar do tempo. Atualmente a qualidade passa a ser um dos elementos estratégicos no mercado competitivo devido ao foco nas necessidades e expectativas dos clientes, foco esse, que passa a exigir novos modelos de administração por parte das empresas. Esse quadro lentamente começa a ser implantado também nas organizações prestadoras de serviços de saúde.

No cenário brasileiro, a data de 1999 é marcada pela criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) por profissionais da área de serviços de saúde e administradores com objetivo de elaborar um Programa Nacional de Acreditação Hospitalar, visando a melhorar a qualidade dos serviços técnicos e administrativos oferecidos aos seus pacientes/clientes (CBA, 2008). A JCI, bem como a ONA, oferecem manuais para essa padronização, que busca facilitar e guiar as empresas prestadoras de serviços da área da saúde a alcançar o grau de qualidade desejado.

O processo de acreditação se consolida, cada vez mais, como uma consistente ferramenta para a melhoria da qualidade dos processos de cuidado ao paciente e de gestão dos serviços. Essa certificação de excelência da qualidade, obtida através da Acreditação por várias instituições públicas e privadas no Brasil, é destacada positivamente a partir de resultados e benefícios alcançados pelas empresas (CBA, 2008).

Bettio (2007) destaca os programas de qualidade como um importante recurso a ser desenvolvido nas empresas frente ao contexto competitivo nas quais os hospitais estão inseridos, o que apresenta como uma das alternativas de sobrevivência e sucesso na busca pela excelência. A autora ainda sinaliza que “Grande parte da conquista da excelência nos serviços de saúde está relacionada a investimentos na melhoria de todos os seus processos e de sua estrutura, acarretando assim, qualidade nos serviços oferecidos” (BETTIO, 2007, p.11).

A acreditação hospitalar é uma espécie de ramificação do programa de qualidade total, porém direcionado a instituições da área da saúde. No ponto de vista de Fitzsimmons (2000), a satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação entre a percepção do serviço prestado com a expectativa do serviço desejado. A fim de atender as necessidades do cliente, procurando satisfazer e superar suas expectativas, é necessário identificar fundamentalmente, quais são as exigências desse consumidor do produto ou serviço. Quando a qualidade excede a expectativa dos clientes, o serviço é percebido como excepcional.

O Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), inaugurado em 1980, é o único de Santa Catarina totalmente público. Foi concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende sem distinção a comunidade de Florianópolis, do interior do Estado de Santa Catarina, turistas e visitantes desta ilha. O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se, permitindo que o HU-UFSC se estruturasse em quatro áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e

toco ginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e às unidades de neonatologia no ano de 1995.

O "centro nervoso" do HU-UFSC é o seu atendimento de emergência 24 horas que atinge a média de quatrocentos pacientes por dia. Há uma grande demanda da população, que vê o HU-UFSC como centro de atendimento público humanizado e gratuito de elevado nível de competência técnica.

Levando em conta essa necessidade da população local de ser atendida no hospital, a equipe do HU-UFSC vem trabalhando intensivamente na filosofia do atendimento humanizado, contando nos últimos anos com o apoio da Associação dos Amigos do HU-UFSC e de entidades da sociedade civil, que dentre outras atividades estão colaborando para a construção de uma nova e moderna ala pediátrica.

Segundo a direção do hospital a instituição hospitalar é considerada hoje pela Ciência da Administração, como a mais complexa e difícil de ser administrada e na condição de ser um hospital-escola, o HU-UFSC tem ainda uma dificuldade extra: as atividades docentes necessitam para a sua eficiência um hospital exemplar. Mas, em contrapartida, o desenrolar de suas atividades típicas acabam atrapalhando as rotinas e organização do sistema.

Na opinião do hospital, há uma intenção clara do Governo Federal de desonerar-se dos altos encargos envolvidos na manutenção de hospitais-escola. O melhor antídoto é a produtividade, eficácia e defesa pela população. Em contrapartida, o Ministério da Saúde (a quem vez por outra o HU-UFSC recorre para pedir recursos) começa a vincular investimentos em equipamentos, à obtenção da certificação em Acreditação em seus diferentes níveis.

Outra exigência é o contrato de gestão mantido atualmente com o Estado (gestor do SUS), que define a cada ano metas cada vez mais exigentes em termos de desempenho, organização e satisfação dos clientes.

Dentro desse cenário, a administração do HU-UFSC, vê a acreditação como uma das melhores ferramentas atualmente para contemporizar os inúmeros e diversos interesses num hospital multidisciplinar, reportando as diferentes visões departamentais, profissionais e pessoais a "fatos & dados", facilitando o indispensável consenso para o sucesso do processo.

O cumprimento dos protocolos da Acreditação apresenta resultados visíveis de qualidade, motivando os atores envolvidos e credenciando a Direção Geral a continuar intervindo. Permite ainda comparações com outras instituições congêneres, bem como o estabelecimento de "benchmarking". Por fim, a Acreditação permite não só a obtenção da qualidade, mas - principalmente - a sua manutenção e aprimoramento.

O conjunto das atividades desenvolvidas até então para o alcance dessa qualidade está planejado no chamado PLANO 2012, que está sendo utilizado no planejamento estratégico pela instituição. O Plano 2012 é em síntese, uma ferramenta destinada a tentar ordenar de uma maneira melhor, o que se faz com o que se precisa fazer, com uma metodologia adequada que permita a todos os atores do Hospital Universitário - servidores, professores, estudantes e parceiros - tornarem-se protagonistas de igual importância (HU – Plano 2012, 2008).

O histórico desse PLANO 2012 inicia com a Proposta de Campanha da Gestão 2004 – 2008 com a conseqüente constituição da Equipe Assessoramento – EQUIPLAN. Com o intuito de buscar conselhos administrativos foi estabelecida uma parceria com Departamento de Administração da UFSC e logo após foi realizada a contratação de duas pesquisas junto a empresa júnior de consultorias do CSE, a “Ação Júnior” para servir como pilares ao processo: Pesquisa de Clima Organizacional e Pesquisa de Satisfação do Usuário.

Foi constituído o Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU (CAPIHU): nem a totalidade dos servidores (o que tornaria o processo muito demorado), nem o primeiro escalão, somente. Mas, 44 pessoas representando de forma bem distribuída as 4 Diretorias, Corpo Docente e Corpo Discente cursos que atuam no HU. Essa comissão auxiliou na definição de Missão, Visão, Negócio, Valores e Diretrizes.

Na data de 13 de setembro de 2006, foi lançado oficialmente o PLANO 2012. Desde então a EQUIPLAN assessora 13 Coordenadores em 13 programas com diferentes metas a serem atingidas, realizando reuniões entre Direção Geral e Coordenadores.

Entre os dias 27 e 29 de maio de 2008 foi realizada a VI JORNADA CIENTÍFICA DO HU sobre os temas: Acreditação e Revisão/Atualização Planejamento Estratégico HU – Plano 2012.

Considerando os pontos relacionados acima, o presente trabalho apresenta como problema de pesquisa:

Existe viabilidade à implantação das Normas de Acreditação Hospitalar no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC)?

1.1 Objetivos

Conforme o tema apresentado, este projeto tem como objetivo: verificar a viabilidade de implantação das normas de Acreditação Hospitalar no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Para atingir o objetivo principal, o conteúdo a ser desenvolvido ao longo do trabalho busca atender aos seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar os fundamentos que compõem a acreditação hospitalar.
- b) Identificar e analisar os elementos que compõem o sistema de acreditação hospitalar proposto pela Organização Nacional de Acreditação.
- c) Identificar os elementos das normas de acreditação hospitalar, necessários para o alcance do nível 01 em acreditação.
- d) Aplicar o instrumento definido de Diagnóstico Organizacional Simplificado, disponibilizado pela ONA, no HU-UFSC, nas seções classificadas como Meio pelo hospital.

1.2 Justificativas teórico-empíricas

Para justificar a realização da pesquisa do tema, alguns critérios devem ser atendidos. Na percepção de Mattar (2005), independente do tema escolhido e do tipo de pesquisa, determinados critérios devem ser atendidos. Para o autor Castro (1978, *apud* MATTAR, 2005) esses critérios são: importância, originalidade e viabilidade do tema escolhido.

Mattar (2005) salienta que um tema é importante quando está ligado a uma questão crucial que polariza ou afeta um segmento substancial da sociedade. O processo de Acreditação Hospitalar tem como objetivo geral promover a criação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, possibilitando assim o aprimoramento contínuo das atividades desenvolvidas pelas prestadoras desses serviços, visando à garantia da qualidade na assistência digna, confiável e de qualidade aos usuários.

Os padrões de qualidade possuem três níveis de crescente complexidade, sendo o primeiro a respeito da segurança, o segundo da organização e no terceiro nível a organização demonstrando o uso de práticas de gestão de qualidade.

Na visão de Mezomo (1995), a produtividade do sistema de saúde é extremamente reduzida, possuindo gastos elevados e fazendo pouco, e ainda com pouca qualidade no que é

feito. Sem qualidade e produtividade o sistema torna-se um caos, com prejuízo financeiro, ético e social de todos e do próprio País, desperdiçando material humano, financeiro, material, tecnológico e até de vidas.

Mezomo (1995, p. 8) enfatiza que é necessário deixar de avaliar os serviços de saúde apenas quantitativamente e começar a avaliá-los qualitativamente, repensando a estrutura do sistema e o compromisso dos profissionais envolvidos com a saúde, e também que:

“O mundo está passando por grandes mudanças e o sistema de atendimento à saúde precisa se adequar a elas. Hospitais e serviços devem mudar não apenas fisicamente, mas também em sua atitude com relação, sobretudo, ao paciente. Sim, porque a qualidade não é simples questão técnica ou filosófica, mas uma prática e um compromisso permanente de busca do “defeito zero”: zero erro; zero infecção; zero insatisfação e zero queixa. Ainda que este seja um ideal inatingível, o que importa é que não haja nunca qualquer condescendência com o errado ou o menos bom”.

O HU-UFSC exerce papel fundamental para a população. Seu atendimento de Emergência funciona ininterruptamente, atendendo adultos e crianças em áreas separadas. A quantidade de pessoas atendidas cresce a cada dia, e como citado anteriormente, alcança a média de quatrocentos (400) pacientes/dia. Atua também nos três níveis de assistência: o básico, o secundário e o terciário, sendo referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

Seu corpo clínico possui elevados índices de qualificação e titulação, sendo constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa. Os profissionais médicos, da Enfermagem, da Farmácia e Bioquímica, da Nutrição, do Serviço Social, da Odontologia, da Psicologia e da Engenharia Biomédica demonstram um grande interesse na pesquisa e práticas clínicas.

Atualmente, o HU-UFSC vem sofrendo pressões de demanda tendo em vista a procura da população que não consegue atendimento nos Postos e Unidades Municipais/Estaduais e que vê o HU como Centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade.

A atual administração, em especial a área de recursos humanos, passa por grandes desafios e dificuldades de gerências e de financiamento impostas pela conjuntura atual, tabelas de retribuição de serviços defasada em relação aos custos operacionais, crise dos Hospitais Universitários pela dificuldade de atualização de equipamentos e obras, e racionamento de procedimentos e investimentos no treinamento de pessoal.

Nas palavras de Mattar (2005, p. 61), “um tema original é aquele cujos resultados têm o potencial de nos surpreender”. A originalidade conferida ao tema não exclui a possibilidade de que uma abordagem semelhante já tenha sido realizada, bem como o fato da pesquisa nunca ter sido pesquisado, não confere necessariamente originalidade. Atualmente, o Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago não possui nenhum selo de Acreditação, alguns trabalhos foram realizados levando-se em conta critérios de acreditação hospitalar, no entanto esses trabalhos não englobam o hospital como um todo e não possuem a aplicação das normas de acreditação hospitalar como objetivo principal.

No ponto de vista de Mattar (2005), a viabilidade da pesquisa se dá de acordo com a disponibilidade potencial de informações, recursos financeiros, prazos e competência do futuro autor. Vale destacar que esse trabalho contou com a ajuda e apoio do HU-UFSC e da empresa de consultorias Júnior do Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, a Ação Júnior.

Em relação à oportunidade, o porquê do estudo deste tema, ele é oportuno, pois pode vir a auxiliar, e, possivelmente, nortear algumas mudanças na qualidade oferecida pelo Hospital Universitário, auxiliando a um maior bem estar da população que depende de seus serviços para ter uma melhor saúde.

Possibilita também verificar se é possível ou não aplicar o modelo de Acreditação Hospitalar, verificando pontos de não conformidade na sua atual estrutura, abrindo assim precedentes para mudanças necessárias tendo em vista o início do processo para se alcançar a Acreditação Hospitalar Nível 01.

A obtenção do nível 01 em acreditação é muito importante para a instituição, além de estar programado em seu planejamento estratégico como objetivo para melhorar a instituição como um todo, zelando pela segurança dos seus colaboradores e clientes, permitiria um maior direito por recursos financeiros junto a órgãos federais.

O trabalho foi dividido em cinco capítulos. No capítulo um são apresentadas a caracterização do tema acreditação hospitalar, o problema de pesquisa, seus objetivos e justificativas. A fundamentação teórico-empírica é apresentada no capítulo 02. Nele se resgata pontos importantes do histórico da qualidade, iniciando em eras antigas indo até a relação da qualidade em serviços hospitalares. Outros pontos desenvolvidos procuraram identificar como surgiu e evoluiu esse tema de acreditação no Brasil explicando o papel da Organização Nacional de Acreditação e como se dá o processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde.

Após a fundamentação teórica ter sido resgatada foi identificado a melhor metodologia a ser utilizada na busca dos resultados. Resultados estes que permitem caracterizar a organização e analisar a atual situação do hospital, em foco da pesquisa, ao primeiro nível da acreditação hospitalar. A metodologia está descrita no capítulo 03 e inclui o delineamento da pesquisa, a definição do objeto de estudo, o método da coleta de dados e a importância da análise dos dados.

O capítulo 04 foi destinado para a exposição dos resultados da pesquisa. Em um primeiro momento ocorre a caracterização da organização HU-UFSC, utilizando dos dados de pesquisas realizadas junto ao hospital, com seus clientes externos e internos. O capítulo também mostra os resultados das seções do Diagnóstico Organizacional Simplificado.

Por fim, são realizadas as considerações finais, analisando o resultado das entrevistas, permitindo analisar em qual patamar de qualidade o hospital esta enquadrado perante as normas de acreditação. As referências bibliográficas e alguns anexos são utilizados para finalizar o presente Trabalho de Conclusão de Estágio.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica de um estudo corresponde ao levantamento de bases conceituais relacionadas ao mesmo, as quais são imprescindíveis para o estabelecimento de confiabilidade de seu desenvolvimento e implantação (juntamente com a metodologia do estudo).

Na concepção de Mattar (2005), os dados secundários são de grande valia para:

- a) Estabelecer melhor o problema de pesquisa;
- b) Sugerir outros métodos já testados e aprovados de coleta dos dados;
- c) Sugerir outros tipos de dados a serem coletados para obter as informações desejadas;
- d) Servir como uma fonte comparativa e complementar aos dados primários a serem coletados.

Vale também ressaltar as desvantagens citadas por Mattar (2005), entre elas o tempo decorrido entre a coleta dos dados e sua publicação, que pode variar de poucos meses até vários anos, tornando os dados obsoletos. Outra desvantagem encontrada é conciliar as limitações do trabalho vigente com os dados secundários pesquisados, não coincidindo os termos geográficos e/ou populacionais. Existe também a preocupação em relação à confiabilidade dos dados secundários ao desenvolver um estudo com poucas distorções, cabendo ao pesquisador realizar as análises com toda a cautela possível nas fontes de pesquisa.

2.1 Histórico da Qualidade

O ser humano vem aprimorando seus conhecimentos com o passar da história, começando com simples, mas funcionais, alterações em matérias-primas encontradas na natureza, passando a aprimorar suas ferramentas e utensílios, procurando ser melhor e mais rápido que seus oponentes. Esse desejo de ser ímpar em suas criações fez do indivíduo um observador capaz de comparar as coisas a partir de preceitos culturais, religiosos e políticos inerentes à sua formação. Pode-se imaginar que esse processo mental comparativo de seus valores tácitos das coisas tenha sido o embrião da expressão qualidade (ROCHA, 2007c).

No entender de Rocha (2007c p. 26), se uma empresa realmente deseja oferecer produtos e serviços com qualidade para seus clientes, ela deve apurar quais são as

necessidades deles e com isso definir os atributos necessários no que oferece. Dando continuidade a esse processo, o autor cita que:

“Cada requisito é em seguida quantificado, a fim de que a qualidade possa ser interpretada por todos (organização, trabalhadores, gestores e clientes) exatamente da mesma maneira. Os produtos devem exibir esses requisitos para: a publicidade que se faz (e não de outros), o controle de qualidade, a medição da satisfação e em que medida vão realmente ao encontro das necessidades. Todo o funcionamento da “empresa de qualidade” gira em torno da oferta do conceito que foi definido”.

Juran (1993, p. 2), por exemplo, expõe que “as necessidades humanas pela qualidade existem desde o crepúsculo da história”. Dentro desse raciocínio, Paladini (1995, p. 32) sublinha que a “preocupação com a qualidade remonta a épocas antigas, embora não houvesse, neste período, uma noção muito clara do que fosse qualidade”. Complementa asseverando que na antiguidade a qualidade estava consagrada na Arquitetura, na Literatura, nas Artes e na Matemática. A afirmação de que a preocupação com a qualidade é antiga, parece ser um consenso entre os estudiosos do tema.

Na era artesanal (séculos XVII e XIX), a qualidade não considerava as necessidades e a satisfação dos clientes, mas exclusivamente a beleza, resistência e utilidade do que era produzido. A observação por parte dos mestres-artesãos aos aprendizes era o principal instrumento de controle da qualidade, cujo objetivo era evitar falhas no processo de manufatura, sendo que a pequena produção propiciava ajustes manuais nas peças, atrelando qualidade à habilidade do artesão (ROCHA, 2007c).

No início do século XX, na compreensão de Júnior e Vieira (2002), aconteceram muitas mudanças nos processos de trabalho e elevação de produtividade com a evolução das organizações manufatureiras para indústria e a produção em larga escala a partir da aplicação dos estudos de Henry Ford. Outros grandes pensadores dessa época foram Frederick Taylor e Henri Fayol. Dos estudos de Taylor, um dos frutos foi o estudo sistemático dos tempos e movimentos, implicando na divisão do trabalho, enquanto Fayol se concentrou em problemas de administração geral, fundamentando sua análise do nível estratégico para o operacional. (CHIAVENATO, 1999).

A qualidade era um fator conseqüente da capacidade física e das habilidades desenvolvidas pela repetição constante do que deveria ser feito por cada um dos operários da linha de montagem, surgindo nesse período o inspetor de qualidade, sendo responsável pela fiscalização do produto final, separando os defeituosos a fim de evitar que sua comercialização comprometesse o nome da empresa no mercado. Taublib (1998) utiliza como

exemplo marcante desta fase a “Bell Company” que possuía 40.000 empregados e 5.200 inspetores no ano de 1928.

Sanchez (2003) ressalta que com a publicação da obra *Economic Control of Quality of Manufactured Product* de W. A. Shewhart em 1931, técnicas de controle estatístico da qualidade começam a ser utilizadas para monitoramento contínuo da produção. Durante a 2ª Guerra Mundial, o uso do controle estatístico é largamente utilizado, mas essa atuação do controle da qualidade é restringida apenas ao chão de fábrica (TAUBLIB, 1998).

Após a Segunda Guerra Mundial, “o Japão, derrotado e arrasado econômica e moralmente, sob a intervenção americana, passa a converter sua indústria de bens de guerra para a produção de bens civis” (TAUBLIB, 1998, pg. 5). Sanchez (2003, pg. 28) complementa: “Nesse contexto, a União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses (JUSE) convida W. Edwards Deming para apresentar, em 1950, seminários com o tema controle da qualidade”. Segundo os dois autores, essa iniciativa, mudou os rumos da história da produção japonesa, propiciando mudanças que permitiram uma produção mais competitiva.

Deming tratou também das práticas da gestão, com um foco de atenção concentrado em estimular a adoção de uma abordagem sistemática para a solução de problemas, impulsionando a tomada de decisão pela utilização do Ciclo PDCA de Deming. (Ciclo do PDCA, a letra P indica a necessidade de planejar (*plan*), D significa fazer (*do*), C diz respeito às questões de avaliação das ações (*check*) e a letra A que aponta para a necessidade de agir (*action*)). (CHIAVENATO, 1999).

Garvin (1992) menciona os estudos referentes aos custos que envolviam a qualidade na década de 50 a partir dos estudos de Joseph M. Juran na obra intitulada *Quality Control Handbook*, indicando que os níveis de qualidade são influenciados por custos evitáveis (passíveis de uma atuação gerencial voltada ao controle) e inevitáveis. Nessa abordagem, a qualidade estaria presente em todas as fases da produção, avaliando custos com a realização de novos trabalhos e prejuízos com clientes insatisfeitos.

As décadas de 50 a 70 foram marcadas por um período no qual as técnicas predominantes abordavam a qualidade sob o ponto de vista dos processos e produtos finais com o controle estatístico da produção, sendo a qualidade pontual e relacionada ao controle. (SANCHEZ, 2003).

Diferentes tipos de pressões afetaram o modo de gerir as empresas, forças internas como novos objetivos e políticas organizacionais, novas tecnologias e processos de operação,

fatores externos do macro ou micro ambiente, como as condições políticas, sociais, legais e outras, e a concorrência, fornecedores e clientes, respectivamente (CHIAVENATO, 1998).

Garvin (1992) ilustra os movimentos distintos pelos quais as organizações passam durante o processo de consolidação do controle de qualidade, dividindo esses movimentos em quatro eras: Inspeção, Controle Estatístico da Qualidade e Gerenciamento Estratégico da Qualidade, apresentadas no Quadro 01.

Características	Etapa do Movimento da Qualidade			
	Inspeção	Controle Estatístico da Qualidade	Garantia da Qualidade	Gestão Estratégica da Qualidade
Preocupação básica Visão da Qualidade	Verificação de um problema a ser resolvido	Controle de um problema a ser resolvido	Coordenação Um problema a ser resolvido, mas que seja enfrentado proativamente	Impacto estratégico Uma oportunidade de concorrência
Ênfase	Uniformidade do produto	Uniformidade do produto com menos inspeção	Envolve toda a cadeia de produção, com a contribuição de todos os grupos funcionais, para prevenir falhas da qualidade	As necessidades de mercado e do consumidor
Métodos	Aparelhos 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 projeto de programas	Estabelecimento de objetivos, educação e treinamento, trabalho consultivo com outros departamentos
Quem é responsável pela Qualidade	Departamento de inspeção	Departamentos de fabricação e engenharia	Todos os departamentos, embora a alta gerência só se envolva periféricamente com o projeto, o planejamento e a execução das políticas da 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 01: As quatro principais eras da qualidade

Fonte: Adaptado de Garvin (1992)

Na opinião de Mezomo (1995), o setor de serviços começa a dar conta do novo perfil dos clientes, mais exigentes, críticos, tendo consciência dos seus direitos e amparados legalmente pelas leis, além de ter mais noção sobre o valor do seu dinheiro, avaliando a relação custo-benefício, sendo seletivo em suas compras e exigindo qualidade. Essa busca

pela qualidade deixa de ser preocupação apenas das grandes empresas, todas devem prestar atenção às necessidades e expectativas do mercado, sendo necessários novos estilos de gestão e avaliações constantes dos cenários no qual a empresa esta inserida.

Vale destacar que nos dias atuais, a chamada era da informação, o profissional é treinado para produzir e garantir a qualidade do que faz. Começa a chamada revolução da qualidade, originando uma verdadeira corrente de produção neste resultado. (ROCHA, 2007c).

2.1.1 Qualidade nos serviços hospitalares

A qualidade em serviços difere muito daquela das indústrias e produtos. Na concepção de Paladini (2000), não há possibilidade de separar com nitidez os processos produtivos da prestação dos serviços, centrando a gestão fundamentalmente na interação com o usuário. O mesmo autor ainda aponta para algumas características da gestão da qualidade no ambiente dos serviços, como a produção e consumo simultâneo, intangibilidade, não existência de estoque, ser humano como agente produtivo, ênfase no valor percebido pelo usuário, entre outros.

Em relação ao valor percebido, Giancesi e Corrêa (1994) ressaltam o processo de avaliação do cliente em decorrência da comparação entre suas expectativas e percepção no serviço.

Bettio (2007) diferencia as indústrias das prestadoras de serviços pela estruturação dos funcionários ao que tange o cliente. Na indústria, a maioria dos funcionários estaria no apoio, construindo a qualidade de dentro para fora. Os problemas de qualidade relacionados aos produtos causariam impactos negativos para o cliente, mas, são resolvidos sem grandes dificuldades. No âmbito das organizações de serviços, um grande número de funcionários estaria em contato direto com os clientes, resultando numa qualidade de fora para fora, sendo o consumo simultâneo com a prestação do serviço. Essa organização depende de uma complexa rede de relacionamentos, associando fornecedores, metodologias de trabalho, clientes internos, entre outros, e os erros cometidos repercutem em aumento de custos e num impacto extremamente negativo para o cliente, e tendo em vista que o serviço não pode ser trocado, não há forma de correção.

Na aceção de Mezomo (1995), a prestação de serviços médicos e de saúde tem sua legitimidade no respeito de cinco princípios, que supõe e exige uma liderança administrativa:

- a) Equidade: oferta de recursos de atenção à saúde à população segundo critérios da justiça social, adequando às necessidades da comunidade, à facilidade de acesso, com segurança, aos mesmos, e às expectativas dos profissionais neles envolvidos;
- b) Qualidade: entendida como a correspondência entre aquilo que o serviço se propõe oferecer à comunidade e sua efetiva consecução;
- c) Eficiência: é a relação de otimização do uso dos recursos utilizados na consecução de um produto (efeito ou resultado). Eficiente, pois, é o serviço que tem um custo otimizado;
- d) Efetividade: é a medida do nível de obtenção dos objetivos globais dos serviços de saúde; e,
- e) Aceitabilidade: é a avaliação positiva só serviço pela comunidade usuária.

Na opinião de Mezomo (1995) a administração é feita para o melhor atendimento dos que utilizam os serviços da instituição, e não em benefício da mesma, sendo a responsabilidade da instituição simples coerência com a sua missão.

Um fator importante para atender as exigências dos clientes do sistema de saúde é o envolvimento de todos os indivíduos da organização, independentemente do cargo ou função que exerçam, participando das iniciativas com a motivação necessária para produzir qualidade, pois isto serve de base para obter uma produtividade com destaque. Essa qualidade deve ser produzida e exercida por todos os participantes da organização, para que estes atendam e superem as expectativas de todas as pessoas da sociedade na qual estão inseridos (FITZSIMMONS, 2000).

As pessoas no desempenho de suas funções são as que afetam diretamente a qualidade do produto ou serviço que produzem, pois elas mantêm a interface com o cliente e estes se encontram dentro do processo de produção. Portanto, deve-se dar extrema atenção às pessoas que estão envolvidas no contexto, porque serão elas que atenderão e procurarão superar as expectativas do cliente através do programa de acreditação hospitalar. (FITZSIMMONS, 2000).

Conforme Fitzsimmons (2000), o escopo da qualidade em serviços de saúde obviamente vai além da qualidade dos cuidados ao paciente; ela também inclui o impacto sobre a família e sobre a comunidade. Neste contexto os administradores hospitalares utilizam a acreditação hospitalar com a finalidade de melhor avaliar os serviços e aperfeiçoá-los.

2.2 Acreditação

Conceder reputação, tornar digno de confiança – esse é o significado do termo acreditar, e relaciona às organizações hospitalares com questões como credibilidade, ética e gestão da qualidade.

Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, geralmente não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

Para realização deste processo, a acreditação está fundamentada em princípios éticos claramente estabelecidos, utilizando ferramentas metodológicas que são reconhecidamente eficazes no campo da avaliação, alcançando assim alta credibilidade no processo. No Brasil, na percepção de Bettio (2007, p. 33): “A avaliação desse processo tem como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação, que reconhece se a instituição de saúde atende ou não os padrões de qualidade”.

Esse processo envolve todos os setores da instituição, estimulando o trabalho em equipe e ajudando na difusão da visão institucional. Devido ao fato de ser um processo continuado, que é periodicamente renovado, ainda ajuda na ação de melhoras contínuas.

Sanchez (2003) menciona uma melhora na motivação e no espírito de cooperação entre os profissionais comprometidos e satisfeitos com a elevação dos níveis de assistência médico-hospitalar prestadas aos clientes. Além disso, ocorre uma elevação no número de debates sobre saúde em geral, políticas de saúde e hospitalar, com resultados na melhoria dos conhecimentos que enfocam a prática clínica e sua gestão.

2.2.1 Histórico da Acreditação

O movimento de acreditação teve início nos Estados Unidos, com a criação, em 1951, da Joint Commission on Accreditation of Hospitals. No ano de 1913, o cirurgião Ernest Codman apresentou uma dissertação à Sociedade Médica do Condado da Filadélfia, intitulada “O Produto dos Hospitais”. Nessa dissertação, sua principal preocupação era com os resultados do cuidado prestado aos pacientes e seu objetivo era melhorar os resultados obtidos com os investimentos feitos nos hospitais, fato esse que Ernest acreditava ser possível através da adoção da padronização nos processos de trabalho do hospital (CBA, 2008).

Essa idéia ganhou volume entre os cirurgiões, e no ano de 1917 o Colégio Americano de Cirurgiões criou o Programa de Padronização Hospitalar, tendo por finalidade inicial a avaliação de conformidade dos procedimentos realizados pelos cirurgiões, em relação a um conjunto de padrões. Estes padrões estavam balizados na necessidade de um Corpo Clínico organizado nos hospitais e que esse Corpo Clínico fosse responsável pela adoção de regras, regulamentos e políticas para governar o trabalho profissional no hospital. (CBA, 2008)

Além disso, esses padrões também requeriam uma organização e guarda de prontuários, devendo ser precisos e corretos para todos os pacientes atendidos no hospital, com foco na padronização do conteúdo e ainda na disponibilidade de equipamentos para diagnóstico e terapia, incluindo, pelo menos, laboratório de patologia clínica e serviço de radiologia. (CBA, 2008)

Em 1951 o Colégio Americano de Cirurgiões formou a Joint Commission on Accreditation of Hospitals, hoje a maior agência acreditadora dos Estados Unidos, com a parceria do Colégio Americano de Médicos, da Associação Médica Americana, da Associação Americana de Hospitais e da Associação Médica Canadense. (ONA, 2008)

Na América Latina e no Caribe, em 1989, foi realizada uma reunião coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Como resultado, em 1991 foi lançada a primeira versão do Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe. (ONA, 2008)

2.2.2 Histórico da Acreditação brasileira

De acordo com Feldman, Gato, Cunha (2005), desde 1970 o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar no Brasil, iniciado com a publicação de Normas e Portarias com o intuito de regularizar esta atividade. A Organização Nacional de Acreditação (2006), afirma que padrões mínimos de qualidade foram discutidos pela Dra. Lourdes de Carvalho no ano de 1979.

No final dos anos 80, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes, quando a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de "acreditado". O objetivo era criar mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento (ANVISA, 2004).

A partir de 1989, para a Organização Mundial de Saúde, a Acreditação passa a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina, e um convênio

para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina foi realizado em 1990 entre a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a Federação Latino-Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde (SCHIESARI, 1999, apud FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade e estabeleceu ainda a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde – CNQPS com o objetivo de promover esta cultura (FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005).

Em 14 de junho de 1995, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, envolvendo a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Profundidade, responsável por discussão de temas voltados à melhoria da qualidade e estratégias para o estabelecimento das diretrizes do programa. (ONA, 2006a).

No ano de 1997, o Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde - PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA, com a Fundação Cesgranrio, criada pelas Universidades Estaduais do Rio para avaliação do processo educacional. Essa fundação implantou a avaliação também na área da saúde, inserindo a acreditação no ramo de negócios (SCHIESARI, 1999, apud FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005).

Ainda no ano de 1997, foi realizado um seminário de autoria da CBA com a assessoria da Joint Commission a fim de criar um programa nacional de acreditação de hospitais, integrando o Brasil ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde. O Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado em novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência a Saúde em Budapeste em conjunto com o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes (FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar foi adaptado à realidade brasileira e testado em 17 hospitais distribuídos pelo país, sendo flexível e permitindo modificações conforme características do hospital, levando em consideração as grandes diferenças regionais e institucionais. Ainda no ano de 1998, iniciando a implantação das normas técnicas, códigos de ética, credenciamento de instituições acreditadoras e qualificação e capacitação de avaliadores, foi fundada a Organização Nacional de Acreditação – ONA (BETTIO, 2007).

No ano de 2001, a Portaria GM/MS n.º 538 de 17 de abril, passa a reconhecer a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002).

2.2.3 Organização Nacional de Acreditação

A Organização Nacional de Acreditação – ONA é uma organização não governamental, com abrangência de atuação nacional, caracterizada como “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”. Seu objetivo geral é promover a implantação 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 organizações prestadoras de serviços de saúde do País (ONA, 2008).

Para que o objetivo da ONA seja possível de ser realizado, existem onze Instituições Acreditoras Credenciadas – IAC’s (ONA, 2008): IPASS – Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde; FCAV – Fundação Carlos Alberto Vanzolini; IAHCs – Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde; DNV – Det Norske Veritas; IQG – IQG; GLCSA – Germanischer Lloyd Certification South América; BSI – British Standards Institution; DICQ – DICQ Sistema Nacional de Acreditação Ltda.; ICQ Brasil – ICQ Brasil; TÜV Rheinland – TÜV Rheinland do Brasil Ltda.; e, DQS – DQS do Brasil Ltda.

Tais instituições são as responsáveis por orientar, avaliar e, se for o caso, certificar as organizações prestadoras de serviços de saúde através do processo de acreditação, seguindo a metodologia descrita no Manual Brasileiro de Acreditação. Esses estabelecimentos também podem realizar atividades de capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional.

2.2.4 Processo de Acreditação

Na data de 17 de abril de 2001, a Portaria GM/MS n.º 538, do Ministério da Saúde definiu por meio de convênio que a Organização Nacional de Acreditação (ONA) é o organismo competente para desenvolver o Processo de Acreditação Hospitalar, sendo responsável desde o credenciamento de instituições credenciadoras até a homologação do parecer final da acreditação do hospital avaliado (BRASIL, 2002).

No processo de acreditação não se avalia um setor ou departamento isoladamente, isso porque a organização hospitalar é considerada um sistema complexo, na qual suas estruturas e processos estão interligados profundamente, fazendo com que o simples funcionamento de um componente interfira em todo conjunto e no resultado final. O processo de Acreditação é de um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e principalmente de educação permanente de seus profissionais (BRASIL, 2006).

Na visão da ONA (2008), o processo de acreditação é de interesse de líderes e administradores, profissionais de saúde, organizações de saúde, sistemas compradores, governo e o cidadão. A metodologia da acreditação, desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, é baseada em duas importantes variáveis (ROCHA, 2007a):

- a) Avaliação dos padrões de referência desejáveis: construídos por peritos e previamente divulgados; e,
- b) Indicadores: instrumentos que o avaliador/visitador usa para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

Os itens de orientação usados para avaliar as organizações são propostos pelo Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, os quais são específicos para cada área e atendem três níveis de complexidade crescente (SANCHEZ, 2003). A Figura 01 demonstra a relação entre os princípios orientadores e os níveis de complexidade a serem atendidos no processo de acreditação. Sobre o processo de avaliação, utilização do manual bem como sua estruturação, ONA (2006a, p. 10) salienta que:

Para avaliar a qualidade assistencial das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde são utilizados instrumentos de avaliação (Manual Brasileiro de Acreditação – ONA) específicos, definidos em Norma do Processo de Avaliação (NA) específica, segundo a especialidade e a atividade fim, desenvolvida pela organização de saúde.

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 definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é segurança, do Nível 2 segurança e organização e do Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade.

Para cada nível são definidos itens de orientação que norteiam o processo de visita e a preparação da Organização Prestadora de Serviços de Saúde para a avaliação.

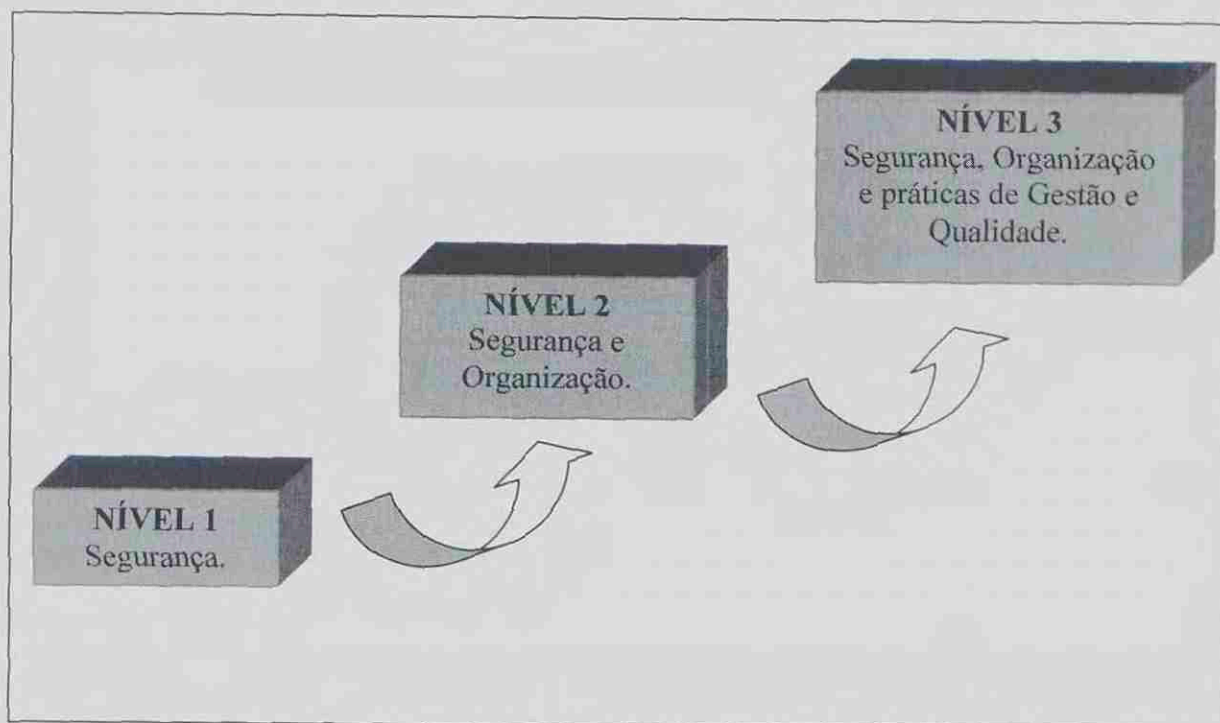


Figura 01: Princípios orientadores para os níveis de acreditação hospitalar
 Fonte: Sanchez (2003, p.70).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar avalia e verifica todos os serviços de um hospital geral, estabelecendo três níveis de atenção, práticas ou métodos esperados, no qual o hospital será classificado caso acreditado ou como não-acreditado (CBA, 2007):

- a) Nível 1 – Exigências mínimas: as exigências contidas nesse nível contemplam normas legais do exercício profissional e outras características imprescindíveis para a prestação da assistência médico-hospitalar. O cumprimento dessas exigências propicia ao hospital receber o selo “Acreditado”;
- b) Nível 2 – Padrões de qualidade no atendimento: as exigências contidas nesse nível buscam apontar instituições que, além de cumprirem as obrigações mínimas, adotam boas práticas na organização da assistência médico-hospitalar, bem como têm no paciente o foco central de sua atuação. Neste caso, o selo emitido é o de “Acreditado pleno”; e,
- c) Nível 3 – Padrões de excelência: as exigências contidas neste nível buscam apontar as instituições que procuram sistematicamente a melhora contínua do seu atendimento e atingem padrões de excelência na prestação da assistência médico-hospitalar. Neste caso, o selo informará: “Acreditado com excelência”.

De acordo com o Manual desenvolvido pela ONA (2006a), o nível 1 é caracterizado como sendo uma acreditação básica, que busca evidenciar as condições que determinam a segurança apropriada para o atendimento dos demais níveis, estabelecendo a estrutura e a segurança indispensáveis nas atividades das organizações prestadoras de serviços de saúde, procura atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente e identificar riscos específicos existentes e os procedimentos adotados pela gerência em relação à segurança. Sobre os riscos, Rocha (2007a) os define como aqueles associados aos cuidados das instalações sanitárias, riscos ambientais, riscos ocupacionais com possibilidade de atingir os seus colaboradores, ações correlatas à biossegurança, controle de infecções hospitalares e riscos relacionados à responsabilidade civil.

Rocha (2007a, p. 55) adverte que:

A organização prestadora de serviços de saúde, para obter o certificado de acreditada Nível 1, precisa atender a todas as subseções destacadas nas seções já mencionadas. Caso isso não seja cumprido, não haverá a acreditação, e o hospital terá um prazo de seis ou mais meses para solicitar uma nova visita e análise das subseções referentes ao nível que pretende alcançar. Neste caso, a IAC poderá ser ou não a mesma que já fez as análises anteriores da organização prestadora de serviços de saúde.

Caso o selo seja obtido, a validade desta certificação é pelo prazo de dois anos e possibilita o início dos trabalhos para alcançar o grau de acreditação de nível 2, que estende a apreciação do sistema para as práticas de organização.

Na compreensão da ONA (2006a), o nível 2 gerencia os processos e suas interações sistematicamente, avaliando, definindo e padronizando-os. Estabelece também padrões de medição e avaliação dos processos, utilizando-os sistematicamente e organizadamente, possuindo também um programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Fornecedores e clientes têm sua identificação feita de forma clara e organizada, seus documentos são atualizados, disponíveis e aplicados às atividades médicas e administrativas do hospital analisado. Por fim, possui grupos de trabalho envolvidos com a melhoria de processos e interação institucional.

Esse selo de acreditada plena (nível 2 de acreditação) caso obtido, também tem validade de 2 anos. Sanchez (2003) observa que atendendo todos os padrões exigidos no nível 2, a organização passa a ter um sistema de gestão mais sofisticado, envolvendo planejamento e avaliação de resultados em relação à assistência, capacitação do corpo funcional, capacidade de atendimento, recursos tecnológicos, entre outros. Em relação aos seus documentos e

registros gerados nos processos de atendimento, esses passam a serem tratados com maior rigor, possibilitando a construção de sistemas de informações e estatística a serem utilizados em decisões clínicas e gerenciais.

Para alcançar o nível 3 de acreditação com excelência, a organização hospitalar, além de atender de forma completa a todas as exigências requeridas para os níveis acreditada (1) e acreditação plena (2), deve atender aos resultados e boas práticas de gestão e qualidade (ROCHA, 2007a).

Este nível, segundo o manual da ONA (2006a), utiliza perspectivas de medição organizacional alinhadas às estratégias e aos indicadores de desempenho dos processos. Esse sistema de indicadores produz um sistema de informações que alimentado por dados internos e externos permite análises de tendências, estabelecimento de relações entre causa e efeito entre indicadores, permitindo uma análise crítica do desempenho e a tomada de decisão. Também são realizadas identificações de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos. Por fim, permite sistemas de planejamento e melhora contínua no que tange à estrutura, tecnologias, profissionais e procedimentos.

Rocha (2007a, p. 56) corrobora com a análise da acreditação com excelência acrescentando que:

Neste nível, há a preocupação da constatação de evidências que apontem a melhoria nos diversos estágios das áreas existentes no hospital analisado. Da mesma forma, da verificação de um sistema de informação consistente e objetivo, bem como da aferição do grau de satisfação, tanto dos clientes internos (funcionários) quanto dos clientes externos (pacientes e acompanhantes). Além disso, é averiguado se existe um programa institucional sistêmico e contínuo da qualidade e produtividade em todas as atividades, quer sejam as técnicas ou especializadas, quer sejam as administrativas e de integração com a comunidade. A validade desta certificação é pelo prazo de três anos.

Até o fim do mês de maio de 2008 estavam acreditadas 88 organizações de serviços hospitalares com a ONA, sendo 24 acreditadas, 42 acreditadas plenas e 22 acreditadas com excelência. Cabe ainda destacar, que além de serviços hospitalares, a ONA acredita outros serviços. Esses serviços, bem como a quantidade de organizações que possuem selos de acreditação, podem ser verificados no Quadro 02:

Serviços Acreditados	Organizações Acreditadas (nível 1)	Organizações Acreditadas Plenas (nível 2)	Organizações Acreditadas com Excelência (nível 3)
Farmácias Magistrais	01	Nenhuma	Nenhuma
Serviços Ambulatoriais/ Terap. / Pronto Atendimento	02	04	01
Serviços de Assistência Domiciliar	Nenhuma	Nenhuma	01
Serviços de Hemoterapia	02	03	04
Serviços de Laboratórios	06	17	04
Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva	03	04	01
Serviços de Radiologia / Diag. por Imagem / Radioterapia e Medicina Nuclear	01	Nenhuma	Nenhuma

Quadro 02: Outros serviços de acreditação

Fonte: Adaptado de ONA (2008)

No primeiro semestre de 2008, a Fundação Vanzolini concedeu o certificado de acreditação hospitalar da ONA – Nível 1 para o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo – o primeiro do tipo conferido a um hospital público de administração direta do Governo do Estado. Com o processo de acreditação, o hospital conquistou melhorias na organização interna dos setores; eficiência no gerenciamento; coesão da equipe de colaboradores; integração e trabalho em equipe entre as áreas; e adequação nas estruturas físicas de alguns setores, além de aperfeiçoamento na gestão de riscos de seus processos assistenciais, técnicos e administrativos. O processo de preparação para a acreditação iniciou-se em março de 2006, com a criação de uma “Comissão de Acreditação Hospitalar”, formada por funcionários da casa. A Comissão traçou metas desde a formação de multiplicadores ONA, até o treinamento com a equipe médica e a reestruturação e formalização de um setor totalmente voltado à qualidade. (HU-UFSC – Plano 2012, 2008)

► O processo de avaliação da acreditação, definido pela ONA (2006a), deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória e também aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da organização de saúde avaliada. Durante esse processo, algumas peculiaridades devem ser levadas em conta como a presença de setores, unidades e processos não incluídos no processo de avaliação ou ainda terceirizados pela organização de saúde.

As seções e subseções de aplicação obrigatória para todas as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares avaliadas, independente das suas características e perfil são divididas

em 8 grandes seções e 32 subseções. As seções avaliadas são: Liderança e Administração; Serviços Profissionais e Organização da Assistência; Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente; Serviços de Apoio ao Diagnóstico; Serviços de Apoio Técnico; Serviços de Abastecimento e Apoio Logístico; Serviços de Infra-Estrutura; e Ensino e Pesquisa (ONA 2006a). O Quadro 03 é composto por todas as seções e subseções obrigatórias:

MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO	MA 5 APOIO TÉCNICO
MA 1/1 Direção e Liderança	MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente
MA 1/2 Gestão de Pessoas	MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira	MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos
MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos	MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional
MA 1/5 Gestão da Qualidade	MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO
M2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL	MA 6/1 Processamento de Roupas – Lavanderia
MA 2/1 Corpo Clínico	MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização
MA 2/2 Enfermagem	MA 6/3 Qualidade da Água
MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional	MA 6/4 Materiais e Suprimentos
M3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE	MA 6/6 Higiene
MA 3/1 Atendimento ao Cliente	MA 6/7 Gestão da Segurança
MA 3/2 Internação	MA 6/8 Gestão de Resíduos
MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência	MA 7 INFRA-ESTRUTURA
MA 3/20 Assistência Farmacêutica	MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos
MA 3/21 Assistência Nutricional	MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional
MA 4 DIAGNÓSTICO	MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial
MA 4/1 Processos Pré-Analíticos	MA 8 ENSINO E PESQUISA
MA 4/2 Processos Analíticos	MA 8/1 Educação Continuada
MA 4/3 Processos Pós-Analíticos	

Quadro 03: Seções e subseções de aplicação obrigatória para todas as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Fonte: Adaptado do Manual Brasileiro de Normas para o Processo de Acreditação – ONA (2006b)

Além das subseções de aplicação obrigatórias já citadas, existem outras que serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. O Quadro 04 expõe quais são elas:

M3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE	Hemodinâmica
MA 3/4 Atendimento Ambulatorial	MA 4 DIAGNÓSTICO
MA 3/5 Atendimento em Emergência	MA 4/4 Métodos Diagnósticos Cardiológicos
MA 3/6 Atendimento Cirúrgico	MA 4/5 Métodos Diagnósticos Neurológicos
MA 3/7 Anestesiologia	MA 4/6 Anatomia Patológica e Citopatologia
MA 3/8 Obstetrícia	MA 4/7 Diagnóstico por Imagem
MA 3/9 Neonatologia	MA 4/8 Radiologia
MA 3/10 Tratamento Intensivo	MA 4/9 Endoscopia
MA 3/11 Reabilitação e Atenção Multiprofissional	MA 5 APOIO TÉCNICO
MA 3/12 Mobilização de Doadores	MA 5/5 Processamento e Liberação
MA 3/13 Triagem e Coleta	MA 5/6 Processos de Apoio Laboratorial
MA 3/14 Transfusão e procedimentos Hemoterápicos	MA 5/7 Assessoria Técnica aos Clientes
MA 3/15 Terapia Dialítica	MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO
MA 3/16 Medicina Nuclear	MA 6/5 Armazenamento e Transporte
MA 3/17 Radioterapia	MA 8 ENSINO E PESQUISA
MA 3/18 Quimioterapia	MA 8/2 Ensino
MA 3/19 Cardio-angiologia Invasiva e	MA 8/3 Pesquisa

Quadro 04: Seções e subseções de aplicação de acordo com as características da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares

Fonte: Adaptado do Manual Brasileiro de Normas para o Processo de Acreditação – ONA (2006b)

Cada seção agrupa diferentes atividades, componentes, subseções e outros itens. O Manual Brasileiro de Acreditação assim caracteriza cada uma destas seções (ONA, 2006a):

Seção Liderança e Administração: “[...] agrupa os componentes relacionados ao sistema de governo da Organização, aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente” (ONA, 2006a). As subseções

referentes a esta seção são: Direção e Liderança; Gestão de Pessoas; Gestão Administrativa e Financeira; Gestão de Materiais e Suprimentos; Gestão da Qualidade.

Seção Organização Profissional: “[...] agrupa as subseções relacionadas à organização dos modelos institucionais e dos profissionais responsáveis pelos processos finalísticos, tais como continuidade dos cuidados ao paciente, assistência nas 24 horas até a sua alta, procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos” (ONA, 2006a). As subseções correspondentes a esta referida Seção são: Corpo Clínico; Enfermagem; Corpo Técnico-Profissional; e Organização Profissional.

Seção Atenção ao Paciente/Cliente: “[...] agrupa todos os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de atenção e cuidados aos pacientes/clientes, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido, equipe multiprofissional e interdisciplinar envolvida, conjunto de insumos e espaço institucional específico a seus respectivos processos” (ONA, 2006a). Suas subseções atualmente são: Atendimento ao Cliente; Internação; Transferência, Referência e Contra-Referência; Atendimento Ambulatorial; Atendimento em Emergência; Atendimento Cirúrgico; Anestesiologia; Obstetrícia; Neonatologia; Tratamento Intensivo; Reabilitação e Atendimento Multiprofissional; Mobilização de Doadores; Triage e Coleta; Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos; Terapia Dialítica; Medicina Nuclear; Radioterapia; Quimioterapia; Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica; Assistência Farmacêutica; Assistência Nutricional; e Atenção ao Paciente/Cliente.

Seção Diagnóstico: “...agrupa todos os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de diagnóstico realizados pela organização” (ONA, 2006a). As subseções pertencentes a esta Seção são destinadas para a análise dos: Processos Pré-Analíticos; Processos Analíticos; Processos Pós-Analíticos; Métodos Diagnósticos Cardiológicos; Métodos Diagnósticos Neurológicos; Anatomia Patológica e Citopatologia; Diagnóstico por Imagem; Radiologia; Endoscopia; e Diagnóstico.

Seção Apoio Técnico: “...agrupa todos os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio técnico da Organização” (ONA, 2006a). Nesta Seção, são avaliadas as seguintes subseções: 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; Assessoria Técnica aos Clientes; e Apoio Técnico.

Seção Abastecimento e Apoio Logístico: "...agrupa todos os componentes, atividades e serviços que se relacionam aos processos de abastecimento e apoio logístico da organização" (ONA, 2006a). Ela contempla as Subseções categorizadas como: Processamento de Roupas – Lavanderia; Processamento de Materiais e Esterilização; Qualidade da Água; Materiais e Suprimentos; Armazenamento e Transporte; Higiene; Gestão da Segurança e Gestão de Resíduos.

Seção Infra-Estrutura: "...agrupa todos os componentes que se relacionam à gestão e à manutenção da infra-estrutura da organização" (ONA, 2006a). As subseções analisadas nesta seção são: Gestão de Projetos Físicos; Gestão da Estrutura Físico-Funcional; Gestão de Manutenção Predial; e Infra-Estrutura.

Seção Ensino e Pesquisa: "...agrupa todos os componentes que se relacionam às funções educativas e de pesquisa da organização, de tal forma que permita realizar um diagnóstico da estrutura disponibilizada para a capacitação funcional, para a educação permanente, para o processo de formação de recursos humanos e para a geração de novos conhecimentos" (ONA, 2006a). Esta seção se foca nas avaliações das seguintes subseções: Educação Continuada, Ensino e Pesquisa.

2.2.5 Padrão

O padrão de acreditação é um enunciado que define expectativas de desempenho institucional, bem como as estruturas e processos que devem estar implementados para melhorar a qualidade da assistência e dos serviços prestados pela Instituição.

Os padrões de acreditação internacional são desenvolvidos por uma força-tarefa internacional composta por médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas.

Os padrões são revisados periodicamente por um Comitê Internacional de Padrões, para garantir que os padrões sempre reflitam a prática contemporânea. Para obter o certificado de Acreditação, a instituição de saúde deve demonstrar conformidade satisfatória com os padrões dos Manuais Internacionais de Acreditação.

Todos os padrões são organizados por graus de satisfação ou complexidade crescentes e correlacionados, de maneira que, para alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores obrigatoriamente devem ter sido satisfeitos. Para estabelecer o nível determinado por cada item deve-se iniciar a avaliação pelos níveis inferiores, até encontrar o nível cujas exigências não estão totalmente satisfeitas. As exigências são indivisíveis quando se referem a

mais de um padrão de qualidade e, se uma dessas exigências não estiver satisfeita, considera-se apenas o nível imediatamente anterior atendido.

No sistema de acreditação proposto pela Organização Nacional de Acreditação, esses padrões são definidos através de diversos itens de orientação, que por sua vez encontram suas definições nas legislações, regulamentações, decretos e resoluções, emitidos por diversas órgãos, como o Ministério de Trabalho, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Farmácia, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entre outros. A subseção Direção e Liderança da seção de Liderança e Administração apresenta 07 itens de orientação como exposto no Quadro 05:

ITENS DE ORIENTAÇÃO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.
3. Define competências, funções, atribuições e responsabilidades
4. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança
5. Organização dos processos e sistemas voltados para assegurar o cumprimento das normas vigentes e dos requisitos de segurança para os clientes.
6. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.
7. Registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional (atas de diretoria, registro de reuniões ou de outros procedimentos de documentação).

Quadro 05: Subseção Direção e Liderança

Fonte: Adaptado do Diagnóstico Organizacional Simplificado – ONA (2007)

De acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação, cada item de orientação possui diversas leis que permitem essas leis estão em constantes mudanças, devendo sempre ser aplicadas as vigentes pela legislação. Cabe destacar que um mesmo item pode exigir uma ou diversas leis, bem como uma lei pode ser utilizada para vários itens de orientação.

Essa legislação a ser considerada é listada logo após a tabela com os itens de orientação, estando “correlacionada a um ou mais itens de orientação, através da indicação numeral do lado esquerdo na mesma. O número corresponde ao número do item de

orientação” (DOS, 2007, pg. 01). No caso da Direção e Liderança, as leis que fazem parte de seus itens de orientação são as seguintes:

- a) ^{1:2:3} Art. 2º do Decreto 20931 de 11/01/1932
- b) ^{2:3} Resolução CFM nº 0687/75
- c) ³ Art. 3º da Lei nº. 4769 de 09/07/65
- d) ³ Art. 1º da Resolução do COFEN nº. 302/2005
- e) ⁴ Art. 28º do Decreto nº. 20931 de 11/01/1932
- f) ⁵ Art. 2º Resolução do CFM nº. 1342/91
- g) ^{1:3} 5 7 Art. 11º da Resolução do CFM nº 997/80
- h) ⁶ Art. 2º da Resolução CFM mº 0687/75
- i) ^{2:3} Art. 3º da Lei nº 4769 de 09/07/65
- j) ^{1:2:3} Art. 1º, 2º e 3º da Resolução CFF nº. 430/2005
- k) ^{1:3} Art. 11º da Resolução CFM nº 997/80
- l) ^{1:3} 7 Art. 2º da Resolução CFM nº 1.342/91
- m) ⁶ NR 9
- n) ⁶ PPRA, do Ministério do Trabalho
- o) RDC 134 ANVISA
- p) ¹ Resolução CFM nº 687/75 – (Art. 2º)

Com base no instrumento, o método de coleta de dados é a observação no local e contatos com os profissionais dos diversos serviços. Após essas entrevistas e observações passa a ser possível verificar as conformidades e não conformidades, dando andamento ao processo de acreditação.

2.2.6 Ganhos com a participação

A acreditação visa fundamentalmente à melhoria da qualidade do atendimento prestado. No Brasil, esta é uma demanda crescente da rede de instituições públicas e privadas, em virtude de aspectos que exigem métodos inovadores para adequado enfrentamento da gestão dos serviços de saúde, como o aumento crescente dos custos dos cuidados médicos, a necessidade de atender aos direitos do consumidor dos serviços de saúde, as expectativas crescentes quanto à ética profissional, e a preocupação com a garantia da segurança no atendimento e nos procedimentos médico-hospitalares.

A acreditação ainda possibilita, entre outros aspectos, na opinião de Rocha (2007a):

- a) Ampliar a segurança dos usuários na escolha e utilização dos serviços;
- b) Introduzir a qualidade como um processo permanente de aprimoramento institucional;

- c) Buscar maior eficiência e efetividade do atendimento;
- d) Racionalizar a utilização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos;
- e) Desenvolver e aprimorar continuamente os recursos humanos;
- f) Colocar ao dispor das instituições referenciais de excelência dos cuidados prestados em torno dos quais possam reorganizar suas práticas, diminuir riscos para os pacientes e profissionais e melhorar o desempenho institucional;
- g) Obter avaliação objetiva do desempenho da organização, utilizando uma abordagem em que a avaliação está centrada no processo do cuidado ao paciente; e,
- h) Demonstrar padrões de excelência para clientes e financiadores, ampliando o diferencial de qualidade em um mercado cada vez mais competitivo.

Mello e Camargo (1998, p. 202) consideram que a acreditação “avalia, padroniza e melhora os recursos da instituição, quer de sua estrutura, quer de seus processos, procurando obter melhores resultados”. Já do ponto de vista de Bettio (2007), a implementação da acreditação proporciona uma maior segurança para pacientes e profissionais ao instituir um padrão de qualidade previsível e homogêneo. Oferece também serviços com uma qualidade superior a custos competitivos, propicia uma melhora no trabalho em equipe e a melhora da imagem da instituição perante os públicos interno e externo. Além disso, o Ministério da Saúde ainda poderia estabelecer como uma política que nenhum hospital do País estaria apto a prestar serviços estando abaixo do nível I de acreditação.

3 METODOLOGIA

Na acepção de Zanella (2007), o conhecimento científico procura conhecer além do fenômeno, resultando em uma investigação metódica e sistemática da realidade, buscando as causas dos fatos e as leis que os regem. Possui ainda a característica de verificabilidade, podendo comprovar suas hipóteses e tem a característica de ser um conhecimento falível, isso porque não é definitivo, absoluto e final, estando em constante renovação e construção.

Galliano (1979, *apud* ZANELLA, 2007) aponta para um conjunto de características do conhecimento científico:

- a) Atém-se aos fatos, isto é, procura desvendar a realidade dos fatos. Por meio deles, o pesquisador inicia e termina sua investigação, portanto parte dos fatos interfere neles e retorna a eles;
- b) Transcende os fatos, isto é, além de explicá-los, busca descobrir suas relações com outros fatos, ampliando o conhecimento;
- c) É analítico, isto é, estuda e explica os fatos, decompondo-os em partes. A análise tem como objetivo desvendar os elementos que os compõem e as inter-relações que formam o todo;
- d) Requer exatidão e clareza, condições indispensáveis para a comprovação dos fatos para se tornar verdadeiro;
- e) Depende de investigação metódica, seguindo etapas, normas e técnicas, portanto, obedecendo a um método preestabelecido;
- f) É sistemático, isto é, “é constituído por um sistema de idéias interligadas logicamente.” (GALLIANO, 1979 *apud* ZANELLA, 2007, p.16).
- g) É explicativo, pois busca explicar os fatos reais, dando respostas aos porquês! A explicação científica não descreve somente o fato, mas procura explicar as razões da existência dele;
- h) É aberto e cumulativo, pois permite constantes aprimoramentos e novas descobertas. Galliano (1979, *apud* ZANELLA, 2007) cita como exemplo os organismos vivos, que estão em permanente crescimento e modificação. É aberto, porque não existem barreiras que o limitam; e

- i) É útil, pois proporciona ao homem “um instrumento valioso para o domínio da natureza e a reforma da sociedade, em benefício do próprio homem.” (GALLIANO, 1979 *apud* ZANELLA, 2007, p.16).

Além dessas características, faz parte do conhecimento científico o método, que Cervo e Bervian (2007, p.27) o caracterizam como sendo:

“a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um certo fim ou um resultado desejado. Nas ciências, entende-se por método o conjunto de processos empregados na investigação e na demonstração da verdade.”

Gil (1994) define o método como caminho para se chegar a determinado fim. Esse fim pode ser entendido como o caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais, no entender de Lakatos (1991, pg. 155), onde a pesquisa seria um “procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento” sendo um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, requerendo de tratamento científico.

Delineados os objetivos a alcançados e apresentada a justificativa do trabalho, faz-se necessária a definição dos procedimentos específicos para a coleta e análise dos dados a serem obtidos, os quais, por sua vez, estão atrelados ao tipo de pesquisa a ser realizada. Na percepção de Roesch (1999), definir a metodologia significa escolher como se pretende investigar a realidade. Dessa forma, pode-se dizer que a metodologia visa à definição de todos os caminhos a serem percorridos para o alcance dos objetivos específicos do trabalho.

Esse trabalho é qualificado a partir da análise de cada uma das abordagens de classificação adotadas por Roesch (1999): delineamento da pesquisa, definição da área de estudo, coleta de dados, análise de dados e limitações da pesquisa.

3.1 Delineamento da pesquisa

O delineamento, nas palavras de Kerlinger (1979, p. 94), pode ser definido como “o plano e a estrutura da investigação, concebidos de forma a permitir a obtenção de respostas para as perguntas de pesquisa”. Todavia, para Roesch (1999), não há uma forma mais apropriada para cada tipo de pesquisa. O que se deve buscar é uma coerência com os objetivos do estudo e outras limitações práticas de tempo, custo e disponibilidade dos dados.

A fase inicial da pesquisa teve um caráter exploratório, que na concepção de Gil (1994) tem a finalidade de ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno,

explorando a realidade e buscando maior conhecimento. Porquanto se caracterizou pela busca de informações sobre o assunto através da Internet e entrevistas com professores no intuito de conhecer o que existe de novo no assunto e como é realizado o processo de acreditação no Brasil. E, por último, houve nessa etapa uma pesquisa bibliográfica, que nas palavras de Gil (1994, pg. 71) “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

A pesquisa se utiliza de uma análise documental, passada a fase inicial, para o levantamento dos dados necessários na parte das variáveis da política/legal no que tange às normas em si no processo de verificação das normas de acreditação hospitalar iniciado no HU-UFSC.

Existem duas perspectivas, ou abordagens, para se fazer pesquisa: a pesquisa quantitativa ou a qualitativa. O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento destas através de técnicas estatísticas. O método qualitativo não pretende numerar ou medir categorias homogêneas, é utilizado para entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 1985).

A partir dessas definições, pode-se dizer que esse trabalho caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, pois trata de coleta e análise de dados referentes ao processo de acreditação hospitalar no Brasil, bem como aplicação do instrumento DOS (Diagnóstico Organizacional Simplificado) no HU, realizada através de entrevistas e análise documental, o que caracteriza o caráter qualitativo da pesquisa, não objetivando quantificar informações ou o uso de estatísticas.

Esta pesquisa está estruturada em três etapas: caracterização da organização, definição das seções foco de análise e estudo; e por fim o resultado do Diagnóstico Organizacional Simplificado.

3.2 Definição do objeto de estudo

Gil (1994) destaca que as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos muito grande, que por muitas vezes sua consideração na totalidade é impossível. Esse universo, ou população, “É um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características” (GIL, 1994, pg. 91).

No estudo em questão, o universo de elementos que compõem a população em estudo é definido pelo Hospital Universitário e pelas pessoas que trabalham nas suas dependências.

Devido à natureza dos dados a serem pesquisados na entrevista, foi considerado apropriado utilizar uma seleção não-probabilística da amostra, delimitando intencionalmente os entrevistados. A seleção não-probabilística, no entender de Gil (1994), não apresenta fundamentação matemática ou estatística, sendo sua escolha baseada unicamente de critérios do pesquisador.

Os selecionados para participar da pesquisa necessitavam conhecer de forma profunda os procedimentos e as rotinas em cada área específica, além de participar da elaboração de estratégias dessa área.

3.3 Coleta de dados

Com a finalidade de adquirir maior conhecimento sobre o tema e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, primeiramente os tipos de dados coletados na pesquisa foram dados secundários, informações que já foram coletadas, tabuladas e analisadas, estando à disposição para consulta (MATTAR, 2005).

Os dados secundários consistiram em pesquisas feitas em livros e documentos referentes ao processo de acreditação hospitalar e da qualidade. Para obtenção de outras informações, sobre a Organização Nacional de Acreditação, leis, portarias e outros documentos ligados ao Diagnóstico Organizacional Simplificado foi utilizada a internet.

Após esse levantamento de informações, foi realizada a coleta de dados primários, que, Mattar (2005) considera aqueles dados que não foram antes coletados, os quais estão em posse dos pesquisados, sendo coletados com o propósito de atender às necessidades da pesquisa em andamento.

Como ferramenta para obtenção dos dados primários foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que, de acordo com Richardson (1999), apresenta como ponto de partida a elaboração de uma relação de itens orientadores a serem abordados, pelo pesquisador, durante o processo de entrevista.

As entrevistas foram elaboradas tendo como base o DOS – Diagnóstico Organizacional Simplificado, disponibilizado pela ONA. Esse instrumento possui todas as seções que o hospital necessita estar em acordo para poder participar do processo de avaliação por uma Instituição Acreditadora, sendo analisado os fatores necessários para alcançar o nível um de acreditação.

Com base no objetivo do trabalho, foram consultadas todas as leis referentes às seções e subseções necessárias para alcançar o objetivo da pesquisa. Com base nessa consulta, os principais pontos da referida legislação foram transformados em forma de pergunta, possibilitando a verificação de sua conformidade em cada área.

O processo das entrevistas foi intencionalmente direcionado aos responsáveis de cada Subseção (alguns casos essas pessoas eram responsáveis por mais de uma subseção). A definição do perfil dos entrevistados encaminhou-se de acordo com a necessidade de atender as subseções do Manual Brasileiro de Acreditação hospitalar que estabelece as áreas de atuação específica. Os dados primários foram organizados a partir das informações obtidas junto aos entrevistados.

A caracterização do HU-UFSC foi realizada através das informações disponibilizadas na página da internet e pela direção do hospital. Também foi realizada consulta nas duas pesquisas de satisfação e clima organizacional desempenhadas no hospital com colaboradores e usuários, no ano de 2005, nas quais o autor deste presente trabalho teve participação direta. Informações complementares foram coletadas através de três chefes de departamento.

Finalmente, depois de terem sido tratados e discutidos, os dados estavam prontos para serem interpretados. A interpretação dos dados voltada para responder a questão norteadora do trabalho proposto levou à conclusão do estudo.

3.4 Análise dos dados

Gil (1988) alerta que, nesta etapa do trabalho, é importante que não se generalize as conclusões do estudo, mas as apresente em termos de probabilidade. Ele também adverte sobre a necessidade de o autor utilizar uma base teórica que o auxilie na análise de dados.

Estreitamente relacionada à análise dos dados, a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, realizado através da ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos. O objetivo da análise é organizar e sumarizar os dados de forma a possibilitar fornecimento de respostas ao problema proposto. (GIL, 1994).

Através da entrevista e observação, foi possível completar as seções do DOS e fazer o levantamento das conformidades e não conformidades.

Dessa forma, nesse trabalho, os dados coletados foram analisados sob a óptica do referencial teórico da pesquisa, visando ao atendimento de seus objetivos específicos.

3.5 Limitações da pesquisa

As limitações deste trabalho foram sintetizadas em três aspectos básicos: A primeira dificuldade encontrada foi referente à consulta de material bibliográfico referente ao processo de acreditação hospitalar no Brasil. Muitos livros e artigos tratam da qualidade, mas existe pouco material atualizado referente aos processos pelos quais as organizações de saúde devem realizar. O site da Organização Nacional de Acreditação disponibiliza uma grande quantidade de material para estudo, como apostilas, manuais e vídeos. Infelizmente praticamente a totalidade desses materiais é disponibilizada após pagamento, inclusive o Diagnóstico Organizacional Simplificado. Por exemplo a apostila intitulada Compreenda o Manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2006 custa R\$129,90. Esses preços podem chegar até R\$650,00 dependendo do material adquirido.

Outra limitação da pesquisa é a volumosa quantidade de leis a serem estudadas. Muitas das entrevistas foram realizadas contando com o conhecimento destas legislações pelas chefias das áreas. Casos em que fez se necessária a consulta de itens técnicos nas ciências de medicina, enfermagem e farmácia o autor deste presente trabalho utilizou o julgamento de profissionais nas áreas citadas, por não ser das respectivas áreas.

Por fim, é relevante destacar que o Diagnóstico Organizacional Simplificado não foi realizado em sua totalidade ficando restrito às atividades consideradas meio pela direção do hospital. Essa escolha deveu-se a fatores como o tempo disponibilizado para a realização deste presente trabalho, e a complexa legislação a ser utilizada na análise dos campos de atenção ao paciente/cliente e diagnóstico.

4 RESULTADOS

Nesta seção são apresentadas as três etapas utilizadas para a realização da pesquisa: caracterização da organização, definição das seções foco de análise e estudo; e por fim o resultado do Diagnóstico Organizacional Simplificado.

4.1 Caracterização da organização

O Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago é uma organização prestadora de serviços à saúde localizada em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina na Rua Professora Maria Flora Pausewang no bairro Trindade, junto ao campus universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

As obras de construção do HU-UFSC iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas devido a falta de recursos que permitissem sua inauguração, apenas após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais, foi inaugurado em maio de 1980 pelo Prof^o Polydoro Ernani de São Thiago.

Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade.

O Atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em Outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Hoje o HU-UFSC possui uma área construída de 26.158,12m² com 268 leitos de internação, distribuídos entre leitos de cirurgia, clínica médica, pediatria, UTI adulto, UTI neonatal, maternidade e ginecologia. Possui cerca de 1280 colaboradores e realiza mensalmente em cerca de 15.694 consultas ambulatoriais e 7.987 atendimentos de emergência 24h, dados estes pesquisados junto ao Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar de outubro de 2006. É um hospital de média complexidade, possuindo credenciamento em alguns procedimentos de alta complexidade. No que diz respeito aos serviços de diagnóstico complementar, oferece exames na área de Cardiologia, Radiologia, Ultra-sonografia,

Patologia Clínica, Anátomo-Patológico, Endoscópicos, bem como uma unidade de Terapia Renal e de Quimioterapia para pacientes internados ou de tratamento diagnóstico.

O HU-UFSC é uma instituição pública e gratuita, oferecendo atendimentos 100% conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, está contratualizado junto a Secretaria de Estado da Saúde, através de um plano operacional de metas pré-estabelecidas.

Nos últimos anos o HU-UFSC vem obtendo destaque em algumas áreas como:

- a) Destaque à Maternidade pelo seu caráter a assistência humanizada
- b) Hospital Amigo da Criança
- c) Maternidade Segura (Processo em andamento)
- d) Programa Capital da Criança
- e) Internato da 10ª fase em Programas de Saúde Comunitária e PSF.

De acordo com os dados do referido hospital, a idade dos colaboradores fica entre 25 e 50 anos em sua grande maioria, 65% são mulheres, 35% homens, e 90% dos funcionários tem formação superior completa.

Outra pesquisa realizada pelo autor desse presente trabalho, encomendada pelo HU-UFSC junto a Ação Júnior Consultorias, procurou avaliar os sentimentos dos funcionários em relação aos valores, políticas, praticas de gestão de gestão de pessoas, relacionamento com os colegas, posturas das gerência/chefia e uma série de outros fatores que caracterizam a forma de tratamento dispensada pela organização aos seus funcionários. Foram considerados 799 questionários válidos, em um universo de 841 respondidos em cerca de 62,37 % da população de 1281 funcionários, de acordo com boletim do HU-UFSC de 2004. A amostra foi considerada não-probabilística, haja vista que alguns funcionários não tiveram a chance de responder o questionário, como por exemplo, os que estavam em férias.

As questões foram então agrupadas em oito categorias ou dimensões: imagem, motivação, integração, ambiente, organização, saúde, gerência e manual de avaliação de desempenho. Essa segmentação é característica das pesquisas de clima e variam conforme a organização pesquisada, neste caso as categorias foram adaptadas de acordo com as necessidades do cliente. Já os questionários foram aplicados durante, no período de 31/05/05 a 08/07/05 e foram realizados 2 pré-testes com 11 pessoas antes da aplicação dos questionários. Neste período houve a colaboração da direção e dos supervisores para a conscientização dos funcionários auxiliando na coleta de dados.

Dentre esses dados, em especial destaque, podemos citar a pergunta realizada sobre a segurança apresentada na Tabela 01, na qual era feita a afirmativa: A segurança no trabalho é vista pelo HU-UFSC como importante e prioritária?

Tabela 01: A segurança no trabalho é vista pelo HU-UFSC como importante e prioritária

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Concordo totalmente	165	165	21,2%	21,2%
Concordo	202	367	25,9%	47,1%
Nem concordo nem discordo	214	581	27,5%	74,6%
Discordo	89	670	11,4%	86,0%
Discordo totalmente	109	779	14,0%	100,0%
Total	779		100,0%	

Fonte: Dados primários

Nesta questão, pode-se perceber um numero representativo de respondentes que discordam e discordam totalmente com a questão, cerca de 25%, o que junto com aqueles que não tem opinião sobre o assunto (Nem concordo nem discordo) somam mais da metade da amostra (53%). Entretanto o número de pessoas, que discordam ou discordam totalmente com a afirmação é de 25,4%. Números esses que representam muito bem os resultados do Diagnóstico Organizacional Simplificado.

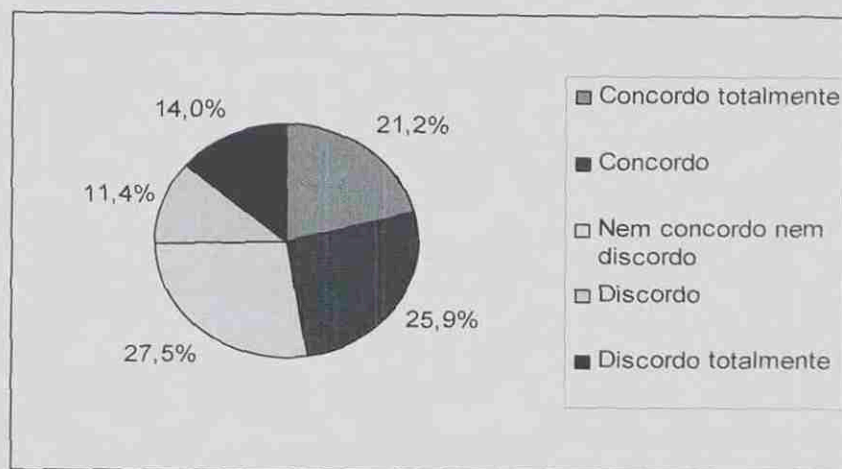


Figura 02: A segurança no trabalho é vista pelo HU-UFSC como importante e prioritária
Fonte: Dados primários

Um dos conjuntos de questões realizados refere-se a interação ou relação existente entre os empregados e entre os empregados e gerentes/supervisores/chefes, englobando questões como a cordialidade, ambiente, comunicação, clima e relacionamento entre os colegas e áreas de trabalho.

Tabela 02: Dimensão Integração HU-UFSC

Integração	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A cordialidade, consideração e apreço entre os colegas de trabalho é uma característica presente.	26,01%	27,65%	30,56%	6,94%	8,84%
O ambiente geral de trabalho é de descontração e espontaneidade.	30,23%	27,93%	27,17%	6,76%	7,91%
A comunicação entre empregados e gerentes/diretores é boa.	26,11%	24,97%	26,37%	11,21%	11,34%
Existe cooperação constante entre a minha área e as outras áreas do HU.	15,31%	23,98%	34,18%	12,50%	14,03%
Existe clima de cooperação entre os colegas de trabalho.	31,38%	32,91%	25,89%	5,23%	4,59%
O meu trabalho possibilita contatos com várias pessoas e áreas do HU.	49,62%	25,95%	14,89%	4,45%	5,09%
O relacionamento entre os servidores é bom.	32,27%	35,58%	24,52%	4,32%	3,30%

Fonte: Dados primários

Dessas informações cabe destacar o grande número de pessoas que afirmam que existe um clima de cooperação entre os funcionários e um bom relacionamento. Entretanto, é observado um maior número de pessoas discordando totalmente sobre uma comunicação boa entre empregados e diretores, bem como cooperação entre áreas diferentes (11,34% e 14,03% respectivamente) Na dimensão Ambiente, foram analisados fatores referentes ao layout, equipamentos, ergonomia, instalações, iluminação, nível de ruído, ventilação, condições de segurança, aspectos do ambiente vistos como importantes para o HU. A Tabela 03 expõe seu composto de questões:

Tabela 03: Dimensão Ambiente

Ambiente	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
As condições físicas de trabalho quanto ao layout, equipamentos, ergonomia, instalações, iluminação, nível de ruído e ventilação são adequadas.	4,41%	11,60%	23,83%	20,43%	39,72%
O meu trabalho não interfere na qualidade da convivência e tempo que dedico à minha família.	37,42%	19,85%	18,33%	9,73%	14,66%

Fonte: Dados primários

Dessa tabela o dado que mais chama atenção é o número de 60,15% de pessoas discordando ou discordando totalmente sobre a afirmação que de as condições físicas de trabalho quanto ao layout, equipamentos, ergonomia, instalações, iluminação. O nível de ruído e a ventilação são considerados adequados. A Tabela 04 destaca a dimensão Organização do HU-UFSC.

Tabela 04: Dimensão Organização

Organização	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A burocracia atrapalha o meu trabalho.	23,32%	24,23%	29,12%	9,66%	13,66%
A estrutura organizacional (funções e responsabilidades) está claramente definida e agiliza a realização do meu trabalho.	26,80%	29,02%	27,45%	7,97%	8,76%
Sinto-me sobrecarregado de serviço.	18,94%	20,93%	30,07%	11,13%	18,94%
A distribuição de trabalhos e tarefas é feita de forma adequada e organizada.	29,34%	26,77%	27,03%	8,11%	8,75%
Minha área apresenta a quantidade de pessoal suficiente para atingir os resultados de trabalho esperados.	15,29%	17,20%	18,85%	14,90%	33,76%
Os prazos para a realização do meu trabalho são satisfatórios.	39,87%	27,48%	21,03%	5,29%	6,32%
Tenho as informações e os materiais necessários para a execução de minhas atividades.	27,90%	26,37%	22,42%	10,83%	12,48%
Sinto-me desgastado pela rotina dos trabalhos que executo.	15,62%	16,65%	28,30%	16,52%	22,92%
O meu trabalho me gratifica porque utilizo diferentes tipos de habilidades e conhecimentos.	43,38%	27,11%	19,80%	3,91%	5,80%

Fonte: Dados primários

Dessa dimensão, a quantidade de 33,76% pessoas discordando totalmente sobre a quantidade pessoal suficiente para atingir os resultados de trabalho esperados, contribui para os dados do DOS, na qual muitas seções não possuem a quantidade necessária de pessoal como afirmado pelos funcionários. A Dimensão Saúde apresentada na Tabela 05, refere-se às ações da organização para a prevenção de doenças ocupacionais e situações de stress. Abrange as seguintes questões:

Tabela 05: Dimensão Saúde

Saúde	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Considero que o nível de prevenção de doenças ocupacionais no meu ambiente está adequado.	12,55%	14,07%	27,88%	13,81%	31,69%
Em casa, quando o telefone toca fico preocupado porque pode ser alguém ligando sobre algum problema de trabalho.	11,82%	9,53%	14,87%	11,05%	52,73%
Muitos colegas tiveram um esgotamento por causa das exigências de seu trabalho.	22,52%	13,87%	27,10%	11,20%	25,32%

Fonte: Dados primários

Sobre os clientes do HU-UFSC cabe destacar alguns dados, obtidos através de uma pesquisa realizada pela empresa de consultorias Ação Júnior na qual o autor do presente trabalho atuou como gerente e consultor do projeto. Os objetivos principais da pesquisa eram verificar o perfil do usuário do Hospital Universitário e avaliar sua satisfação na utilização de seus serviços, nas áreas de emergência, ambulatório e internação. Os questionários foram aplicados no período de 29/08/05 a 12/09/05 através de uma amostra não probabilística utilizando para cálculo dessa amostra o Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar de 2004, participaram dessas entrevistas usuários da internação, emergência e ambulatório, num total de 817 questionários validados alcançando um erro de amostra de 3,49% considerando os dados apresentados pelo boletim. A Tabela 06 e a Figura 03 indicam os resultados sobre a Idade:

Tabela 06: Idade dos usuários HU-UFSC

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Abaixo de 20 anos	85	85	10,4%	10,4%
Entre 21 e 27 anos	111	196	13,6%	24,0%
Entre 29 e 34 anos	105	301	12,9%	36,8%
Entre 35 e 41 anos	140	441	17,1%	54,0%
Entre 42 e 48 anos	84	525	10,3%	64,3%
Entre 49 e 55 anos	83	608	10,2%	74,4%
Entre 56 e 62 anos	60	668	7,3%	81,8%
Acima de 63 anos	143	811	17,5%	99,3%
Não respondeu	6	817	0,7%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

Verifica-se na análise dos dados que a maioria dos usuários do HU situa-se nas faixas etárias: acima dos 63 anos, 17,5%, e também entre os 35 e 41 anos, 17,1%.

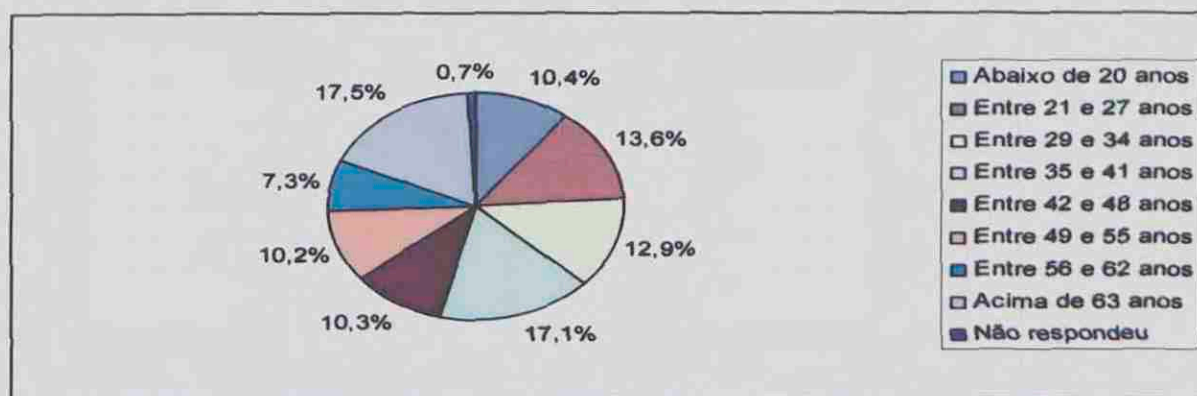


Figura 03: Idade dos usuários HU-UFSC

Fonte: Dados primários

Quanto ao sexo dos usuários, a Tabela 07 e a Figura 04, ilustram bem sua diferença:

Tabela 07: Sexo dos usuários HU-UFSC

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Masculino	314	314	38,4%	38,4%
Feminino	501	815	61,3%	99,8%
Não respondeu	2	817	0,2%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

Analisando a tabela da variável sexo, percebe-se que há uma diferença significativa entre os usuários do sexo feminino representam, 61,3% dos usuários e dos usuários masculinos, 38,4%. Pode-se perceber uma predominância de pessoas do sexo feminino nos atendimentos do HU-UFSC.

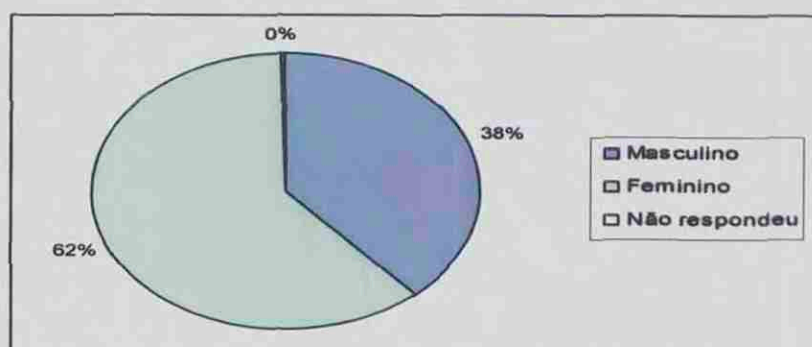


Figura 04: Sexo dos usuários HU-UFSC.

Fonte: Dados primários

A Tabela 08 e a Figura 05 fazem distinção quanto ao tipo de usuário:

Tabela 08: Tipo de usuário do HU-UFSC

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Habitual	176	176	21,5%	21,5%
Esporádico	625	801	76,5%	98,0%
Não respondeu	16	817	2,0%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

Analisando os dados referentes aos usuários do HU-UFSC, percebe-se que a grande maioria, 76,5% são de usuários esporádicos dos serviços do hospital, e que somente 21,5% dos entrevistados afirma utilizar de forma habitual ou periódica os serviços do hospital.

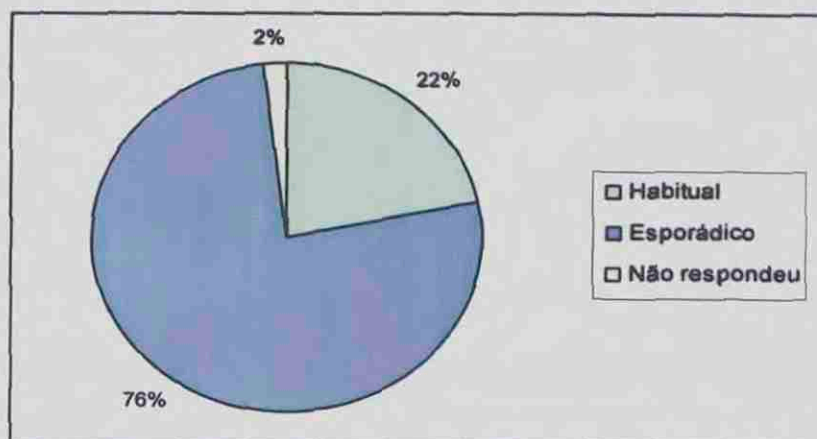


Figura 05: Tipo de usuário do HU-UFSC

Fonte: Dados primários

A Tabela 09 distingue a procedência desses usuários:

Tabela 09: Procedência do usuário HU-UFSC

	Freqüência Absoluta	Freqüência Absoluta Acumulada	Freqüência Relativa	Freqüência Relativa Acumulada
Florianópolis	443	443	54,2%	54,2%
Grande Florianópolis	215	658	26,3%	80,5%
Outras cidades	153	811	18,7%	99,3%
Não respondeu	6	817	0,7%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

Verifica-se quanto à procedência dos usuários que a maioria, 54,2%, é procedente da cidade de Florianópolis e 26,3% das cidades pertencentes à Grande Florianópolis, resultando num percentual acumulado de 80,5% dos usuários que são procedentes da capital ou de sua área de abrangência. É importante verificar que somente 18,7% dos entrevistados procedem de outras cidades.

A Tabela 10 apura a escolaridades desses usuários:

Tabela 10: Escolaridade do usuário HU-UFSC

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Analfabeto	48	48	5,9%	5,9%
Básico (1ª a 4ª)	235	283	28,8%	34,6%
Fundamental (5ª a 8ª)	215	498	26,3%	61,0%
Médio (2º grau)	222	720	27,2%	88,1%
Superior	65	785	8,0%	96,1%
Pós Graduação	9	794	1,1%	97,2%
Não respondeu	23	817	2,8%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

A pesquisa mostra também que há um empate, devido ao erro de amostragem, quanto à escolaridade dos usuários. Percebe-se que há uma distribuição relativa entre os que possuem o ensino básico, 28,8%, o ensino fundamental, 26,3%, e o ensino médio, 27,2%.

Analisando de forma geral os dados sociais colhidos na pesquisa percebe-se que a maioria dos usuários do HU-UFSC situa-se nas faixas etárias acima de 63 anos e também entre 35 e 41 anos, sendo que em sua maioria são do sexo feminino.

Ocorre também que esse número de usuários é considerado esporádico sendo que utiliza os serviços do hospital há menos de um ano, com aproximadamente entre 2 e 6 utilizações neste período. Constatou-se também que a maioria dos usuários é procedente da cidade de Florianópolis e sua escolaridade encontra-se entre os ensinos básico e médio.

Outros dados colhidos durante a pesquisa permitem observar outras informações valiosas para esse trabalho. Dentre esses dados destaca-se como o usuário do HU-UFSC classifica o hospital, resultado demonstrado na Tabela 11:

Tabela 11: Classificação do HU-UFSC pelo usuário

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Excelente	220	220	26,9%	26,9%
Bom	469	689	57,4%	84,3%
Regular	113	802	13,8%	98,2%
Ruim	9	811	1,1%	99,3%
Péssimo	5	816	0,6%	99,9%
Não respondeu	1	817	0,1%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

Uma das principais questões daquela pesquisa evidenciava que 84,3% dos entrevistados consideraram ou bom (57,4%) ou excelente (26,9%), os serviços gerais oferecidos pelo HU. Ainda há um número de 13,8% de indivíduos que considerou como regular a situação que o HU está atuando. Apenas pessoas atendidas pelo hospital foram entrevistadas, caracterizando-os assim como usuário, sendo divididas nas áreas de emergência, ambulatório e internação, com o devido tratamento estatístico.

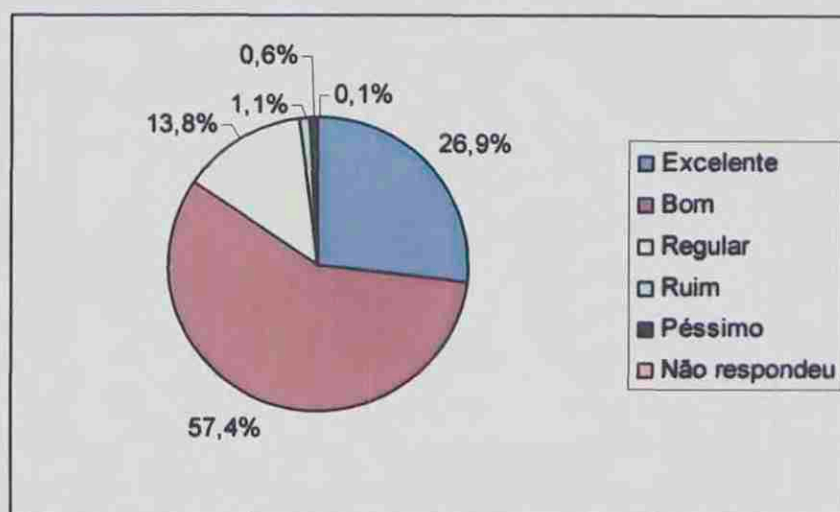


Figura 06: Classificação do HU-UFSC pelo usuário

Fonte: Dados primários

Outra pergunta realizada durante pesquisa procurou medir se o usuário, em caso de necessidade, voltaria a utilizar dos serviços do HU-UFSC:

Tabela 12: Caso necessário voltaria a utilizar os serviços do HU-UFSC?

	Frequência Absoluta	Frequência Absoluta Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Sim	782	782	95,7%	95,7%
Não	28	810	3,4%	99,1%
Não respondeu	7	817	0,9%	100,0%
Total	817		100,0%	

Fonte: Dados primários

Quando indagados sobre se utilizariam novamente os serviços do HU, 95,7% dos seus usuários entrevistados na pesquisa, afirmam que utilizariam novamente os serviços caso necessário. Somente 3,4% asseguraram que não fariam isso novamente.

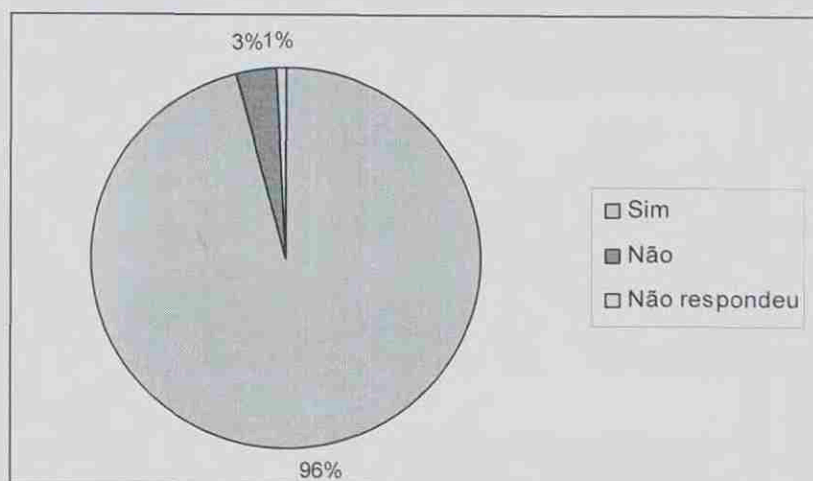


Figura 07: Caso necessário voltaria a utilizar os serviços do HU-UFSC?
 Fonte: Dados primários

Dentre os primeiros motivos lembrados pelos quais os usuários voltariam a utilizar as estruturas do HU, destaca-se o atendimento com 35,5% da preferência dos usuários, seguido pela equipe de saúde com 11,6% das citações e também a necessidade sendo apontada por 10,3% das pessoas.

4.2 Seções analisadas

A averiguação da viabilidade de implantação das normas de acreditação no Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina se fundamentou no aprofundamento teórico no sistema de acreditação hospitalar proposto pela Organização Nacional de Acreditação.

Após esse estudo buscou-se proceder a uma avaliação do Hospital utilizando o Diagnóstico Organizacional Simplificado proposto pela ONA. O documento proposto possui 8 grandes seções, além de possuir itens de verificação obrigatórios e outros que devem ser aplicados de acordo com as características do hospital.

Neste estudo o foco foi dirigido para as seções obrigatórias consideradas Meio pela direção do Hospital:

- a) Liderança e administração
- b) Organização profissional
- c) Apoio técnico
- d) Abastecimento e apoio logístico
- e) Infra-estrutura
- f) Ensino e pesquisa

Na seção 01 - Liderança e Administração, composta pelas subseções Direção e Liderança, Gestão de Pessoas, Administrativa e Financeira, Gestão de Materiais e Suprimentos e Gestão da Qualidade, todas as áreas foram analisadas.

A seção 02 - Organização Profissional também foi totalmente analisada, sendo composta pelas subseções de Corpo Clínico, Enfermagem e Corpo Técnico-Profissional.

As seções 03 e 04 correspondentes a Atenção Ao Paciente/Cliente e ao Diagnóstico, não foram analisadas, pois são classificadas como atividades-fim, não fazendo parte dos objetivos de análise da pesquisa.

No Apoio Técnico, seção 05, foram analisadas as subseções, Sistema de Informação do Cliente/Paciente, Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar, Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos e Segurança e Saúde Ocupacional.

A seção 06 - Abastecimento e Apoio Logístico é formada pelas seções: Processamento de Roupas – Lavanderia, Processamento de Materiais e Esterilização, Qualidade da Água, Materiais e Suprimentos, Higiene, Gestão da Segurança e Gestão de Resíduos.

Seção 07 - Infra-Estrutura é composta pelas subseções Gestão de Projetos Físicos, Gestão da Estrutura Físico-Funcional e de Manutenção Predial.

A seção 08 de Ensino e Pesquisa é formada apenas pela subseção Educação Continuada.

4.3 Resultados do Diagnóstico Organizacional Simplificado

Delimitadas as seções a serem analisadas o próximo passo foi o levantamento do universo das leis necessárias que dão suporte ao documento DOS, bem como os ajustes necessários tendo em vista o caráter público da organização. Nesse argumento, seguem-se os resultados em relação à avaliação do Diagnóstico Organizacional Simplificado no HU.

As entrevistas realizadas no Hospital possibilitaram uma avaliação da sua atual situação em relação às exigências relativas ao nível um de acreditação bem como verificar as iniciativas que o mesmo possui visando maior conscientização e participação dos clientes internos.

4.3.1 Seção Liderança e Administração

A primeira Seção do documento, Liderança e Administração, conforme apresentada no Quadro 03, é formada pelas Subseções Direção e Liderança, Gestão de Pessoas, Gestão Administrativa e Financeira, Gestão de Materiais e Suprimentos, e Gestão da Qualidade.

4.3.1.1 Subseção Direção e Liderança

A subseção Direção e Liderança possui 7 itens de orientação, sendo que desses, apenas um não está sendo cumprido como exposto no Quadro 6:

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Define competências, funções, atribuições e responsabilidades	X	
4. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança	X	
5. Organização dos processos e sistemas voltados para assegurar o cumprimento das normas vigentes e dos requisitos de segurança para os clientes.	X	
6. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.		X
7. Registros que evidenciem a memória e análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional (atas de diretoria, registro de reuniões ou de outros procedimentos de documentação).	X	

Quadro 06: Subseção Direção e Liderança
Fonte: Dados primários

Esses itens de orientação utilizam 16 documentos diferentes da legislação. Cabe lembrar que é necessário cumprimento de todos os artigos atrelados a cada item, obrigatório para ser considerado como de acordo, sinalizado por um sim. O não cumprimento de qualquer uma dessas legislações acarreta em uma marcação não. Cabe destacar ainda que algumas leis, resoluções e/ou decretos, estão revogadas e/ou modificadas, sendo adotada a última legislação aprovada, como citado no DOS (2007, pg. 01): “A legislação considerada durante o processo de avaliação, sempre será a legislação vigente, para tanto, cabe destacar que em caso de alterações ou substituição da legislação aqui citada, sempre será adotada a última legislação aprovada”.

O item de orientação seis foi sinalizado negativamente porque não existe o conhecimento de um Programa de Prevenção de Risco Ambiental.

4.3.1.2 Subseção Gestão de Pessoas

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança		X
4. Organização dos processos e gestão de recursos humanos.	X	
5. Serviço de pessoal com todos registros dos funcionários e habilitações específicas	X	
6. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.		X

Quadro 07: Subseção Gestão de Pessoas

Fonte: Dados primários

Sobre o item dois, há poucos funcionários no setor de acordo com o que foi citado pelos colaboradores do local, o que acaba gerando uma grande carga de trabalho para os servidores existentes. Outro problema apresentado é a falta de capacitação e treinamento de funcionários que foram alocados de outros setores para a Seção de Registro e Controle. Os funcionários citaram que já tomaram conhecimento de irregularidades em relação à folha de pagamentos do hospital, mas que devido à burocracia e desinteresse da Direção, essa detecção de irregularidades não é levada adiante.

O trabalho é realizado dentro de escritório e sua infra-estrutura não apresenta problemas, no entanto verificou-se a falta de ergonomia dos equipamentos e que os funcionários não recebem treinamento para evitar lesões por esforço repetitivo, fato esse que acarretou na avaliação negativa do item três.

O fator responsável pela não conformidade no item 06 é o não conhecimento sobre elaboração, implantação e desenvolvimento de um Programa de Prevenção e Risco Ambiental (PPRA), conscientizando os trabalhadores sobre sua importância como meio de controle de agravos à saúde do trabalhador.

No entanto a chefia de outro setor afirma que existe sim um programa dessa natureza, que as pessoas responsáveis pela sua realização é o pessoal de segurança do Trabalho da UFSC, sendo que a Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho realiza também inspeções, com foco nas condições de trabalho. Existe portanto a necessidade desse programa se fazer conhecido e presente por todos os funcionários do HU-UFSC, independentemente de cargo e/ou área de trabalho.

4.3.1.3 Subseção Gestão Administrativa e Financeira

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança.	X	
4. Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.	X	
5. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.		X

Quadro 08: Subseção Gestão Administrativa e Financeira

Fonte: Dados primários

Durante a entrevista foi citado que existe um processo de aquisição, distribuição e controle dos insumos e recursos materiais duráveis, bem como registros, manejo e gerenciamento de bens. As áreas do hospital possuem cotas orçamentárias que são definidas no início do ano, permitindo um planejamento dessa área em relação às suas despesas e necessidades. O item dois recebeu avaliação negativa, pois o responsável pela área Administrativa e Financeira apesar de ser formada em Economia e possuir curso de Pós-graduação em Gestão da Saúde, está lotada na sua unidade de trabalho como Ensino Médio. O conflito existe pois a lei cita a necessidade da pessoa ser registrada com formação na área de atuação, mas devido ao processo de contratação do HU-UFSC se dar por concurso, através de edital próprio, é necessário um estudo mais aprofundado da compatibilidade dessas leis, com o intuito de verificar se essa situação é permitida ou não.

O item cinco foi considerado não de acordo pois novamente não há registros ou conhecimento sobre um Programa de Prevenção de Risco Ambiental nessa área do hospital.

Cabe salientar que existe um projeto de reforma para a área financeira em processo de licitação, com isso o espaço físico e a segurança estarão melhores adequados em acordo com a RDC 50. Essa reforma foi comentada como muito bem vinda e esperada pelos funcionários do local, que citaram como único problema do local a persistir então após a reforma, seria a falta de pessoal em quantidade suficiente a permitir uma divisão saudável de trabalho.

4.3.1.4 Subseção Gestão de Materiais e Suprimentos

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade conforme legislação	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança		X
4. Processos de planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos.	X	
5. Sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos (saneantes, degernantes, equipamentos, materiais, kits de reagentes, alimentos entre outros) utilizados em serviços de saúde.	X	
6. Gerenciamento dos critérios de seleção e de avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança.	X	
7. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.		X

Quadro 09: Subseção Gestão Materiais e Suprimentos

Fonte: Dados primários

O local destinado a Gestão de Materiais e Suprimentos é uma área reformada com ótimas condições de trabalho, possuindo um espaço amplo e com áreas de suporte, como cozinha, estando de acordo com a RDC 50.

Os itens três e sete não foram caracterizados como de acordo, pois novamente não existe conhecimento de um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais no local. No entanto existe conhecimento do Departamento de Segurança no Trabalho que faz a identificação de trabalho insalubre e perigoso, mas esse serviço foi visto com alguma deficiência devido à falta de número de pessoal e de capacitação.

4.3.1.5 Subseção Gestão da Qualidade

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade conforme legislação		X
2. Corpo funcional capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança		X
4. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.		X

Quadro 10: Subseção Gestão da Qualidade

Fonte: Dados primários

Não existe atualmente no hospital uma área ou pessoa responsável pela Gestão da Qualidade. Durante as entrevistas foi relatado que entre os anos de 1992 e 1996 existia uma área dedicada a qualidade, mas após troca de direção não existiu uma continuidade na mesma. Essa necessidade de continuidade foi um item muito destacado durante as entrevistas, que citam como um dos fatores mais importantes para o sucesso da implantação da Acreditação

no Hospital, a necessidade de continuidade nas atividades, independente de trocas de diretorias. A existência de uma área responsável pela Qualidade é considerada obrigatória pela Organização Nacional de Acreditação, cabendo ao hospital, portanto adequar-se a mesma.

4.3.2 Seção Organização Profissional

A segunda seção do documento, Organização Profissional, conforme apresentada no Quadro 03, é formada pelas Subseções Corpo Clínico, Enfermagem e Corpo Técnico-Profissional.

4.3.2.1 Subseção Corpo Clínico

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo clínico, habilitado e capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Existência de Regimento Interno com conhecimento formal de todo o Corpo Clínico.	X	
4. Relação dos médicos contratados e credenciados.	X	
5. Escala de médicos de plantão ativo ou à distância.		X
6. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo)	X	
7. Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente.	X	
8. Registros no prontuário de todos os atendimentos realizados.	X	
9. Prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.	X	
10. Definição dos consentimentos informados para os procedimentos de risco.	X	
11. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X

Quadro 11: Subseção Corpo Clínico

Fonte: Dados primários

O hospital possui regimento interno de acordo com as normas, mas que segundo funcionários, ele pode melhorar, principalmente quanto atribuições bem especificadas do diretor clínico, dos chefes de clínicas e da comissão ética.

A formação da equipe cirúrgica é de responsabilidade da Divisão de Clínica Cirúrgica, o pessoal foi apontado como devidamente qualificado, sendo que os auxiliares e instrumentadores são geralmente técnicos de enfermagem com formação em instrumentação.

Existe uma comissão de prontuário responsável pela fiscalização e garantia, dos itens considerados obrigatório segundo a legislação, mantêm também relação com a Comissão de Ética. Os prontuários no HU-UFSC são guardados por 17 anos, e suas informações são legais e sigilosas.

O hospital também possui uma equipe médica cirúrgica de plantão especializada em cirurgia vascular, caso o paciente necessite de outra especialização, o mesmo então é transferido após os primeiros procedimentos terem sido realizados. Os funcionários apontaram para as condições salariais que deixam muito a desejar e a falta de pessoal, acarretando em uma avaliação negativa do item 02.

Deve-se ressaltar que o HU-UFSC não possui uma lista de médicos credenciados, possuindo apenas relação de médicos contratados (estatuto público) e seletistas (processo pela FAPEU – Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária). Em relação ao item cinco, o hospital possui uma escala de médicos ativos, mas não a distância (sobreaviso) com exceção da Cirurgia Vascular e Endoscopia Digestiva Alta. Nesse caso os médicos não ganham hora extra, entrando num acordo em relação às horas de trabalho.

Uma das leis presente nos itens 6, 10 e 11, a Lei 11.105, merece um destaque. Essa lei estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente.

Foi apontado que existe uma Comissão Interna de Biossegurança (CIBIo), mas que falta muita capacitação e número de pessoal, acarretando em um serviço relapso e que sem sempre tem as normas seguidas. Existe, portanto, a necessidade de uma averiguação de como essa comissão esta formada e quais as melhorias são necessárias para seu serviço estar adequado em todos os setores.

4.3.2.2 Subseção Enfermagem

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo de enfermagem, habilitado e capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas.	X	
4. Chefia do serviço coordena a seleção e dimensionamento da equipe de Enfermagem	X	
5. Escala assegura a cobertura da assistência prestada e a disponibilidade de pessoal nas 24 horas em atividades descontinuadas.	X	
6. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo)		X
7. Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente.	X	
8. Registros de Enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados.	X	
9. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	

Quadro 12: Subseção Enfermagem

Fonte: Dados primários

O principal fator que levou a avaliação negativa dos itens 2 e 5 é a falta de pessoal. Essa carência de colaboradores disponíveis acarreta em problemas para a chefia, principalmente quanto a metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem, onde procura-se obedecer a Resolução COFEN nº 1.638/2002, mas que devido ao déficit de pessoal, acabam aplicam a realidade, que acaba por confundir o trabalho dos auxiliares e técnicos muitas vezes.

4.3.2.3 Subseção Corpo Técnico-Profissional

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo Técnico-profissional, habilitado e capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço	X	
3. Supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas.	X	
4. Chefia(s) do(s) serviço(s) coordena(m) a seleção e dimensionamento da equipe.	X	
5. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo)		X
6. Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente.	X	
7. Registros de procedimentos no prontuário do cliente/paciente completos, legíveis, datados e assinados com a respectiva identificação.	X	
8. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X

Quadro 13: Subseção Corpo Técnico-Profissional

Fonte: Dados primários

Os problemas referentes aos itens 5 e 8 novamente são devidos a falta de capacitação, referente a Lei 11105, nas outras legislações, tudo esta de acordo.

4.3.3 Seção Apoio Técnico

A quinta seção do documento, Organização Profissional, conforme apresentada no Quadro 03, é formada pelas Subseções Sistema de Informação do Cliente/Paciente, Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar, Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos, Segurança e Saúde Ocupacional.

4.3.3.1 Subseção Sistema de Informação do Cliente/Paciente

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança	X	
4. Sistemática de controle de entrada e saída, de circulação e mecanismos de segurança e rastreabilidade dos prontuários, documentos e registros do cliente/paciente.	X	
5. Prontuários, documentos e registros do cliente/paciente completos, legíveis e assinados com a identificação dos profissionais.		X
6. Registros de todos os atendimentos realizados.	X	
7. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
8. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.	X	

Quadro 14: Subseção Sistema de Informação do Cliente/Paciente
Fonte: Dados primários

O item cinco foi caracterizado negativamente, pois a política de armazenamento dos prontuários médicos não esta de acordo com a legislação consultada. O sistema de informatização e digitalização ainda não foi completamente implantado.

Não existe uma digitalização dos prontuários, e conseqüentemente não existe nenhum nível de garantia de segurança (estabelecido no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde).

A informatização refere-se ao processo de consulta dos arquivos, funcionando como um mecanismo de gerenciamento para consulta ao arquivo físico. A manutenção dos equipamentos utilizados é feita em caráter corretivo.

4.3.3.2 Subseção Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança		X
4. Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.	X	
5. Procedimentos para especificação, recebimento, instalação, operação, manutenção e descontinuidade (desativação) de equipamentos.	X	
6. Instalações elétricas conforme normas vigentes.		X
7. Equipamentos médico-hospitalares conforme normas vigentes.		X
8. Inventário dos equipamentos.	X	
9. Calibração, testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos.	X	
10. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos	X	
11. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X

Quadro 15: Subseção Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar
Fonte: Dados primários

As condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança foram muito criticadas pelos funcionários da subseção Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar. Eles citaram falta de condições de trabalho com segurança e que a sala destinada ao trabalho, além de não possuir uma mesa, é muito pequena. No entanto existe um projeto para a criação de um novo espaço, que estará dentro dos requisitos das leis, como a RDC 50. Essa condição também é aplicada para as instalações elétricas, as alas antigas não estão de acordo com a RDC 50, mas os novos projetos garantem a obediência às normas.

Sobre os equipamentos médico-hospitalares, conforme as normas vigentes, foi mencionado que os equipamentos funcionam corretamente, mas que muitos deles são antigos e as normais atuais levam em conta somente os equipamentos novos.

Os cuidados com os equipamentos (muitas vezes de um ambiente contaminado, com manchas de sangue, agulhas e poeira interna) em relação a segurança são feitos através do bom senso das pessoas que entram em contato com estes equipamentos. Não existem procedimentos pré-estabelecidos documentados, nem manuais com cuidados e uniformes de segurança.

4.3.3.3 Subseção Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
2. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial.	X	
3. Sistemática de documentação e registros correspondentes aos procedimentos de prevenção controle de infecções.	X	
4. Interação com o Laboratório de Microbiologia para definição do perfil de resistência microbiana.	X	
5. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X
6. Sistemática de vigilância epidemiológica de infecções e eventos adversos e a sua notificação para a autoridade sanitária.	X	
7. Gerenciamento de eventos adversos conforme legislação.	X	
8. Sistemática de interação formal com outros serviços.	X	

Quadro 16: Subseção Prevenção, Controle de Infecções, e Eventos Adversos

Fonte: Dados primários

A chefia responsável pela área de controle de infecção no HU-UFSC já participou do processo de acreditação em outro hospital e, portanto, conhece todos os procedimentos. A seção possui diversos manuais com normas, regras e procedimentos a serem seguidos, além de existir cobrança para realização de relatórios mensais e anuais, todos com base nas leis que regem essa parte de controle e infecção. Em relação ao item cinco, apesar da chefia e funcionários terem afirmado que existe um controle dos riscos ambientais e ocupacionais, não foi verificada a existência de um PPRA no local.

4.3.3.4 Subseção Segurança e Saúde Ocupacional.

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.		X
4. Sistema de acompanhamento, documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional.	X	
5. Desenvolve programas de saúde e segurança ocupacional conforme legislação vigente.	X	
6. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
7. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X

Quadro 17: Subseção Segurança e Saúde Ocupacional.

Fonte: Dados primários

Foi apontado por uma chefia que o hospital não possui uniforme padrão e que nem todas as áreas têm precauções padrões e rotinas de controle de infecção. O SASC – Serviço de Acompanhamento do Servidor possui um sistema de acompanhamento, documentação e registro correspondente aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional.

O HU-UFSC não possui uma CIPA – Comissão Interna para Prevenção de Acidentes, o responsável pelas suas atribuições é a Segurança e Medicina do Trabalho, mas que segundo funcionários do hospital, a mesma não atende a contento, não possuindo uma fiscalização efetiva e não dando suporte necessário.

O hospital também pratica ações de imunização ativa em profissionais de saúde que exerçam atividades de risco.

Existem reclamações por parte do pessoal administrativo que não recebem adicional de insalubridade, mesmo correndo risco muitas vezes, seja pelo ambiente ou pelos materiais em contato. Algumas secretarias também não recebem equipamentos de segurança.

4.3.4 Seção Abastecimento e Apoio Logístico

A sexta seção do documento, Seção Abastecimento e Apoio Logístico, conforme apresentada no Quadro 03, é formada pelas subseções Processamento de Roupas – Lavanderia, Processamento de Materiais e Esterilização, Qualidade da Água, Materiais e Suprimentos, Higiene, Gestão da Segurança, Gestão de Resíduos.

4.3.4.1 Subseção Processamento de Roupas – Lavanderia

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.		X
4. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.	X	
5. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X
6. Cumprimento das diretrizes de Controle de Infecção.	X	

Quadro 18: Subseção Processamento de Roupas – Lavanderia

Fonte: Dados primários

A área da lavanderia está muito bem estruturada, sendo construída de acordo com as necessidades do hospital e obedecendo a RDC 50, com cerca de 600m² e capacidade diária para 2.000kg de lavagem. Os equipamentos são submetidos à manutenção preventiva de quinze em quinze dias, mas caracterizada ainda como não satisfatória plenamente.

Existe uma sistemática de coleta, fornecimento e distribuição de roupas, que de acordo com os funcionários é muito bem executada. Possui também estrutura que permite conserto e confecção de roupas com o setor de costura. O espaço possui barreira física e controle da circulação de pessoas entre as áreas, com paredes entre as diversas partes da lavanderia (área de roupa suja, roupa molhada e roupa seca), dentro do que exige a ANVISA.

Os funcionários recebem treinamento tanto para utilização e procedimentos, quanto para os riscos ambientais, utilizando equipamentos de segurança e proteção no trato com as roupas (botas de borrachas, luvas para as altas temperaturas que são processadas as roupas na lavagem, na passagem e secagem, além de máscaras) e recebem adicional por insalubridade por ruído ou risco biológico.

No entanto alguns fatores acarretaram na avaliação negativa dos itens três e cinco. Não existe na área da lavanderia um local destinado, ou equipamento, para a prestação dos primeiros socorros. Caso ocorra algum acidente, o funcionário é encaminhado para a área de emergência. As roupas sujas vêm identificadas com as possíveis bactérias etiquetadas em saco plástico lacrado. No entanto verificou-se que nenhum procedimento diferenciado é adotado por parte dos funcionários da lavanderia, que tiram as roupas dos sacos e as colocam na máquina para lavar normalmente, inclusive junto com outras roupas. Apenas tomam o cuidado de usar luvas e máscaras.

Observou-se que o almoxarifado da lavanderia encontra-se em péssimas condições de conservação que inclusive apresenta vários sinais de oxidação e umidade. Uma das salas onde funcionários passam boa parte do tempo é totalmente insalubre, pois a umidade é grande, não há ventilação, o único ar condicionado do local não está funcionando. Foi sentido também um forte cheiro de tinta devido aos trabalhos de tinturaria que a lavanderia desenvolve. O almoxarifado esta servindo como depósito para outros equipamentos que não estão relacionados com os serviços de lavanderia, como pás e outras ferramentas, foram observadas também portas que foram descartadas pelo HU-UFSC e que deveriam estar no lixo, mas que ficam lá armazenadas de forma irregular.

A rampa de acesso do almoxarifado à lavanderia está em local externo à lavanderia e por isso possui areia entre um e outro, além de abandono de equipamento que aparentemente

não está mais funcionando. Isto não está em conformidade, pois tanto a areia que acaba ficando nos calçados dos funcionários e os equipamentos abandonados podem estar sendo focos de infecção (bactérias, germes, etc), pois o local está livre ao acesso de animais como gatos, cães, ratos, baratas, entre outros.

4.3.4.2 Subseção Processamento de Materiais e Esterilização

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.	X	
4. Sistema de registro e validação do processo de esterilização.	X	
5. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.	X	
6. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	
7. Cumprimento das diretrizes de Controle de Infecção.	X	

Quadro 19: Subseção Processamento de Materiais e Esterilização
Fonte: Dados primários

A área de processamento de matérias de esterilização está totalmente de acordo com as normas necessárias. Existe um fluxo unidirecional de limpeza, desinfecção e esterilização de matérias, sendo dividido em diversas etapas. Possui monitoramento e registro de controle do ciclo de esterilização por lotes. Seu sistema de control de estoque é realizado semestralmente, com controle de material externamente e internamente. Todos os funcionários trabalham devidamente uniformizados com Equipamento de Proteção Individual.

Existem precauções padrão e rotinas de controle de infecção dentro das normas exigidas, indo de condições de lavagem simples e anti-sepsia das mãos até um programa de manutenção preventiva dos equipamentos. A área destinada e os equipamentos utilizados, segundo os funcionários estão de acordo com as necessidades, existindo até duas barreiras sanitárias, entre a área do expurgo (limpeza e preparo) e a área de material esterilizado.

4.3.4.3 Subseção Qualidade da Água

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.		X
4.. Especificação da pureza da água reagente utilizada e procedimento para sua verificação.	X	
5. Limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação vigente.	X	
6. Reservatórios de água com capacidade para atender à demanda do estabelecimento, coberta permanentemente e com acesso restrito (em casos de laboratórios situados em edifícios comerciais, contactar a administração do edifício).	X	
7. A água utilizada na diálise nos serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva deve ter sua qualidade garantida, em todas as etapas de sua produção, conforme legislação vigente.	X	
8. Relação dos serviços especializados, para atendimento as demandas de manutenção em que o serviço não possua resolutividade.	X	
9. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
10. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	

Quadro 20: Subseção Qualidade da Água

Fonte: Dados primários

Em relação a Qualidade da Água, cabe destacar que a limpeza e desinfecção dos reservatórios de água é realizada semestralmente e que a rede de esgoto tem seu tratamento realizado pela CASAN – Companhia Catarinense de Águas e Saneamento. Foi destacado pela chefia, que geralmente não há uma manutenção preventiva dos equipamentos, pois não existe estrutura para sua realização. Foi citada também a falta de corpo pessoal dimensionado adequadamente às necessidades de serviço. A relação dos serviços especializados, para atendimento as demandas de manutenção em que o serviço não possua resolutividade não é tratada no HU, segundo chefia consultada.

4.3.4.4 Subseção Materiais e Suprimentos

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.		X
4. Planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos.	X	
5. Inspeção de recebimento de materiais e suprimentos.	X	
6. Sistema de aquisição que assegure a verificação e existência do registro sanitário dos medicamentos e produtos (saneantes, degermantes, materiais, kits de reagentes, alimentos entre outros) utilizados em serviços de saúde.	X	
7. Sistema de inutilização de materiais e suprimentos.	X	
8. Critérios de seleção e avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança.	X	
9. Instruções ao cliente interno quanto ao uso e conservação.		X
10. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
11. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	
12. Sistemática de interação formal com outros serviços.	X	

Quadro 21: Subseção Materiais e Suprimentos

Fonte: Dados primários

Os problemas apontados pelos funcionários na área de materiais e suprimentos foram a falta de pessoal necessário e a falta de uma área totalmente adequada de trabalho. Uma reforma dentro dos padrões da RDC 50 já esta prevista para o local.

4.3.4.5 Subseção Higiene

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.	X	
4. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.	X	
5. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	
6. Sistemática de manejo de resíduos conforme plano de gerenciamento e legislação vigente.	X	
7. Atuação conjunta com o Controle de Infecção (CI) na elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção.	X	

Quadro 22: Subseção Higiene

Fonte: Dados primários

A chefia citou que as condições de higiene e manutenção do ambiente estão melhorando após contratação de uma empresa terceirizada COMCAP – Companhia Melhoramentos da Capital. Essa decisão foi tomada visando aumento da qualidade e cumprimento de requisitos básicos. A manutenção preventiva dos equipamentos também é realizada por uma empresa terceirizada chamada Proaquitiva. Os colaboradores responsáveis recebem treinamento realizado pela CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4.3.4.6 Subseção Gestão da Segurança

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.	X	
4. Sistema de segurança social, predial, patrimonial e tecnológica da Instituição e para os clientes interno e externo.	X	
5. Capacitação para situações de emergência.	X	
6. Saídas de emergência claramente sinalizadas e de fácil compreensão.		X
7. Sinalização de segurança clara e de fácil compreensão para: obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência.		X
8. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
9. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X

Quadro 23: Subseção Gestão da Segurança
Fonte: Dados primários

A segurança no HU-UFSC aparenta ser deficiente, o acesso a diversos setores é pouco controlado e a circulação de pessoas é grande. Casos de furtos não são raros.

Segundo a chefia de Manutenção Predial, o hospital não possui saídas de emergência. Há apenas uma escadaria de emergência que não está concluída. Este problema é difícil de resolver porque o hospital não foi projetado com esta preocupação.

A sinalização não é adequada (placas, por exemplo) para ser utilizada no caso de obras ou manutenção, mas existem planos para a mudança desse quadro. No caso de obrar ou manutenção, são utilizadas fitas “zebradas” para restringir o acesso de pessoas ao local, entretanto, nem sempre os funcionários seguem esse procedimento.

Existe uma falta de pessoal para o reforço da segurança e um melhor controle de acesso. São poucas as áreas que possuem um planejamento de manutenção preventiva dos

equipamentos. Houve diversos casos de salas e/ou áreas sem extintores de incêndio ou ainda com a mangueira de água obstruída por mesas ou vasos.

4.3.4.7 Subseção Gestão de Resíduos

A gestão de resíduos não foi contemplada nessa pesquisa, no entanto a Empresa Júnior de Engenharia Sanitária e Ambiental da UFSC (EJESAN) em parceria com a Comissão de Controle de Infecções Hospitalar do HU-UFSC, esta responsável por regularizar todas as questões referentes a essa responsabilidade do hospital, principalmente quanto à aplicação da RDC/Anvisa nº. 306.

4.3.5 Seção Infra-estrutura

A sétima seção do documento, Seção infra-estrutura, conforme apresentada no Quadro 03, é formada pelas subseções Gestão de Projetos Físicos, Gestão da Estrutura Físico-Funcional, Gestão de Manutenção Predial e é muito relacionada à RDC 50 que trata das normas sobre instalações físicas.

4.3.5.1 Subseção Gestão de Projetos Físicos

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o cliente interno e externo, conforme normas e regulamentos correspondentes, inclusive normas de controle de infecção		X
4. Projetos atualizados e em conformidade com o edificado (arquitetônico, fundações e estrutural, elétrico-eletrônico, hidro-sanitário, prevenção e combate de incêndio, fluidos mecânico e climatização), com as devidas Anotações de Responsabilidade Técnica (ART).	X	
5. Alvará sanitário concedido pela autoridade competente..	X	
6. Alvará de localização e funcionamento expedido pela municipalidade..	X	
7. Planejamento de obras, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança.	X	
8. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
9. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	

Quadro 24: Subseção Gestão de Projetos Físicos

Fonte: Dados primários

Essa subseção merece especial destaque para o Art. 10º da Lei nº 6437/77 que são necessários para o cumprimento dos itens 1, 4 e 7 e para a RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações, necessário nos itens 3, 4, 5, 6 e 7.

O Art. 10º possui mais de 30 regulamentações na qual o hospital deve estar enquadrado. Nenhuma delas deixa de ser obedecida e levada em consideração no dia-a-dia do hospital.

Em relação a RDC 50, como já foi citado, os novos projetos do HU-UFSC empregam essa norma totalmente, mas algumas áreas ainda não estão de acordo com o pré-estabelecido na lei. Cada ambiente possui sua especificidade segundo a chefia, mas a maioria está correta. Questões como não levantar poeira na hora de realização de obras para não prejudicar pacientes são levadas em consideração. Vale destacar que não existe um programa de manutenção preventiva das condições estruturais.

4.3.5.2 Subseção Gestão da Estrutura Físico-Funcional

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
3. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.	X	
4. Pessoal treinado para orientação e controle do acesso à Organização nas 24h.	X	
5. Sinalização externa para orientar o acesso à Organização..	X	
6. Sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação.		X
7. Controle da circulação em áreas restritas.		X
8. Proteção contra intempéries.		X
9. Corrimão em todas as escadas.	X	
10. Disponibilidade de estrutura físico-funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação.		X
11. Acessos diferenciados para veículos e pedestres, de acordo com o perfil e a complexidade do serviço.	X	
12. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
13. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.	X	

Quadro 25: Subseção Gestão da Estrutura Físico-Funcional

Fonte: Dados primários

O HU-UFSC possui pessoal treinado terceirizado para orientação e controle do acesso à Instituição nas 24 horas, esses vigilantes são terceirizados. Eles estão em maior número

durante o período da manhã, quando existe o maior fluxo de pessoas. O treinamento e orientação são feitos pela empresa contratada, que recebe as devidas orientações pelos responsáveis do hospital.

A sinalização externa para orientar acesso à instituição existe, mas é considerada precária. Referente sinalização interna, o 1º andar é muito bem sinalizado, mas existem reclamações quanto a falta de sinalização nos outros andares.

O controle de circulação em áreas restritas é realizado em alguns lugares com fechaduras eletrônicas. Porém, muitas destas fechaduras são quebradas tanto pelos clientes/pacientes quanto pelos próprios funcionários.

Existe ocorrência de goteiras em determinados lugares, mas que são arrumadas assim que detectadas. Alguns funcionários alegaram má utilização dos elevadores para circulação vertical, às vezes o mesmo elevador é utilizado para transportar comida e levar o lixo para fora. Apenas os novos sanitários possuem barras de apoio.

4.3.5.3 Subseção Gestão de Manutenção Predial

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Responsabilidade técnica conforme legislação.	X	
2. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.		X
3. Escala de plantão, ativo ou à distância, para reparos de emergência, nas 24 horas.		X
4. Condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança.	X	
5. Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.	X	
6. Gerenciamento, operação e controle dos sistemas de: água, energia elétrica, gases, vapor, efluentes líquidos, proteção contra descarga elétrica, climatização, combate a incêndio, alerta e emergência, telefonia e rede lógica, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.	X	
7. Gerenciamento, operação e controle dos equipamentos de infra-estrutura (elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, entre outros), de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.		X
8. Sistemas de conservação e recuperação da estrutura física predial e do mobiliário, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço.	X	
9. Limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação vigente.	X	
10. Sistemática de manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos.		X
11. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.		X

Quadro 26: Subseção Gestão de Manutenção Predial

Fonte: Dados primários

O serviço de Manutenção e a seção de Manutenção Predial são responsáveis pela infra-estrutura do hospital. Eles incluem as oficinas de hidráulica, pintura, alvenaria, refrigeração, elétrica e mecânica.

Os funcionários são servidores, terceirizados e bolsistas. Em relação a quantidade de trabalhadores das oficinas, o número de carpinteiros e marceneiros é considerado pequeno. Alguns desses funcionários são analfabetos. Outro problema enfrentado é a falta de capacitação e treinamento de funcionários que foram alocados de outros setores para a Manutenção e Manutenção Predial.

Os funcionários não recebem treinamento para o uso de equipamentos de proteção individual, sobre biossegurança ou sobre situações gerais de emergência. Os funcionários recebem treinamento apenas para as situações de emergência específicas de suas atividades (exemplo: emergências envolvendo gases medicinais). Não são realizados exames periódicos para controle da saúde dos trabalhadores.

Não existe treinamento também no que tange a identificação de áreas de risco do hospital. Para realizar manutenção, os funcionários podem levar equipamento de um determinado setor para as oficinas; entretanto, segundo a chefia, estes equipamentos não recebem uma limpeza que diminua as chances que ele chegue contaminado às oficinas ou que volte contaminado para o setor de origem.

Outro problema apontado é a falta de sincronia entre o hospital e o setor. Um exemplo foi o caso da reforma da Emergência Pediátrica, que segundo a chefia, os objetivos da obra foram alterados ao longo de sua execução, o que prejudica a gestão de pessoas, de cronograma e de aquisições de materiais do setor.

A manutenção preventiva ocorre apenas nos aparelhos de refrigeração. A chefia considera que um planejamento melhor possibilitaria a manutenção preventiva em outras áreas. Por exemplo, a caixa de água do hospital (que está sob responsabilidade do setor) está com impermeabilização inadequada e a tubulação está enferrujada.

As oficinas do setor estão localizadas em ambientes pequenos e poucos ventilados, entretanto, os funcionários costumam trabalhar no próprio hospital e não nas oficinas. Na oficina de pintura os funcionários improvisaram mais furos no exaustor para aumentar a sua capacidade de absorção.

Alguns materiais que deveriam ser armazenados no almoxarifado da Manutenção ficam no corredor de outro prédio (o prédio das chefias da Manutenção). Não há um sistema

que permita rastrear os materiais comprados antes de sua chegada ao almoxarifado. O rastreamento após a chegada ocorre com as peças maiores, que são cadastradas no Patrimônio.

Em relação à instrução dos funcionários para a utilização de equipamentos, a chefia considera que não há o uso adequado e, portanto, falta de bom senso e de educação dos funcionários.

O plantão ativo ocorre apenas com a manutenção elétrica; o plantão à distância ocorre com a refrigeração. Existe a demanda por plantão hidráulico, e alguns encanadores atendem no período da noite quando chamados para resolver problemas, entretanto, eles não recebem hora-extra. O setor funciona no horário comercial (exceto os citados plantões), o que complica a realização de reformas em alguns setores que mantêm contato direto com o paciente. Existe sobrecarga de trabalho nas segundas-feiras pois o setor não funciona nos finais de semana.

Por fim, a chefia considera que existe a real necessidade de mais um elevador no hospital, e que devido as recentes reformas no hospital, a atualização das plantas é dificultada, mas que um dos objetivos do setor é manter a planta corretamente atualizada.

4.3.6 Seção Ensino e Pesquisa

A oitava e última seção do documento, Seção Ensino e Pesquisa, conforme apresentada no quadro 03, é formada pela subseção Educação Continuada como observado no Quadro 27:

ITENS DE ORIENTAÇÃO	SIM	NAO
1. Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.	X	
2. Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança.	X	
3. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.	X	

Quadro 27: Subseção Ensino e Pesquisa
Fonte: Dados primários

A pesquisa no HU-UFSC deve possuir aval da direção antes de passar pelo comitê de ética, o Serviço de Capacitação (vinculado ao Departamento de Pessoal) é responsável por estabelecer diretrizes na formação e educação continuada dos funcionários.

O hospital incentiva estratégias de educação continuada, através do Plano Anual de Capacitação vinculado a Reitoria da Universidade.

Cabe destacar que em relação a RDC 50, foi citado que não existe um conhecimento difundido entre os funcionários sobre essa lei e ela é utilizada apenas nas mudanças mais recentes.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O mercado exige que as organizações se adaptem a diferentes pressões exercidas por ele, seja de caráter legal ou financeiro, é imperativo que as organizações não parem no tempo, e procurem sempre oferecer aquilo que é desejado pelos clientes e órgãos fiscalizadores. Nesse panorama, a qualidade desponta não apenas como um diferencial competitivo, mas também como fator necessário para atender padrões mínimos de exigência.

Tendo em vista esse cenário, o HU-UFSC pretende alcançar inicialmente o nível 01 em acreditação hospitalar segundo os padrões da Organização Nacional de Acreditação. Um dos itens nesse planejamento é a verificação do hospital quando as conformidades do mesmo perante a legislação exigida.

De acordo com o manual desenvolvido pela ONA (2006) o nível 01 em acreditação é básico, evidenciando o zelo pela segurança indispensável nas atividades da organização, procurando atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para sua atividade conforme legislação correspondente.

Dessa forma, apresentou-se como proposta do presente estudo verificar a viabilidade da implantação das normas de Acreditação Hospitalar no Hospital Universitário no HU-UFSC.

Para atingir o objetivo principal foram desenvolvidos objetivos específicos com o intuito de identificar o que é necessário e como se dá o processo de acreditação hospitalar.

Em conformidade com a análise dos fundamentos que compõe a acreditação hospitalar pode-se observar toda a construção histórica relacionada ao tema, e como o fator qualidade começou a despontar na realidade brasileira. O estudo de sua estruturação também permitiu entender todo o processo e quais atividades o hospital deve executar para alcançar os diferentes níveis de acreditação.

A identificação e análise dos elementos que compõem o sistema de acreditação hospitalar proposto pela Organização Nacional de Acreditação permitiu visualizar o porquê dos diferentes níveis de acreditação, bem como objetivos e as necessidades de cada um desses patamares de qualidade. Segundo a ONA (2006a) é possível de ser alcançado três diferentes níveis de acreditação. O nível dois estabelece padrões de processos, programa de treinamento e melhoria contínua, identificação de todos fornecedores e ainda criação de grupos de trabalho, envolvidos com a melhoria de processos e interação institucional.

Após os elementos das normas de acreditação hospitalar, necessários para o alcance do nível 01 em acreditação serem identificados foi possível iniciar o estudo e aplicação do Diagnóstico Organizacional Simplificado, disponibilizado pela ONA, no HU-UFSC, nas seções classificadas como Meio pelo hospital.

Essas entrevistas foram dirigidas para as pessoas responsáveis pela subseção em análise, geralmente as chefias, mas também foram consultados os funcionários e também levadas em consideração todas as informações levantadas e apontadas durante esse processo.

De acordo com os resultados das entrevistas, percebe-se que algumas pessoas já possuem noção do que é a acreditação hospitalar no HU-UFSC. Os seminários e trabalhos de conscientização realizados pelo hospital ajudam em uma maior participação, das chefias e colaboradores, bem como ajuda a disseminar o conhecimento sobre o tema.

Algumas subseções já estão plenas de acordo com a legislação necessária, e outras próximas da plenitude.

A forma de contratação do HU-UFSC, por meio de concursos, permite um controle muito grande no item responsabilidade técnica conforme legislação. Como possui um regimento interno, não adota a Consolidação das Leis do Trabalho. A definição de competências, funções, atribuições e responsabilidades é muito clara e documentada em diversas áreas. O Departamento de Pessoal realiza trabalhos com o intuito de garantir o direitos de todos funcionários e a conscientização desses mesmos.

A Lei 8.666 que trata de licitações permite um controle sobre os fornecedores do HU-UFSC, que devem estar com a documentação em dia com vários órgãos de fiscalização e ainda obedecer a todo o processo dos pedidos de compras.

No entanto, foram identificados alguns fatores negativos com o resultado das entrevistas. Muitas seções não têm dimensionado adequadamente a quantidade de funcionários às necessidades do serviço, o que muitas vezes acarreta na sobrecarga de atividades e conseqüentemente um maior consumo das energias do colaborador. Alguns setores também não possuem o devido treinamento, seja no manuseio de equipamentos ou na segurança das atividades.

Quanto às condições estruturais e operacionais que atendem aos requisitos de segurança, na época em que o hospital foi construído segundo a direção, ainda não existia a RDC 50, sendo que seu projeto não obedeceu a essas normas. Mas o HU-UFSC está reformando muitas de suas áreas, e esses projetos contemplam a RDC 50 em sua totalidade.

Foi verificado também falta de manutenção preventiva nos equipamentos em algumas áreas do hospital, apenas algumas áreas possuem esse costume no cuidado dos aparelhos. Existe uma importância nesse item, pois ele além de garantir uma vida-útil mais longa ao equipamento, ajudando a diminuir seus custos, também propicia mais segurança para colaboradores e usuários.

Em relação à segurança do hospital, esse é um ponto deficiente. Desde a segurança nos clientes até a segurança dos colaboradores, alguns itens foram considerados inadequados, ou até mesmo não existentes. As falhas de segurança vão desde o acesso ao hospital, normas mínimas de segurança como uma sinalização adequada, até casos de emergência. Esse quesito deverá ser muito bem estudado pela direção do HU-UFSC, na qual um planejamento sério deve ser desenhado, a fim de enquadrar o hospital em todos os requisitos de segurança pela legislação.

Pode-se verificar também que a identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança são poucos difundidos, ou até não utilizados em áreas administrativas. Houve casos em que todos os itens estavam de acordo, mas os colaboradores não sabiam dos seus direitos, ou o porquê de determinados cuidados a serem tomados.

Analisando os dados coletados na pesquisa com Clima organizacional, pode-se perceber que as informações da pesquisa estão de acordo com os resultados apresentados pelo DOS, na qual muitas pessoas citam a falta de pessoal, com conseqüentemente acúmulo de tarefas e maior desgaste de energia. Bem como a falta de uma maior fiscalização quanto aos Programas de Prevenção de Risco Ambiental e as NR's.

Números como apenas 47,1% dos funcionários concordando ou concordando totalmente com a afirmação de que a segurança no trabalho no hospital é vista como importante e prioritária é preocupante e resume muito bem dados apresentados pelo DOS. Existe segurança no HU-UFSC, mas não disseminado por toda a instituição.

Resgatando as palavras de Fitzsimmons (2000) que ressalta a importância da qualidade em serviços de saúde indo além da qualidade dos cuidados ao paciente, mas também impactando sobre a família e comunidade, o hospital deve perceber que a garantia da qualidade de trabalho e de serviços devem ser perseguida para além de obter o selo de acreditação, também propiciar uma melhor qualidade de vida no ambiente em que está inserido.

Diante do apresentado, entendeu-se que o objetivo do estudo foi concluído. O Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina pode iniciar um processo de acreditação hospitalar dentro das normas exigidas pela ONA.

Nesse exato momento o HU-UFSC ainda não estaria apto a ser acreditado no primeiro nível pela ONA. No entanto, as não conformidades a serem trabalhadas não exigem recursos além da capacidade do hospital, muitas das modificações já estão sendo realizadas, como as diversas reformas obedecendo aos requisitos da RDC 50. Consta-se, portanto, que cabe a direção do mesmo continuar realizando atividades para permitir interação entre as seções e funcionários, criando uma corrente pela qualidade. O principal foco, de acordo com os resultados, é melhorar a segurança de um modo geral, partindo desde o acesso ao hospital, até questões como a ergonomia oferecida aos funcionários.

Outro tema que deve ser dada atenção, é a melhor divulgação e até mesmo, nos casos onde é necessário, da identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, aplicando esses cuidados também nos setores administrativos.

O HU-UFSC deve ainda criar e dar continuidade a uma seção exclusiva para tratar da Gestão da Qualidade, requisito obrigatório para certificação.

Salienta-se que pesquisas futuras devem ser realizadas nas seções consideradas fim pelo HU-UFSC (diagnóstico e atendimento) e nas seções que dependem das características do HU-UFSC. Outras linhas de pensamento podem ser dirigidas à maneira pelo qual o hospital poderia traçar linhas de ações para regularizar todos os itens do hospital, com o intuito de alcançar o selo de acreditação hospitalar nível um.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária -. **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 2004, vol. 38, no. 2, pp. 335-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Maio 2008.
- AZEVEDO C. S. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro 1993.
- BETTIO, Marília De. **Análise do impacto da Acreditação Hospitalar no processo de planejamento e qualidade na Gestão do Hospital Alemão Oswaldo Cruz**. 2007. 90f. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. - 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CASTRO, Cláudio de Moura. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 1978.
- CBA, **Consórcio Brasileiro de Acreditação**. Apresenta histórico, processo de acreditação, vantagens da acreditação. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>> Acessado em 14 de fevereiro de 2008.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Os Novos Paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas**. São Paulo: Atlas, 1998.
- _____. **Introdução à teoria geral da administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- DOS. **Instrumento – Diagnóstico Organizacional Simplificado**. Versão 2, Organização Nacional de Acreditação 2007.
- FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta paul. enferm. , São Paulo, v. 18, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Abril 2008. doi: 10.1590/S0103-21002005000200015
- FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J.; HÖRBE, Francisco José Soares. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman 2000.
- FOACOULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

- GALLIANO, Guilherme. **O método científico**: teoria e prática. São Paulo: Mosaico, 1979.
- GARVIN, D. A. **Gerenciando a Qualidade**: a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992. 357 p.
- GIANESI, Irineu G. N. CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços**: operações para a satisfação do cliente. – São Paulo: Atlas, 1994.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1988.
- _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- GOLÇALVES, Ernesto Lima. **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. – São Paulo : Saraiva, 2006
- GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Qualidade total e administração hospitalar**: explorando disjunções conceituais. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Abril 2008 doi: 10.1590/S1413-81232002000200012
- HU – **Plano 2012**. 2008. Apresenta informações relativas ao planejamento estratégico do Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/index.php?id=1>> Acesso em: 04 de Junho de 2008.
- JURAN, Joseph M. **JURAN na liderança pela qualidade**: um guia para executivos. São Paulo: Pioneira, 1993.
- KERLINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: EDUSP, 1980.
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica** – 3. ed. ver. e ampl. – São Paulo : Atlas, 1991.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de Marketing: metodologia, planejamento**. São Paulo: Atlas, 2005.
- MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na Saúde**: práticas e conceitos. Normas ISSO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. 435 p.
- MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde** : princípios básicos. São Paulo: J. C. Mezomo, 1995. 301p
- OLIVEIRA, D. de P. R. de. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar**: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. Dissertação de Mestrado Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ONA, **Organização Nacional de Acreditação**. 2008. Apresenta informações sobre a ONA, processo de acreditação, instituições acreditadoras e organizações acreditadas. Disponível em: <<http://www.ona.com.br>> Acesso em: 30 de Janeiro de 2008.

_____. – **Manual Brasileiro das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. 2006a. Disponível em: <<http://www.ona.com.br>> Acesso em: 04 de fevereiro de 2008.

_____. – **Manual Brasileiro de Normas para o Processo de Avaliação**. 2006b. Disponível em: <<http://www.ona.com.br>> Acesso em: 04 de fevereiro de 2008.

PALADINI, Edson Pacheco. **Qualidade total na prática: Implantação e avaliação de sistemas de qualidade total**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Gestão da qualidade: teoria e prática** – São Paulo : Atlas, 2000.

RICHARDSON, Roberto Jarry; PERES, Jose Augusto de Souza. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

ROCHA, Rudimar Antunes da. **Acreditação hospitalar**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2007a.

_____. **Gestão da qualidade hospitalar**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2007c.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo; BECKER, Grace Vieira; MELLO, Maria Ivone de. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANCHEZ, Kristiane Rico. **Sistema Integrado de Gestão em Organizações Hospitalares: um enfoque dirigido à Acreditação, NBR ISSO 9001, NBR ISSO 14001 e BS 8800**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003. 260 f.

SCHIESARI, Laura Maria César. KISIL, Marcos. **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros**. RAS - Vol. 5, Nº 18 – Jan-Mar, 2003.

TAUBLIB, D. **Controle de Qualidade Total: da teoria à prática em um grande hospital: relato da experiência de 4 anos no Centro de Unidades Médicas Integradas Santa Therezinha**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998. 179 p.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa**. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2007.

ANEXO – LISTA DA LEGISLAÇÃO UTILIZADA

Código de Ética Médica

Decreto - Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943 – CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

Decreto nº 20.377

Decreto nº 20.931 de 11/01/1932

Decreto nº 3.990/01

Decreto nº 77.052, de 19/01/76

Decreto nº 85.878/81

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987

Guia Básico para a Farmácia Hospitalar

Introdução do Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 1994

Lei nº 10.205/2001

Lei nº 11.105

Lei nº 2.604/55

Lei nº 4.769 de 09/07/65

Lei nº 5.433, de 08 de maio de 1968

Lei nº 5.991/73 regulamentada pelo decreto 74170/74

Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976

Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977

Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977

Lei nº 7.498/86

Lei nº 7.649/88

Lei nº 7.853/89

Lei nº 8.069/90

Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – Código de Defesa do Consumidor

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde

Lei nº 8.234 de 17 de setembro de 1991

Lei nº 8.967/94

Lei nº 9.394, de 20/12/96

Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997

Manual de Lavanderia Hospitalar. Brasília, 1986.

Manual de Limpeza. Brasília, 2002

Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 1994

Norma CNEN – NE – 3.02

Norma CNEN – NE - 3.06

Norma CNEN – NN – 3.01

Norma CNEN – NN – 3.03

Normas CNEN - 3.0

Normas CNEN - 3.05

NR- 26 aprovada pela Portaria nº. 3.214, de 8 de junho de 1978

NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual – CIPA

NR 7 – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional

NR 9

NRs do Ministério do Trabalho

Orientações Gerais para Central de Esterilização. Brasília, 2001

Portaria CVS nº 9/94

Portaria DNAEE nº 466/97

Portaria GM/MS nº 1.016/93

Portaria GM/MS nº 1016/93

Portaria GM/MS nº 1091/99

Portaria GM/MS nº 1884/94

Portaria GM/MS nº 2048/02

Portaria GM/MS nº 2616, de 12 de maio de 1998

Portaria GM/MS, nº 2657/04

Portaria Interministerial nº 482, de 16 de abril de 1999

Portaria MS nº 113/99

Portaria MS/SVS nº 453/1998

Portaria nº 127/95

Portaria nº 131, de 08/03/05

Portaria nº 1376/93

Portaria nº 1428/93

Portaria nº 15 ANVISA

Portaria nº 1737/04

Portaria nº 1863/03 GM

Portaria nº 2.662, de 22 de dezembro de 1995

Portaria nº 272, de 08 de abril de 1998

Portaria nº 272, de 08/04/98

Portaria nº 3214/78 MT com suas Normas Regulamentadoras

Portaria nº 326/97

Portaria nº 3432/98

Portaria nº 344, de 12/05/98 (Versão Republicada - 01.02.1999)

Portaria nº 518, de 25/03/04

Portaria nº 8, de 08/07/88 - DIMED

Portaria nº 802, de 08 de outubro de 1998

Portaria nº 802, de 08/10/98

Portaria SMS.G nº 2.535, de 24/10/03

Portaria SMSA-SUS/BH nº 066/99

Portaria SVS nº 453/98

Portaria/GM nº 2048/ 2002

Portarias MS nº 1469/00 e 36GM/90

PPRA, do Ministério do Trabalho

Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica – MS -1999

Programa Maternidade Segura e Programa Amigo da Criança

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - Ministério da Saúde

RDC ANVISA nº 135

RDC ANVISA nº 216

RDC ANVISA nº 219

RDC ANVISA nº 306

RDC ANVISA nº 307

RDC ANVISA nº 33/03

RDC nº 113/99

RDC nº 134

RDC nº 151 ANVISA

RDC nº 153, de 14/06/04 (revoga RDC 343/02)

RDC nº 154/04

RDC nº 18, de 28/01/03

RDC nº 184, de 22/10/01

RDC nº 185, de 22/10/01

RDC nº 189/03

RDC nº 20/06

RDC nº 210/03

RDC nº 220/04

RDC nº 302/05

RDC nº 307/02

RDC nº 33, de 19/04/00

RDC nº 343/00

RDC nº 343/02

RDC nº 59, de 27/06/00

RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações

RDC/Anvisa nº 153/04

RDC/Anvisa nº 185/01

RDC/Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004

RDC/Anvisa nº 343/02

Resolução CFF nº 179/87

Resolução CFF nº 300, de 30/01/97

Resolução CFF nº 303/97
Resolução CFF nº 304/97
Resolução CFF nº 357 de 20 de abril de 2001
Resolução CFF nº 358/01
Resolução CFF nº 430/2005
Resolução CFM nº 1.124/1983
Resolução CFM nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988
Resolução CFM nº 1.481/97
Resolução CFM nº 1.493/98
Resolução CFM nº 1.552/99
Resolução CFM nº 1.605/2000
Resolução CFM nº 1.627/2001
Resolução CFM nº 1.638/2002
Resolução CFM nº 1.639/2002
Resolução CFM nº 1342, de 08 de março de 1991
Resolução CFM nº 1363/93
Resolução CFM nº 1409/94
Resolução CFM nº 1451/95
Resolução CFM nº 1472/97
Resolução CFM nº 1490/98
Resolução CFM nº 1493/98
Resolução CFM nº 1627/01
Resolução CFM nº 1638/02
Resolução CFM nº 1657/02
Resolução CFM nº 1671/03
Resolução CFM nº 687/75
Resolução CFM nº 813/1977
Resolução CFM nº 997/80
Resolução CFN nº 304/03
Resolução CFN nº 200/98
Resolução CFN nº 218/99
Resolução CFN nº 222/99
Resolução CFN nº 223/99
Resolução CFN nº 227/99
Resolução CFN nº 333/04
Resolução CFN nº 334/04
Resolução COFEN nº 146/1992
Resolução COFEN nº 223/99
Resolução COFEN nº 293/04
Resolução COFEN nº 302/ 2005

Resolução CREMERJ nº 40/92
Resolução do COFEN nº 146/92
Resolução nº 027/04 CNEN – Norma NN 3.01
Resolução nº 06/88 CNS Normas Técnicas
Resolução nº 08/78 do COFFITO
Resolução nº 12/05 CONTER
Resolução nº 1231/86
Resolução nº 1451/95
Resolução nº 1638/02
Resolução nº 279/96
Resolução nº 283, de 12/07/01
Resolução nº 358, de 29/04/05
Resolução nº 418, de 29/09/04
Resolução RDC nº 12, de 02 de janeiro de 2001
Resolução RDC nº 216, de 15/09/04
Resolução RDC nº 63, de 06/06/00