

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

JAQUELINE SIQUEIRA ALCÂNTARA

**O ENDOMARKETING COMO TÉCNICA INTERVENIENTE NO
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DO HU-UFSC E SEUS
REFLEXOS À CULTURA ORGANIZACIONAL**

**FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

JAQUELINE SIQUEIRA ALCÂNTARA

**O ENDOMARKETING COMO TÉCNICA INTERVENIENTE NO
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DO HU-UFSC E SEUS
REFLEXOS À CULTURA ORGANIZACIONAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária do Departamento de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Administração Universitária.

Orientador: Prof. Dr. Rudimar Antunes da Rocha.

**FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alcântara, Jaqueline Siqueira

O endomarketing como técnica interveniente no processo de acreditação do HU-UFSC e seus reflexos à cultura organizacional [dissertação] / Jaqueline Siqueira Alcântara ; orientador, Rudimar Antunes da Rocha - Florianópolis, SC, 2012.

287 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Administração.

Inclui referências

1. Administração. 2. Acreditação hospitalar. 3. cultura organizacional. 4. endomarketing. 5. HU-UFSC. I. Rocha, Rudimar Antunes da . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

JAQUELINE SIQUEIRA ALCÂNTARA

**O ENDOMARKETING COMO TÉCNICA INTERVENIENTE NO
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DO HU-UFSC E SEUS
REFLEXOS À CULTURA ORGANIZACIONAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Administração Universitária”, e aprovada em sua forma final ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária do Departamento de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Data: 28 de junho de 2012.

Prof. Pedro Antonio de Melo Dr.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Prof. Rudimar Antunes da Rocha Dr. (UFSC – Brasil)
Orientador

Prof. Alberto de Souza Schimidt Dr. (UFSM- Brasil)
Membro

Prof. Mário de Souza Almeida Dr. (UFSC – Brasil)
Membro

Prof^a. Alessandra de Linhares Jacobsen Dr^a (UFSC – Brasil)
Membro

Eu fico com a pureza da resposta das crianças

“É a vida, é bonita e é bonita.”

Viver e não ter a vergonha de ser feliz

Cantar e cantar e cantar

A beleza de ser um eterno aprendiz.

Eu sei que a vida devia ser bem melhor

E será!

Mas isso não impede que eu repita:

É bonita, é bonita e é bonita.

(Gonzaguinha)

Ao meu pai Asdrubal (*in memoriam*) e à minha mãe Delice,
aos meus filhos Mariana e Mateus.

Compartilho com vocês a felicidade e imensa satisfação de concluir esta
dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai, criador do Universo, que me propiciou confiança e coragem para vencer este desafio.

Aos meus pais, Binha (*in memoriam*) e Lolo, que com muito amor sempre me incentivaram na caminhada pelo saber. Tenho muito orgulho de ser filha de vocês.

Aos meus filhos, Mariana e Mateus, os melhores presentes que a vida me deu, pela paciência nos momentos de ausência, pelo carinho, aconchego e colinho. Amo muito vocês!

Às minhas, irmãs e sobrinhos, pelo carinho e incentivo.

Às minhas amigas Miriam e Cristina, pela parceria, cumplicidade, força e principalmente pelo incentivo que me deram para que eu participasse da seleção do mestrado.

Aos amigos e parceiros de jornada no HU-UFSC, pelo apoio e estímulo.

Ao HU-UFSC, laboratório de estudo deste trabalho.

Aos Diretores de 1º escalão do HU-UFSC, que gentilmente se disponibilizaram a ser entrevistados.

Aos 268 profissionais do HU-UFSC, que possibilitaram a realização deste estudo, respondendo aos questionamentos do instrumento de pesquisa.

Aos demais colegas do mestrado, pelo companheirismo desenvolvido nestes dois anos de convivência.

Ao meu orientador prof. Rudimar, por acreditar em mim e pela parceria desenvolvida ao longo deste trabalho. De forma muitas vezes descontraída, compartilhou sabiamente comigo seus ensinamentos.

Enfim, a todos que de uma forma ou de outra estiveram presentes, torcendo para que eu alcançasse este objetivo.

Este foi um tempo não só de desenvolvimento profissional, mas principalmente de aprendizado e crescimento pessoal, ao qual me sinto muito agradecida.

RESUMO

A gestão da qualidade nas últimas décadas ultrapassou as fronteiras da indústria, chegando às organizações comerciais e às prestadoras de serviços, dentre elas as organizações prestadoras de serviços de saúde. Dentro deste contexto, o modelo de acreditação hospitalar emergiu como a ferramenta de gestão da qualidade, preconizando a padronização da assistência ao paciente ou cliente por meio da normatização e classificação dos hospitais em três níveis distintos, quais sejam: Nível 1; Nível 2; e Nível 3. Desta forma, em 1999, foi editado o primeiro Manual Brasileiro da Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2010). Razões pelas quais, elaborou-se a presente dissertação no Programa de Mestrado Profissional em Administração Universitária, um estudo de caso realizado no Hospital Universitário Polidoro Ernany de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) sobre esta problemática. As variáveis analisadas foram: Acreditação Hospitalar, cultura organizacional e endomarketing. A amostra obedeceu a dois momentos distintos: inicialmente foi realizada uma entrevista semiestruturada, intensiva e intencional, com o grupo de 14 dirigentes de primeiro escalão do HU-UFSC. Na sequência, aplicou-se um questionário estruturado e tratado de forma probabilística, do Tipo Likert, a 268 servidores que trabalham neste hospital. O período das coletas de dados foi de janeiro a março de 2012. As técnicas de tratamento dos dados foram quanti-qualitativas. Os dados quantitativos foram tabulados em planilha Excel e processados pelo programa SPSS®. Agregaram-se fontes secundárias que valorizassem a pesquisa. Conclui-se que o HU-UFSC é considerado pelos participantes da pesquisa um hospital de boa a muito boa qualidade de atendimento e assistência à saúde, mas requer algumas providências que enderecem à Acreditação Hospitalar Nível 1, tais como: reforçar a comunicação geral e, especialmente, o estreitamento das relações profissionais entre os dirigentes e os servidores. A ferramenta de comunicação mais sinalizada pelos participantes para contribuir no processo de sensibilização à Acreditação hospitalar foi a promoção de palestras sobre o referido programa e reuniões constantes a propósito deste tema. O estudo permitiu concluir ainda que o ambiente para a implantação da Acreditação Hospitalar, Nível 1, parece ser favorável para se iniciar este processo, desde que as técnicas e ferramentas de endomarketing sejam corretamente aplicadas, com o fito de remodelar de forma positiva a

cultura organizacional endereçada ao Nível 1, do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA, 2010).

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar. Cultura Organizacional. Endomarketing. HU-UFSC.

ABSTRACT

Quality management in the recent decades has exceeded the industry boundaries, reaching the commercial organizations and service providers, among them, organizations that provide health care services. Within this context, the hospital accreditation model has emerged as a tool for quality management, aiming at the standardization of patient care or client through the standardization and classification of hospitals into three distinct levels, which are: Level 1, Level 2 and Level 3. Thus in 1999, it was published the first manual of the Brazilian National Accreditation Organizations (ONA, 2010). On these issues this master's dissertation was elaborated to the University of Professional Master of Business Administration, a study case conducted at the University Hospital Polidoro Ernany de São Thiago - Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). The variables analyzed were: Hospital Accreditation, Organizational Culture and Internal Marketing. The sample followed two distinct moments: initially a semi-structured interview was conducted, intensive and intentional, with a group of 14 leaders first step at HU-UFSC. In the sequence, we applied a structured questionnaire and treated in a probabilistic manner, the Ukert Type, to 268 servers working in this hospital. The period of data collection was from January through March, 2012. The treatment techniques of quantitative and qualitative data were: Quantitative data formulated in an Excel spreadsheet and processed by SPSS®. And added to secondary sources that value the search. It is concluded that the UFSC-HU hospital is considered to have a good to a very good quality of health care and assistance by the research participants and requires some steps that addresses the Hospital Accreditation Level 1, such as strengthening the general communication and especially the strengthening of professional relationships between managers and servers, the communication tool most marked by the participants to contribute in the process of sensitization to Hospital Accreditation. Also it was mentioned the promotion of lectures on the program and constant meetings on the topic. It is thought that the environment for the implementation of the Hospital Accreditation, Level 1, seems to be favorable to start this process, since the internal marketing techniques and tools are correctly applied, aiming on reshaping a positive culture addressed to an organizational level, the Brazilian Manual of Hospital Accreditation (ONA, 2010).

Keywords: Hospital Accreditation, Organizational Culture, Internal Marketing, HU-UFSC.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Trilogia de Juran.....	46
Figura 2: Seções e subseções de aplicação obrigatória	67
Figura 3: Organização hospitalar	73
Figura 4: Processo de avaliação das organizações prestadoras de serviços de saúde.....	76
Figura 5: Composto de marketing expandido para serviços	80
Figura 6: O triângulo do marketing de serviços	81
Figura 7: Técnicas de marketing voltadas ao cenário hospitalar	84
Figura 8: O iceberg da cultura organizacional.	92
Figura 9: Níveis de cultura.....	93
Figura 10: Exemplo de conceito de cultura nas diversas correntes da antropologia.....	94
Figura 11: Dimensões de cultura de Goffe e Jones (1998)	99
Figura 12: Configuração das variáveis em estudo	104
Figura 13: Cálculo da amostra	108
Figura 14: À esquerda, início da edificação do HU-UFSC, e à direita, HU-UFSC em 2012.....	114
Figura 15: Configuração das variáveis estudadas	120
Figura 16: Servidores de assistência à saúde e servidores administrativos	121
Figura 17: Qualidade dos serviços de saúde prestados no HU-UFSC (servidores de assistência direta ao cliente).....	122
Figura 18: Qualidade dos serviços de saúde prestados no HU-UFSC (servidores administrativos).	123
Figura 19: Qualidade dos serviços de saúde prestados no HU-UFSC (servidores de assistência direta ao cliente e administrativos).	123
Figura 20: Qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC à comunidade (servidores da assistência direta ao cliente).	124
Figura 21: Qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade (servidores administrativos.).	125

Figura 22: Qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC à comunidade (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	125
Figura 23: Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	128
Figura 24: Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC (servidores administrativos).....	128
Figura 25: Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	129
Figura 26: Condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	130
Figura 27: Condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (servidores administrativos).	131
Figura 28: Condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	131
Figura 29: Critérios e procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	132
Figura 30: Critérios e procedimento de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC (servidores administrativos).	133
Figura 31: Critérios e procedimento de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	133
Figura 32: Acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	134
Figura 33: Acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).	135
Figura 34: Acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e servidores administrativos).....	135
Figura 35: Suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	137
Figura 36: Suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).	137

Figura 37: Suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	138
Figura 38: Manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	138
Figura 39: Manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC (servidores administrativos).	139
Figura 40: Manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	139
Figura 41: Cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	140
Figura 42: Cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC (servidores administrativos).	141
Figura 43: Cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	141
Figura 44: Cuidado com os resíduos hospitalares gerados no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	142
Figura 45: Cuidado com os resíduos hospitalares gerados no HU-UFSC (servidores administrativos).	142
Figura 46: Cuidado com os resíduos hospitalares gerados no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	143
Figura 47: Riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	144
Figura 48: Riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC (servidores administrativos).	144
Figura 49: Riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	145
Figura 50: Visualiza a implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	146
Figura 51: Visualiza a implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC (servidores administrativos).	146
Figura 52: Visualiza a implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	147

Figura 53: Inserção de novas técnicas de trabalho que contribuam com suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	151
Figura 54: Inserção de novas técnicas de trabalho que contribuam com suas atividades no HU-UFSC (servidores administrativos).	151
Figura 55: Inserção de novas técnicas de trabalho que contribua com suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	152
Figura 56: Seu desempenho profissional no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	153
Figura 57: Seu desempenho profissional no HU-UFSC (servidores administrativos).	154
Figura 58: Seu desempenho profissional no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	154
Figura 59: Reconhecimento profissional pela sua chefia imediata no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	155
Figura 60: Reconhecimento profissional pela sua chefia imediata no HU-UFSC (servidores administrativos).	156
Figura 61: Reconhecimento profissional pela sua chefia imediata no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	156
Figura 62: Capacitação dos profissionais na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	157
Figura 63: Capacitação dos profissionais na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores administrativos).	158
Figura 64: Capacitação dos profissionais na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	158
Figura 65: Alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	160
Figura 66: Alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).	160
Figura 67: Alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	161

Figura 68: Acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	162
Figura 69: Acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC (servidores administrativos).	162
Figura 70: Acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	163
Figura 71: Liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	163
Figura 72: Liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC (servidores administrativos).	164
Figura 73: Liderança e o relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	165
Figura 74: Relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	166
Figura 75: Relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC (servidores administrativos).	167
Figura 76: Relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	167
Figura 77: Relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	168
Figura 78: Relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC (servidores administrativos)...	169
Figura 79: Relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	169
Figura 80: Divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).....	174
Figura 81: Divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC (servidores administrativos).	175
Figura 82: Divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).....	176

Figura 83: Registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	177
Figura 84: Registros de informações, em geral,utilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).	178
Figura 85: Registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	178
Figura 86: Promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	179
Figura 87: Promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores administrativos).	180
Figura 88: Promoção de palestras de sensibilização sobre progamas de qualidade (Acrediação Hospitalar) na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	180
Figura 89: Palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC - promovidas pela administração (servidores da assistência direta ao cliente).	182
Figura 90: Palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC - promovidas pela administração (servidores administrativos).	183
Figura 91: Palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC - promovidas pela administração (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	183
Figura 92: Informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional (servidores da assistência direta ao cliente).	184
Figura 93: Informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional (servidores administrativos).	185
Figura 94: Informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	185
Figura 95: Informações inseridas na página do HU-UFSC para sua atividade profissional (servidores da assistência direta ao cliente).	186
Figura 96: Informações inseridas na página do HU-UFSC para sua atividade profissional (servidores administrativos).	187
Figura 97: Informações inseridas na página do HU-UFSC para sua atividade profissional (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	187

Figura 98: Informações fixadas no mural do seu setor de trabalho no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	188
Figura 99: Informações fixadas no mural do seu setor de trabalho no HU-UFSC (servidores administrativos).	189
Figura 100: Informações fixadas no mural do seu setor de trabalho no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	189
Figura 101: Comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	190
Figura 102: Comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC (servidores administrativos).	191
Figura 103: Comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	191
Figura 104: Comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).	193
Figura 105: Comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC (servidores administrativos).	194
Figura 106: Comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).	194

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais NBR-ISO relacionadas à Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.....	51
Quadro 2: Níveis de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.	69
Quadro 3: Meios de comunicação internos da organização.....	90
Quadro 4: Conceitos de cultura e de organização nas diferentes correntes.	95
Quadro 5: Elementos da cultura e seus conceitos.....	96
Quadro 6: Tipologias intra-organizacionais.....	100
Quadro 7: Atividades curriculares de ensino desenvolvidas no HU-UFSC.....	117
Quadro 8: Atividade profissional e tempo de serviço no HU-UFSC.	121
Quadro 9: Análise Estatística dos resultados da aplicação dos questionários com os servidores HU-UFSC.....	198
Quadro 10: Média, Desvio Padrão e Teste T dos Servidores de Assistência Direta ao Cliente do HU-UFSC.	199
Quadro 11: Média, Desvio Padrão e Teste T dos Servidores Administrativos do HU-UFSC.	202

LISTA DE SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS - Colégio Americano de Cirurgiões
AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSI Brasil - Sistema de Gestão
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DICQ - Sistema Nacional de Acreditação Ltda
DNV - Det Norske Veritas
FCAV - Fundação Carlos Alberto Vanzolini
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GL - Germanischer Lloyd Certification South América
GRID - Grupo Interno de Diagnóstico
HU - Hospital Universitário
IAHCS - Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
IQG - Instituto Qualisa de Gestão
IPASS - Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde
ISO - International Organization Standardization
JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO - Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
JCI - Joint Commission
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONA - Organização Nacional de Acreditação
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
PPGAU- Programa de Pós-graduação em Administração Universitária
PPH - Programa de Padronização de Hospitais
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais
Universitários Federais
RH - Recursos Humanos
SBAC – Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

SBHH – Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

SBPC – Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

SISREG – Sistema de Regulação

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	17
LISTA DE QUADROS	25
LISTA DE SIGLAS.....	27
1 INTRODUÇÃO	31
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	31
1.2 JUSTIFICATIVAS TEÓRICO-EMPÍRICAS.....	32
1.3 ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO	37
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	39
2.1 DESAFIOS DA QUALIDADE NA TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES.....	39
2.1.1 Enfoques preliminares da qualidade no tempo	39
2.1.2 Definições e tipologias de qualidade	44
2.1.3 Qualidade nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.....	53
2.2 ACREDITAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	58
2.2.1 As origens da Acreditação	59
2.2.2 Trajetória da Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde no Brasil.....	63
2.2.3 Os níveis e exigências para a Acreditação Hospitalar.....	67
2.2.4 Desafios administrativos para a Acreditação Hospitalar	71
2.2.5 Requisitos e procedimentos administrativos para a Acreditação Hospitalar.....	75
2.3 O MARKETING E O ENDOMARKETING.....	78
2.3.1 Marketing.....	78
2.3.2 O Endomarketing.....	83
2.4 CULTURA ORGANIZACIONAL	91
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	103
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	103
3.1.1 Perguntas de pesquisa	103
3.1.2 Relação entre as variáveis.....	104
3.1.3 Definição constitutiva das variáveis.....	104
3.1.4 Definição operacional das variáveis.....	105
3.2 DELIMITAÇÃO E PERSPECTIVA DA PESQUISA.....	105

3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA, NÍVEL E UNIDADE DE ANÁLISE	107
3.4 DADOS: TIPOS, TÉCNICA DE COLETA E TRATAMENTO..	109
3.4.1 Tipos de dados	109
3.4.2 Tratamento dos dados	110
3.4.3 Limitações da pesquisa	111
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	113
4.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO	113
4.2 ANÁLISE DE DADOS	119
4.3 DA PESQUISA.....	120
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	197
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	207
REFERÊNCIAS.....	211
APÊNDICES	221
ANEXOS.....	259

1 INTRODUÇÃO

Manter-se em um mercado altamente competitivo como o hodierno tem sido o grande desafio das organizações prestadoras de serviços de saúde, também conhecidas como aquelas responsáveis pela assistência à saúde. Isto porque as cobranças contemporâneas sobre qualidade na prestação de serviços se intensificaram neste tipo de organização, principalmente no Brasil, tendo em vista que a sociedade tem exigido um atendimento que satisfaça seus anseios, a partir de um tratamento qualitativo e de solução às suas enfermidades.

Aliado a este fato, está a crescente pressão dos órgãos governamentais, que impõem exigências legais para o cumprimento da assistência à saúde de forma equitativa, responsável e comparável aos países desenvolvidos. Por estas razões, as organizações prestadoras de assistência à saúde necessitam de mecanismos de gestão que lhes propiciem a sua sobrevivência, o seu crescimento e o seu desenvolvimento em prol de uma comunidade cada vez mais globalizada. Uma destas formas tem sido o incentivo à Acreditação Hospitalar, foco central deste estudo.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

As duas últimas décadas têm se caracterizado por diversas mudanças para as organizações que operam no cenário da prestação de serviços de saúde. No território nacional, o Governo Federal não ficou distante desta exigência de mercado. Ele passou a emitir esforços para redimensionar e remodelar a questão da imagem das organizações prestadoras de serviços de saúde, através de medidas comparativas de qualidade de atendimento destas organizações à população. A busca desta remodelação exigiu a criação de uma estrutura de suporte administrativo às organizações hospitalares como o ícone das organizações brasileiras prestadoras de serviços de saúde, por meio do Manual Brasileiro de Acreditação delegado à Organização Nacional de Acreditação (ONA) e às diversas instituições autorizadas para mensurar o que se convencionou chamar de Acreditação Nível 1, Nível 2 e Nível 3. Estes níveis são suportes à classificação do grau de qualidade em que tais organizações se encontram, dentro de critérios previamente estabelecidos para cada um destes níveis.

No cenário dos hospitais públicos universitários, a Acreditação ainda é um desafio elástico, pois na maioria dos casos os seus gestores não estão conseguindo acompanhar ou implantar as ações necessárias e relevantes que o Manual de Acreditação apregoa. Na esfera da Universidade Federal de Santa Catarina, esse hiato é real no seu Hospital Universitário – Hospital Ernani Polydoro de São Thiago (HU-UFSC). Por estas razões, no presente trabalho, resolveu-se focar a Acreditação como um desafio passível de ser alcançado, mas que precisa de um aparato administrativo e técnico que contribua na missão de agregar o selo de Acreditado ao HU-UFSC. Portanto, formatou-se para esta dissertação de mestrado, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, o problema de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos apresentados na sequência.

Como as técnicas do endomarketing podem contribuir para a adaptação da cultura organizacional do HU-UFSC, visando à implantação da Acreditação Hospitalar Nível 1 (ONA)?

O objetivo geral consiste em estudar a contribuição das técnicas do endomarketing como interveniente da cultura organizacional do HU-UFSC com vistas à implantação da Acreditação Hospitalar A.H. Nível 1 (ONA).

E como objetivos específicos:

- a) analisar a cultura organizacional vigente no HU-UFSC dentro dos preceitos da Acreditação Hospitalar Nível 1;
- b) selecionar as ferramentas de endomarketing indicadas para a sensibilização e alteração da cultura organizacional do HU-UFSC, visando a Acreditação Hospitalar Nível 1;
- c) estabelecer as técnicas do endomarketing para uma cultura organizacional voltada à Acreditação Hospitalar Nível 1 no HU-UFSC;
- d) apontar os passos que podem ser adotados para facilitar a implantação da Acreditação Nível 1 no HU-UFSC.

Na sequência, são destacadas as justificativas deste trabalho.

1.2 JUSTIFICATIVAS TEÓRICO-EMPÍRICAS

É crescente o interesse por estudos organizacionais focados no setor de serviços, principalmente aqueles que abordam os fenômenos comportamentais que enderecem a qualidade dos serviços prestados aos clientes. Este interesse chegou às organizações prestadoras de serviços

de saúde brasileira com a definição dos procedimentos de gestão inerentes à Acreditação destas instituições. O desafio amplia-se quando a qualidade é direcionada aos hospitais universitários, pois predomina no inconsciente coletivo das pessoas o fato de que estas organizações são laboratórios de aprendizagem médica referências na prestação de serviço de saúde gratuita e de qualidade. Porém, para os profissionais que labutam no cenário hospitalar, as exigências têm se ampliado, exigindo a melhoria no atendimento e satisfação dos seus clientes. A grande provocação tem sido a busca da Acreditação Hospitalar e o desenvolvimento da consciência coletiva que garanta avanços deste tipo de programa de qualidade.

O hiato é expressivo entre o que a população deseja em termos de qualidade na assistência da saúde brasileira e a realidade que o gestor hospitalar encontra. Por outro lado, o que perdura hoje em nosso território já foi vivenciado no passado em outras nações. Nos Estados Unidos, por exemplo, o caos na saúde pública perdurou até a primeira década do século XX. A situação era tão grave que os gestores hospitalares e a população exigiram mudanças naquele sistema social. Os hospitais norte-americanos funcionavam em uma situação precária, servindo para albergar pobres e doentes, sem a mínima condição de assistência à saúde. Um dos profissionais que abraçou esta causa foi o médico Ernest Codman, que formatou, em 1910, um sistema de padronização hospitalar (PPH)¹. O seu foco interpretativo foi o “resultado final por meio do qual se verificava a efetividade do tratamento médico” para que, no caso de resultados não efetivos, o hospital buscasse solucionar as causas e evitar problemas futuros (QUINTO NETO, 2000, p. 30).

Daquele desafio emergiu a corrente da qualidade para organizações prestadoras de serviços de saúde, denominada Acreditação Hospitalar. De acordo com Quinto Neto (2000, p. 21), “o aspecto mais saliente é que a melhoria da qualidade assistencial se constitui no quadro de referência sobre o qual a Acreditação se constrói”.

Este novo conceito de assistência à saúde, balizado na Acreditação Hospitalar, se proliferou de forma rápida e positiva em diversos países, como Canadá, Inglaterra, França. Esta corrente ganhou o mundo e chegou ao Brasil no fim da década de noventa, levando o Ministério da Saúde a criar em a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 1998).

¹ PPH – Programa de Padronização de Hospitais foi a codificação definida para os hospitais norte-americanos.

É relevante destacar que a Acreditação é uma extensão da qualidade que se difundiu para as organizações de forma semelhante ao padrão das ISO's (*International Organization Standardization*)². Porém, enquanto a qualidade nas organizações industriais, comerciais e de serviços, por exemplo, estão centradas em padrões inerentes aos materiais, ferramentais, máquinas e equipamentos, a Acreditação Hospitalar tem o foco no atendimento, tratamento e preservação da saúde das pessoas.

A adesão dos hospitais ao sistema de Acreditação é voluntária e requer o comprometimento da organização com uma assistência responsável, ética e segura. Ela trata da qualidade do atendimento, através da padronização de protocolos de prestação de serviços de saúde, sempre endereçada ao bem-estar do paciente³. Além de ser uma ferramenta de gestão baseada na visão sistêmica da organização, ela promove a educação e a cultura de melhorias contínuas, baseada na avaliação de estrutura, processos e resultados, buscando alcançar a excelência na gestão (ONA, 2010).

No cenário das organizações prestadoras de serviços de saúde, a interferência de variáveis intervenientes, como cultura organizacional, é forte. A cultura organizacional pode ser definida como o conjunto de valores e crenças adotados dentro da organização. A partir deste raciocínio, Paladini (1995) afirma que sendo a organização uma comunidade formada por pessoas com um objetivo comum, possui sua própria cultura, baseada nos aspectos prioritários para onde se canalizam todos os esforços.

Da mesma forma, a inserção de uma cultura de qualidade na organização requer ações de sensibilização e, até mesmo, persuasão para que os envolvidos na prestação da assistência a saúde sintam-se integrantes das novas políticas adotadas pela organização. É cultural acreditar que somente os médicos são responsáveis pela qualidade da assistência. Entretanto, advertem alguns autores ser evidente que todos os colaboradores que atuam nas organizações de prestação de assistência à saúde são responsáveis pelos cuidados oferecidos aos clientes (QUINTO NETO, 2000).

Outro fenômeno organizacional é a necessidade da implantação

² ISO é a sigla da Organização Internacional para a Normalização (COUTO; PEDROSA, 2007).

³ Paciente – esta expressão é tratada, neste trabalho, como sinônimo de cliente, usado na linguagem de marketing. Sabe-se que, na linguagem médica, paciente significa enfermo, mas aqui será abordado como cliente, pois sob a ótica da acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, ele é capaz de julgar o atendimento.

ou fortalecimento de uma comunicação interna e horizontal entre os pares. Sendo assim, o endomarketing tem papel de suma importância para a inserção de ideias dentro da organização. Para Silva (2005), o endomarketing é um conjunto de ações que buscam o desenvolvimento mercadológico interno numa organização, ou seja, é o movimento para dentro, no convencimento do cliente interno. Portanto, acredita-se que a utilização de ferramentas do endomarketing pode ser um dos caminhos para a sensibilização e alteração da cultura em organizações hospitalares. No caso do presente estudo, optou-se por averiguar esta questão com uma pesquisa focada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), organização em que a autora desempenha suas atividades profissionais há 27 anos, tendo participado ativamente em algumas gestões como gerente de serviço de recursos humanos e financeiro, e que pode servir de laboratório para a confrontação destas variáveis.

No cenário das organizações prestadoras de serviços de saúde, há uma forte cobrança do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde sobre a implantação da Acreditação nos hospitais universitários, pois eles representam o alicerce na formação de profissionais da saúde, descobertas científicas e tecnológicas, padrões de gestão, bem como possuem um elevado indicativo de assistência social à comunidade. Prova disto é a Portaria Interministerial nº 883, de 05 de julho de 2010, que regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – (REHUF) e que, em seu Anexo III – Melhoria dos processos de gestão dos hospitais, prevê, no mínimo, a inclusão VIII – Definição de metodologia de Acreditação hospitalar, por meio de organismos externos à rede de HUs e o estabelecimento de metas e prazos para obtenção da certificação adotada.

O HU-UFSC é um dos hospitais que pode fornecer uma resposta rápida a essa expectativa dos órgãos governamentais, pois possui um ambiente propício. Cabe destacar que até esta data, nenhum hospital universitário brasileiro é acreditado.

Nesta perspectiva, as organizações prestadoras de serviços de saúde acreditadas possuem um diferencial competitivo e melhores condições de se manter em um mercado difícil e atípico, haja vista que a prestação de serviços de saúde apresenta custo alto, e uma baixa remuneração aos serviços prestados e pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O acelerado avanço tecnológico tem se caracterizado como um dos principais fatores de obsolescência nas organizações prestadoras de serviços de saúde. As tecnologias têm se modificado de

forma meteórica, prejudicando investimentos que se depreciam e causam danos financeiros irrecuperáveis para a gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde. Desta forma, geram custos elevados, principalmente na esfera da gestão de materiais médico-hospitalares para estas organizações (SILVA, 2005).

Pressupõe-se que a implantação de preceitos de Acreditação no HU-UFSC contribuirá na distinção evidenciada pela qualificação no atendimento, tratamento e preservação da saúde, endereçando à sociedade um padrão de gestão que visa a excelência. Não se deve esquecer que o HU-UFSC é uma instituição pública em que desafios de gestão são maiores, latentes e de baixos investimentos, com vistas à manutenção do setor de prestação de serviços públicos de saúde pelo Estado. Por estas razões, supõe-se que a gestão orientada pela padronização e pelos preceitos das teorias da qualidade possui maiores possibilidades de sobreviver a este cenário precário de assistência à saúde. O gerenciamento da qualidade fornece confiança às pessoas e as envolve completamente. A qualidade “constitui-se em uma filosofia e em uma série de princípios que representam os fundamentos de uma melhoria contínua sobre a organização, sobre todos os seus processos e em uma medida das necessidades dos clientes” (BROCKA; BROCKA, 1994, p. 04).

Outrossim, a cobrança da sociedade é crescente por uma assistência segura e de qualidade, uma vez que a ineficiência do sistema de saúde requer ferramentas que norteiem a gestão dos hospitais. Ser acreditado é uma das principais formas de mostrar o respeito que o HU-UFSC tem para com a sociedade, a partir do seu comprometimento com a qualidade dos serviços prestados.

Do ponto de vista da literatura especializada sobre o tema, tem-se percebido um avanço na abordagem deste assunto. A literatura especializada encontrada, por exemplo, em Quinto Neto (2000); Quinto Neto e Bittar (2004); Haddad (2004); Couto e Pedrosa (2007); ONA (2010); *Joint Comission International - JCI* (2011), dão suporte conceitual à averiguação da problemática descrita anteriormente. Isto porque estes e outros estudiosos das organizações são reconhecidos pelas pesquisas realizadas neste cenário organizacional. Por sua vez, a variável Cultura Organizacional e a variável Endomarketing também possuem vasta literatura que endereçam ao tema central deste estudo, a Acreditação, destacando-se Freitas (1991); Cerqueira (1994); Bekin (1995); Fleury e Fischer (1996), Schein (2009) e Brum (2010). Assim, entende-se como satisfatórias as justificativas supramencionadas, pois são os alicerces centrais da concretização desta dissertação de mestrado,

junto ao Mestrado Profissional em Administração Universitária (PPGAU-UFSC).

1.3 ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos. O primeiro aborda as diretrizes que norteiam a implantação da Acreditação Hospitalar. Nele estão contemplados o objetivo geral, os objetivos específicos e as justificativas teórico-empíricas.

No capítulo dois, é apresentada a fundamentação teórica sobre os desafios da qualidade na teoria das organizações, a Acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde e modelos de gestão para Acreditação Hospitalar, dando enfoque à gestão de marketing, ao endomarketing e aos aspectos da cultura organizacional.

Por sua vez, o terceiro capítulo traz os procedimentos metodológicos, como a especificação do problema; a pergunta de pesquisa; relações entre as variáveis; definição constitutiva das variáveis; delimitação e perspectiva da pesquisa; população, amostra, nível e unidade de análise; tipos de dados, técnicas de coleta e tratamento dos dados; e esquema representativo das fases da coleta de dados.

O quarto capítulo trata do histórico do HU-UFSC e apresenta os resultados da pesquisa.

Finaliza-se, no quinto capítulo, apresentando as conclusões desta dissertação, bem como se destacam algumas recomendações julgadas relevantes para futuros trabalhos acadêmicos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A fundamentação teórico-empírica em trabalhos científicos é de suma importância, pois permite ao leitor compreender as bases filosóficas que suportam as averiguações definidas pelo autor. Neste estudo, o foco é a Acreditação Hospitalar, emergindo com ela a necessidade de se descrever variáveis correlatas, como: qualidade e cultura organizacional, e técnicas inerentes ao processo de comunicação no ambiente interno organizacional, denominado endomarketing ou marketing interno. A estrutura segue os seguintes tópicos: enfoques preliminares da qualidade no tempo, definições e tipologias de qualidade e qualidade nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

2.1 DESAFIOS DA QUALIDADE NA TEORIA DAS ORGANIZAÇÕES

A teoria das organizações é recheada de variáveis que tratam de estrutura e processo. Uma das variáveis mais críticas é a qualidade de produtos e serviços originados no processo das atividades. Assim, na sequência, são destacados vários pontos ou assuntos que facilitam o entendimento da referida variável.

2.1.1 Enfoques preliminares da qualidade no tempo

No entender de Haddad (2004, p. 41), “no modelo de desenvolvimento econômico capitalista e industrial o valor de um produto ou serviço depende também do oferecimento de garantia da qualidade”. A referida autora argumenta que a garantia desta qualidade foi se modificando na medida em que os processos de produção foram se transformando, desde os tempos remotos da civilização humana.

É possível imaginar que, no início da civilização, a qualidade equivalia à capacidade de o homem da caverna obter os meios para atender suas necessidades imediatas de sobrevivência e a conquista de espaço territorial que lhe garantisse alimentos e água para si e seu bando ou tribo. Já nas sociedades primitivas ou pré-organizadas, a ideia de

qualidade estava associada à capacidade física e astúcia grupal de combate, visando vencer o oponente ou inimigo na guerra (ROCHA, 2009). A qualidade e a estratégia dos generais e combatentes fundiam-se na arte da guerra, em que “o autoconhecimento e o conhecimento da oposição são considerados determinantes para a bem-sucedida execução da arte da guerra. As principais infraestruturas ligadas a essas tarefas são um sistema de captação externa de informações confidenciais e um sistema de comunicações internas” (SUN TZU, 1997, p. 51).

Corroborando a argumentação citada, Paladini, (1995) afirma que qualidade é um conceito que remonta a épocas antigas, embora não houvesse muita clareza do real significado que o termo traduzia. Brocka e Brocka (1994) sinalizam que os padrões de qualidade na China datam de mais de 2000 anos atrás, pela descoberta da possibilidade de encobrir a roda da carruagem, deixando-a mais veloz. A perfeição e precisão da arquitetura dos povos antigos, como as pirâmides, as construções romanas, a beleza da literatura grega, o alto padrão de qualidade das artes, a construção de mapas geográficos e a formatação do calendário são, na concepção de Paladini (1994), exemplos de atitudes que buscavam a qualidade em vários períodos históricos e áreas de conhecimento. Crainer (2000, p. 182) ressalta, inclusive, que “a técnica de seguir um projeto específico e inspecionar o resultado em busca de defeitos já era dominada pelos egípcios cinco mil anos antes, quando construíram as pirâmides”.

Por sua vez, Juran (1993, p. 03) relata que “nas grandes cidades os artesãos se organizavam em corporações monopolísticas. Essas corporações geralmente eram rigorosas na imposição da qualidade do produto”, referindo-se aos séculos XVIII e XIX, onde o processo produtivo era feito predominantemente por artesãos, artífices, trabalhadores experientes e aprendizes, supervisionados pelos mestres de ofício. A qualidade emergia da criatividade ou era replicada de forma exaustiva até a “perfeição”.

Na chamada Revolução Industrial, criou-se a figura do departamento de inspeção ou auditorias dos supervisores. As estratégias para alcance da qualidade compreendiam: “especificações escritas para materiais, processos, bens acabados e testes, mensuração junto com os instrumentos de medição associados e os laboratórios para testes, padronização de muitas formas” (JURAN, 1993, p. 03). A formalização da função de inspetor de produção tornou-se necessária com o aparecimento da produção em massa e com o uso de peças intercambiáveis (CARAVANTES; CARAVANTES, 1997).

Como apontam Berwick, Godfrey e Roesner (1994), durante

muito tempo, a inspeção foi a forma de gerenciar a qualidade da produção. Não se deve esquecer que a Revolução Industrial trouxe teorias e novos conceitos de produção e gestão. Pelo que relatam Caravantes e Caravantes (1997, p. 63), na concepção de Frederick Winslow Taylor:

O inspetor é responsável pela qualidade do trabalho, e tanto os operários quanto os mestres (que providenciam o uso das ferramentas de corte apropriadas, que verificam se o trabalho esta no rumo certo e se os cortes estão sendo feitos na parte certa da peça) tem que cuidar para que o trabalho seja acabado de maneira a satisfazê-lo. É claro que ele pode trabalhar melhor se for um mestre na arte de acabar o trabalho bem depressa.

A Administração Científica acreditava que o homem era um ser racional e, por esta razão, antes de fazer suas escolhas, procurava conhecer todas as possibilidades de ações disponíveis, bem como as consequências de cada uma, optando pela melhor alternativa, obtendo, por conseguinte, os melhores resultados. Esta linha de pensamento da Teoria Administrativa considera que exista somente uma forma correta de executar qualquer operação, sendo que se esta maneira for descoberta e implantada, garante a máxima eficiência do trabalho (PALADINI, 1998).

Dentro deste foco interpretativo, Juran (1993) e Brocka e Brocka (1994) advogam que o modelo de Taylor tornou-se obsoleto por separar o planejamento da execução, haja vista que a educação do trabalhador é que deveria ser substituída por experiências como: autocontrole, autoinspeção, auto-supervisão e equipes de autodireção dos trabalhadores. Outras escolas de pensamento da Teoria das Organizações dão soluções ou defendem posturas de gestão antagônicas ou complementares à Teoria Clássica da Administração. Porém, nesta dissertação, optou-se por não discuti-las ou particularizá-las.

Retornando à cronologia, vale destacar que o século XX se caracterizou por um período de crescimento explosivo na produção de bens e serviços, tanto no volume quanto na complexidade. A complexidade exige um controle maior de qualidade. As estratégias para lidar com a complexidade foram denominadas de engenharia da qualidade, que passou a usar técnicas estatísticas para o controle de qualidade na fabricação e engenharia da confiabilidade, concebendo a

melhoria da qualidade desde a elaboração do projeto de fabricação do produto (JURAN, 1993). Para se compreender as exigências da melhoria da qualidade, é relevante citarmos a década de 1920, que trouxe mudanças na concepção do controle da qualidade, sugerindo que os problemas na produção fossem solucionados nos processos produtivos, e não no produto final. Para Berwick, Godfrey e Roesnner (1994, p. 32), o nascimento desta corrente começa com a obra de Shewart, que defendia que “o adequado controle nos processos de produção era bem mais eficiente do que a inspeção realizada no ponto final para garantir e melhorar a qualidade”.

Esta forma de conceber qualidade criou a necessidade de implementação do departamento e gerência da qualidade. Tal fato, como se refere Juran (1993), reduziu o risco do envio de produtos defeituosos aos clientes, entretanto, também estimulou a crença de que somente este departamento era responsável pela qualidade, dificultando a eliminação de causas dos produtos defeituosos, mas focando apenas nas consequências.

As décadas de 1930 e 1940, marcadas fortemente pelo advento da 2ª Guerra Mundial, caracterizaram-se pela expansão da produção de armamentos. Devido à urgência na fabricação, as fábricas se valiam de mão de obra despreparada, afetando os níveis de qualidade dos produtos e serviços (PALADINI, 1995). Outros fatores já tinham sido apontados por Juran (1993) para o declínio da qualidade dos bens produzidos: a prioridade máxima que as fábricas deram para entrega de produtos no prazo combinado e a escassez de produção de bens civis como parte da estratégia global durante a 2ª Guerra, em um momento em que houve um enorme crescimento do poder de compra.

No Pós-Guerra, houve a expansão do controle estatístico, surgindo os departamentos de controle de qualidade e o modelo japonês de produção e administração (COUTO; PEDROSA, 2007). A década de 50 é marcada pelo modelo japonês de concepção de qualidade, que parte do princípio da noção da qualidade de vida como sendo uma questão eminentemente cultural, inerente ao dia a dia da população (PALADINI, 1995). O ressurgimento do Japão pós-guerra deve muito ao pensamento ocidental de mestres da qualidade, haja vista que os japoneses deram crédito às ideias de Deming, Juran e outros mestres da nova concepção de qualidade, reinterpretando-as e adaptando-as à cultura e às circunstâncias locais (CRAINER, 2000). Como adverte Chiavenato (2004), os modernos conceitos de qualidade preconizados por Deming do uso adequado de registros e controles estatísticos foram ensinados aos japoneses, em um país destruído pela Guerra.

As próximas três décadas, dentro da ótica de Paladini (1995), caracterizaram-se pelo avanço dos conceitos de controle de qualidade, com abordagens como a do Programa Zero-Defeito de Crosby (1986), o surgimento dos Círculos de Qualidade em todo o Japão, e Princípios do Controle de Qualidade em toda a empresa, preconizados por Ishikawa (1975) e Feigenbaum (1977). Naquele momento, houve a expansão do setor de serviços, exigindo técnicas acuradas para o controle de qualidade destas atividades. Não foi só o setor privado de serviços que mereceu atenção, mas principalmente as atividades de serviços exercidas pelo setor público, como saúde, educação, previdência, dentre outros, tendo em vista os direitos sociais da população defendidos pelo movimento de consumidores (HADDAD, 2004).

Destas correntes de modernização do processo produtivo e relacionamento com o mercado emergiram as normas ou padrões de qualidade. As normas caracterizam-se por técnicas de resolução de situações conflitantes para avaliar e diagnosticar problemas e medir as melhorias alcançadas (POECK *et al.*, 2007). Por sua vez, das diversas técnicas emergiram sete ferramentas para o controle de qualidade, representadas por métodos estatísticos de mensuração, propostas por Ishikawa (1993), quais sejam: Gráfico de Pareto; Histogramas; Gráficos de Dispersão; Folhas de Verificação; Fluxogramas; Cartas de Controle; e Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido por Diagrama de Ishikawa ou Espinha de Peixe.

Para Oakland (1994), os preceitos que nortearam as correntes da qualidade nipônica tiveram agudas influências do Ciclo de Deming de melhoramentos contínuos, sendo eles:

- a) planejar, isto é, instituir objetivos e padrões de desenvolvimento;
- b) fazer, que pode ser retratado em quantificar o real desempenho;
- c) verificar, que em outras palavras corresponde a comparar o efetivo desempenho com os objetivos traçados, calcular a diferença; e,
- d) agir, significando as ações indispensáveis para eliminar as diferenças e fazer os acertos necessários.

No item 2.1.3, retorna-se à qualidade em serviços no setor público, mas sob a ótica das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde à luz da Acreditação destas organizações, como sinônimo de melhoria contínua da qualidade e da satisfação de seus clientes. Antes, porém, destacam-se as principais definições e tipologias de qualidade que contribuem com o presente trabalho.

2.1.2 Definições e tipologias de qualidade

De que maneira se pode definir qualidade para essa primeira década do século XXI? Será que houve evoluções ou suas exigências ainda encontram resistências culturais? De que forma a comunicação interna facilita essa questão? Estas são algumas perguntas que tiram o sono dos estudiosos das organizações. Se a concepção de qualidade vem se modificando e agregando outras esferas de gestão, isto se deve aos estudiosos pioneiros do tema, que emitiram proposições revolucionárias aos sistemas de gestão da qualidade, como Feigenbaum, Crosby, Deming, Juran e Ishikawa.

Feigenbaum (1994, p. 08) defende que qualidade é “a combinação de características de produtos e serviços referentes a marketing, engenharia, produção e manutenção, através das quais produtos e serviços em uso corresponderão às expectativas dos clientes”. Já na aceção de Brocka e Brocka (1994, p. 85), há três passos para o alcance da qualidade:

- a) liderança para a qualidade, isto é, ter excelência na qualidade é manter o foco na manutenção desta qualidade;
- b) tecnologias modernas da qualidade que possam servir a todos na organização e que sejam responsáveis pela qualidade; e,
- c) compromisso organizacional de forma que a motivação deve ser contínua.

Por sua vez, Crosby (1986) agregou ao conceito de qualidade a afirmativa de que a qualidade é grátis, e o que custa caro são produtos que não possuem qualidade, produzidos de maneira incorreta. Para este autor, garantir qualidade é fazer com que as pessoas façam bem-feito o que devem fazer, isto é, sejam eficientes. Sua concepção extrapola esta fronteira quando advoga que o programa de qualidade deve ser orientado por profissionais e executado pelos que gerenciam a operação, sendo necessário de quatro a cinco anos para que as pessoas compreendam a importância de um programa de qualidade e aprendam a confiar nele.

Os fundamentos da qualidade defendidos por Crosby (1986) são:

- a) qualidade é igual à conformidade com os padrões;
- b) não existe problema com a qualidade;
- c) não existe economia de qualidade, pois sempre sai mais barato fazer certo da primeira vez;
- d) o desempenho só pode ser medido pelo custo da qualidade; e
- e) o padrão de desempenho é o custo zero.

Por sua vez, Deming desenvolveu, a partir de pesquisas realizadas na área da agricultura, o controle estatístico de qualidade (HADDAD, 2004). Ele “foi reconhecido como o grande líder do gerenciamento da qualidade” (BROCKA; BROCKA, 1994, p. 76).

Deming (1990) afirmava que a qualidade tem sua definição em quem a avalia, sustentando que:

Na opinião do operário, ele produz qualidade se puder se orgulhar de seu trabalho. Baixa qualidade, para ele, significa perda de negócios e talvez de seu emprego. Alta qualidade pensa ele, manterá a empresa no ramo. Isto é verdade tanto para as empresas de serviços quanto para as de produção de bens. Qualidade, para o administrador de fábrica, significa produzir a quantidade planejada e atender às especificações. Sua função é também, saiba ele ou não, o constante aperfeiçoamento dos processos e a constante melhora de sua liderança (DEMING, 1990, p. 125).

Deming (1990) defende 14 pontos fundamentais para alcance da qualidade:

- a) institua constância de propósitos para melhoria do produto;
- b) promova o aperfeiçoamento contínuo como filosofia;
- c) introduza a qualidade do produto desde o início da produção, abolindo a inspeção em massa;
- d) elimine a prática de aprovar orçamentos baseados no preço. Tenha somente um fornecedor para cada item, diminuindo o custo total;
- e) busque a melhora constante do produto ou serviço;
- f) institua treinamento e educação continuada no local de trabalho;
- g) assuma a liderança no processo de transformação;
- h) encoraje os trabalhadores, incentivando a participação de todos no processo;
- i) rompa as barreiras entre os departamentos;
- j) acabe com lemas e persuasões que exijam nível zero de falhas;
- k) mantenha o foco na qualidade e substitua o sistema de cotas e objetivos numéricos, por uma administração por processos;
- l) promova o direito dos trabalhadores de orgulharem-se de seu desempenho.
- m) promova o trabalho em equipe. Acabe com o sistema de

méritos;

- n) promova a educação e o desenvolvimento pessoal; e
- o) encoraje todos na transformação, visto a mudança ser responsabilidade de todos.

Para Juran (1993, p. 16), “qualidade é a adequação ao uso”. Ele apregoava a delegação de controle até os níveis mais baixos, que propiciasse aos trabalhadores o estado de autocontrole, recebendo treinamento para coleta de dados, habilitando-os a tomar decisões baseadas em fatos (BROCKA; BROCKA, 1994). Ele defendia o controle da qualidade total pelo uso de três processos gerenciais básicos, chamados de Trilogia de Juran. A representação dessa trilogia pode ser vista na Figura 1.

Figura 1: Trilogia de Juran



Fonte: adaptado de Juran (1993, p. 22).

É relevante destacar que, na ótica de Juran (1993, p. 22), Planejamento da Qualidade corresponde à atividade de desenvolver os produtos e processos adequados para atender às necessidades dos clientes, envolvendo as seguintes etapas universais:

- a) determinar quem são os clientes;
- b) determinar quais são as necessidades dos clientes;
- c) desenvolver características de produtos que respondam às necessidades dos clientes;

- d) desenvolver processos que sejam capazes de produzir essas características de produto; e
- e) transferir os planos resultantes às forças operacionais.

Em relação ao Controle da Qualidade, Juran (1993, p. 22) sugere:

- a) avaliar o desempenho da qualidade real;
- b) comparar o desempenho real com as metas de qualidade; e
- c) atuar nas diferenças.

E, por fim, o referido estudioso entende que Melhoria da Qualidade é a maneira de elevar o desempenho da qualidade a níveis inéditos ou de inovação, ancorados nas seguintes etapas:

- a) estabelecer a infraestrutura necessária para assegurar um melhoramento da qualidade atual;
- b) identificar as necessidades específicas para melhoramento – os projetos de melhoramento;
- c) para cada projeto, estabelecer uma equipe de projeto que tenha claramente a responsabilidade de fazer com que o projeto seja bem sucedido; e
- d) fornecer os recursos, motivação e treinamento necessário às equipes para: diagnosticar as causas, estimular o estabelecimento de uma solução e estabelecer controles para manter ganhos (JURAN, 1993, p. 22).

Outra contribuição relevante sobre esta questão foi defendida por Ishikawa (1993). Ele é apontado como a pessoa mais importante na defesa do Controle de Qualidade Japonês (BROCKA; BROCKA, 1994). Sua posição sobre qualidade versava que:

Interpretando de forma mais ampla, qualidade significa qualidade de trabalho, qualidade de serviço, qualidade de informação, qualidade de processo, qualidade de divisão, qualidade de pessoal, incluindo operários, engenheiros, gerentes e executivos, qualidade de sistema, qualidade de empresa, qualidade de objetivos etc. Nosso enfoque básico é controlar a qualidade em todas as suas manifestações (ISHIKAWA, 1993, p. 44).

Sua filosofia sobre qualidade sinalizava para os seguintes pontos:

- a) o começo e fim da qualidade é a educação;
- b) é imprescindível conhecer as especificações do cliente;
- c) quando a inspeção deixa de ser necessária se tem o Controle de Qualidade ideal;

- d) retire a causa fundamental, e não os sintomas;
- e) todos na organização são responsáveis pelo Controle de Qualidade;
- f) não confunda os meios com os objetivos;
- g) a qualidade deve ser sempre prioridade, numa perspectiva de longo prazo;
- h) a entrada e saída da qualidade se dão através do marketing;
- i) os altos gerentes não devem jamais demonstrar reações negativas diante dos fatos demonstrados pelos subordinados;
- j) quase todos os problemas na organização podem ser resolvidos pelas sete ferramentas do Controle de Qualidade; e
- k) os dados necessitam da informação de dispersão para não serem considerados falsos (BROCKA; BROCKA, 1994).

Na concepção de Ishikawa (1993, p. 43), “praticar um bom controle de qualidade é desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto de qualidade que é mais econômico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor”, sendo que, para isto, é necessário o envolvimento de todos dentro da organização, do mais alto executivo ao trabalhador do chão de fábrica. Em consonância com o pensamento de Ishikawa, Brocka e Brocka (1994) salientam que a qualidade deve ser concebida por todos os níveis funcionais de uma organização, sejam eles gerenciais, administrativos e funcionais.

Na aceção de Mezomo (1995, p. 58), “a qualidade será produzida se as pessoas entenderem que ela será sempre mais seu verdadeiro retrato e porta-voz, ou seja, quando perceberem que o trabalho, bem ou mal feito, é a grande oportunidade que elas possuem para dizer a todos quem elas de fato são”. Assinala ainda o supramencionado autor que qualidade é antes uma filosofia de vida, e não somente uma filosofia de ação, e que o engajamento das pessoas na produção da qualidade se dá pela educação.

Por sua vez, Falconi (1999) concebe qualidade a partir da reflexão de sobrevivência do ser humano, como indivíduo que procura viver, tanto quanto possível, de maneira agradável, concluindo que as organizações possuem como objetivo principal atender as necessidades das pessoas na sua luta pela vida. Na sua aceção, “um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo as necessidades do cliente” (FALCONI, 1999, p. 02). Desta forma, preconiza que para atender aos requisitos mencionados, o projeto deve ser perfeito, sem defeitos, com baixo custo, que apresente segurança ao cliente e que seja entregue nos devidos prazo, local e quantidade

(FALCONI, 1999). Do trabalho destes pioneiros emergiram diversas normas que passaram a balizar as atividades e procedimentos de gestão das organizações que procuraram a obtenção de selos de qualidade. A organização internacional para normalização ISO foi fundada em 1947, com sede em Genebra, na Suíça, sendo o Brasil um dos membros fundadores. A escolha da sigla ISO vem do radical grego que significa igualdade (SEARA, 2007).

No entanto, quatro décadas se passaram e somente em 1987 foi divulgada a primeira norma internacional, denominada ISO 9000, mais recentemente tratada de família NBR-ISO 9001-2000. “Esta norma tem caráter contratual, pois é aplicável em situações contratuais que exigem que a organização fornecedora seja administrada com qualidade, de forma que o cliente tenha a garantia da existência de um sistema de qualidade que garanta as regras da conformidade do produto/serviço” (ROCHA, 2009, p. 69). Por sua vez, Seara (2007, p. 314) descreve que gestão de qualidade total é conceituada na Norma Brasileira NBR-ISO 8402/1994 como um “modo de gestão de uma organização, centrado na qualidade, baseado na participação de todos os seus membros, visando ao sucesso a longo-prazo, através da satisfação do cliente e dos benefícios para todos os membros da organização e da sociedade”. O Quadro 1 sintetiza as principais NBR-ISO associadas à Acreditação Hospitalar.

Já a Norma ISO 9000 é considerada imprescindível para os negócios nacionais e internacionais, pois a maioria dos fornecedores busca parceria com quem detém este selo de qualidade. Chiavenatto (2004), por exemplo, advoga que a certificação NBR-ISO 9000 é indispensável para as organizações que querem fazer negócios internacionais, por ser pré-condição para a realização desses negócios. Posição idêntica é defendida por Seara (*apud* COUTO; PEDROSA, 2007) quando advoga que as normas têm sido utilizadas em acordos internacionais para disciplinar o comércio mundial, eliminando impedimentos técnicos do mercado global pelo uso de normas e regulamentos técnicos dos países membros da ISO.

As normas da família ISO 9000:2000 determinam um sistema de gestão da qualidade ancorado em oito princípios: 1) foco no cliente; 2) liderança; 3) envolvimento de pessoas; 4) abordagem de processo; 5) abordagem sistêmica para gestão; 6) melhoria contínua; 7) abordagem factual para tomada de decisão; e 8) benefícios mútuos na relação com fornecedores. A família NBR-ISO 9000:2000 bifurca-se em três normas: NBR-ISO 9000:2000, NBR-ISO 9001:2000 e NBR-ISO 9004:2000 (SEARA, 2007) A Normalização ISO pode ser aplicada na indústria e

no segmento da prestação de serviços, abrangendo os serviços de saúde. A esse respeito, Couto e Pedrosa (2007) assinalam o fato de que no Brasil há a interpretação de que estas normas são aplicáveis somente à indústria, com dificuldades de aplicação na área da saúde, porém os autores contestam esta ideia ao afirmarem que, a partir de seus estudos, é possível constatar que a ISO 9001-2000 fornece base para a formação dos princípios que orientam a Organização Nacional de Acreditação (ONA), desenvolvendo estratégias que atendam as especificações do setor hospitalar.

Diante do exposto, as ações de qualidade popularizadas no segmento industrial e comercial foram tão positivas que passaram a merecer debates no cenário das organizações prestadoras de serviços de saúde, como se ressalta na sequência.

Quadro 1: Principais NBR-ISO relacionadas à Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

ABNT NBR-ISO	REQUISITOS
NBR-ISO 9000	Esta norma descreve os fundamentos de sistemas de gestão de qualidade, que constituem o objeto da família ABNT NBR-ISO 9000 e define os termos relacionados e aplicável. Atende: a) as organizações que buscam vantagens, através da implementação de um sistema de gestão da qualidade; b) organizações que buscam a confiança nos seus fornecedores de que os requisitos de seus produtos serão atendidos; c) usuários dos produtos; d) aqueles que têm interesse no entendimento mútuo da terminologia utilizada na gestão da qualidade; e) aqueles internos e externos à organização, que avaliam o sistema de gestão de qualidade ou a audita, para verificarem a conformidade com os requisitos da ABNT NB-ISO 9001:2000; f) aqueles internos e externos à organização, que prestam assessoria ou treinamento sobre o sistema de gestão da qualidade adequado à organização; g) grupos de pessoas que elaboram normas correlatas (ABNT NBR-ISO 9000:2000, 2005, p. v).
NBR-ISO 9001	Esta norma especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade que podem ser usados pelas organizações para aplicação interna, para certificação ou fins contratuais. Esta focada na eficácia do sistema de gestão da qualidade em atender aos requisitos dos clientes. Todos os requisitos desta norma são aplicáveis em todas as organizações, independente do seu tipo, do seu porte e do produto que fornecem. Esta norma especifica requisitos para um sistema de gestão de qualidade, quando uma organização: a) necessita demonstrar sua capacidade para fornecer produtos que atendam de forma consistente aos requisitos do cliente e requisitos estatutários e regulamentadores aplicáveis; b) pretende aumentar satisfação do cliente por meio da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema e assegurar a conformidade com os requisitos do cliente e os requisitos estatutários e regulamentadores aplicáveis (ABNT NBR-ISO 9001:2000, 2008).
NBR-ISO 9004	Esta norma pode ser utilizada na gestão da qualidade hospitalar. Ela fornece orientação às organizações para o alcance do sucesso sustentado através de uma abordagem da gestão de qualidade. É aplicável a qualquer organização, independente do tamanho, tipo e atividade, entretanto não se destina a certificação e nem ao uso regulamentar ou contratual (ABNT NBR-ISO 9004, 2010).
NBR-ISO 14001	Esta norma tem o foco orientado para a gestão ambiental

	<p>permitindo a uma organização desenvolver e implementar uma política e objetivos que levem em conta os requisitos legais e outros requisitos por ela subscritos e informações referentes aos aspectos ambientais significativos. Pode ser utilizada nos aspectos ambientais que a organização identifica como aqueles que possa controlar e aqueles que possa influenciar (ABNT NBR-ISO 14001:2000, 2005 p. 01).</p>
NBR-ISO 19011	<p>Esta norma fornece orientação sobre os princípios de auditoria, gestão de programas de auditoria, realização de auditorias de sistema de gestão da qualidade e auditorias de sistema de gestão ambiental, como também orientação sobre a competência de auditores de sistema de gestão da qualidade ambiental. É aplicável a todas as organizações que necessitam realizar auditorias internas ou externas de sistema de gestão da qualidade e ou ambiental ou gerenciar um programa de auditoria (ABNT NBR-ISO 19011, 2002).</p>
NBR-ISO 22000	<p>A segurança de alimentos está relacionada à presença de perigos veiculados pelos alimentos no momento do consumo. Como a introdução de perigos pode ocorrer em qualquer estágio da cadeia produtiva de alimentos, é essencial o controle adequado através desta cadeia. Esta norma especifica requisitos para o sistema de gestão da segurança de alimentos, onde uma organização na cadeia produtiva de alimentos precisa demonstrar sua habilidade em controlar os perigos, a fim de garantir que o alimento esteja seguro no momento do consumo humano.</p>
NBR-ISO 26000	<p>Esta norma fornece orientações para todos os tipos de organizações, independentemente do porte ou localização, sobre conceitos, termos e definições referentes à responsabilidade social; histórico, tendências e características da responsabilidade social; princípios e práticas relativas a responsabilidade social; os termos centrais e as questões referentes à responsabilidade social; integração, implementação e promoção de comportamento socialmente responsável em toda a organização e por meio de suas políticas e práticas dentro de sua esfera de influência; identificação e engajamento de partes interessadas; e comunicação de compromissos, desempenho e outras informações referentes à responsabilidade social.</p>

Fonte: adaptada de ABNT.

2.1.3 Qualidade nas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

A gestão da qualidade tem sido o grande desafio das organizações industriais e das prestadoras de serviços. Na indústria, a corrente liderada por Crosby, Juran, Deming, dentre outros autores, foi prontamente aceita. Entretanto, dentre as organizações prestadoras de serviços, como sistema de saúde, educação, hotelaria, transportes coletivos, a resistência é notável. A Acreditação Hospitalar surgiu para reduzir essa realidade. Como afirma Antunes (2002, p. 02), “o setor da saúde não pode ser entendido e tratado como uma ilha, alheia e independente aos processos maiores em desenvolvimento no seio da sociedade, entre eles, e especialmente, o movimento da qualidade”.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 provocou mudanças no país, restabelecendo a democracia, descentralizando e aumentando a participação dos serviços públicos. A referida Carta Magna definiu um novo patamar para a saúde, de direito social e universal a partir da instituição da política do Sistema Único de Saúde (SUS), que está ancorado nos princípios da integralidade, resolutividade da assistência, da universalidade do acesso e igualdade do atendimento, da racionalização de recursos e otimização de resultados e do controle social, sendo um passo para atender a qualidade desejada pelos cidadãos (MORAES, 2004) Nesta concepção de assistência, os hospitais deixam de ser os centros do modelo assistencial, passando a ser responsabilidade dos municípios a gestão dos serviços de saúde. E nesse sentido, é importante a criação de instrumentos gerenciais que avaliem os serviços prestados à sociedade (ONA, 2011).

Dentre as organizações prestadoras de serviços de saúde, os hospitais destacam-se pela peculiaridade de ser uma organização que presta assistência à saúde, com o fito de atender a “demanda” ou necessidade que leva em conta a vida humana, isto é, a sobrevivência do cidadão. A partir desse raciocínio, Moraes (*apud* QUINTO NETO; BITTAR, 2004) assevera que uma organização de saúde, por se tratar de um ambiente em que se lida com o sofrimento e a dor, requer dos profissionais habilidades técnicas e científicas inigualáveis, permeados muitas vezes por sentimentos pessoais. Além disso, os hospitais, de modo geral, são organizações complexas, onde existem diversas especializações de prestação de serviços, porém bifurcando para um mesmo objetivo, ou seja, a prestação de assistência à saúde. A complexidade é extrema, haja vista a atuação concomitante de vários

profissionais, como médico, enfermeiro, engenheiro, psicólogo, administrador, dentre outros. Neste contexto, Quinto Neto e Bittar (2004) alertam que um hospital está dividido em quatro grandes áreas: infraestrutura, onde estão concentradas as atividades de suporte operacional, com profissionais que não prestam assistência direta ao cliente; ambulatório/emergência; diagnóstico e terapêutica; e internação clínica e cirúrgica, com suas peculiaridades e especificações, cujas atividades se concentram no atendimento direto ao cliente.

Nas palavras de Couto e Pedrosa (2007, p. 02), nos hospitais, “estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor”. Por estas razões, a gestão das organizações hospitalares é ímpar, desafiadora e heterogênea.

Abbas (2001, p. 10), por sua vez, prefere alertar que “um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria, e difere das outras empresas porque seu objetivo ou ‘produto’ básico é a manutenção ou restabelecimento da saúde do cliente”. Complementando seu raciocínio, expõe que os “produtos” de um hospital são todos os serviços prestados no tratamento de um cliente sob o controle de médicos.

Por outro lado, a Comissão de Elaboração da Lei Orgânica da Assistência Médico-Hospitalar define hospital como “uma organização constituída de várias unidades entrosadas e unidas harmonicamente entre si, de modo a proporcionar conforto e bem-estar aos clientes e ambiente adequado ao pessoal que nele trabalha” (SILVA, 2005, p. 218). Trajetória conceitual semelhante é encontrada na Organização Mundial de Saúde (OMS), que defende que uma organização hospitalar é “um modelo de organização de caráter médico social, cuja função básica consiste em assegurar assistência médica completa, preventiva e curativa a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; um centro de medicina e de pesquisa biossocial” (ONA, 2010, p. 38).

Neste contexto, Mezomo (1995) adverte que o segmento de prestação de serviços de saúde é um sistema aberto que sofre diversas influências ambientais, socioeconômicas, políticas e tecnológicas, que podem representar dificuldades ou beneficiar a prestação dos serviços. Este pensamento vai ao encontro dos preceitos inerentes à Teoria Geral de Sistemas e Abordagem Contingencial⁴ da Administração. Por isso, na

⁴ A Teoria Geral de Sistemas defende que “nenhuma organização existe no vácuo, e nenhuma organização é autônoma e livre no seu funcionamento. A organização é visualizada como um sistema operando em um meio ambiente e dependente dele para obter seus insumos e colocar seus produtos/serviços” (CHIAVENATO, 2004, p. 51- 52). Já a Teoria da Contingência aposta

opinião de Couto e Pedrosa (2007), administrar um hospital é um grande desafio, pois as organizações hospitalares são regidas por leis, normas e regulamentações provenientes de diversos órgãos e instituições, havendo interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes dos diferentes profissionais que ali atuam.

Como já salientado, os desafios da gestão das organizações hospitalares são inúmeros. O administrador hospitalar necessita estar permanentemente se especializando e interagindo com seus ambientes, visando à eficiência e eficácia na gestão. France e Grove (*apud* SILVA, 2005) defendem cinco características que tornam produtos e serviços de saúde diferentes dos demais: 1) dificuldade de percepção da qualidade pelo consumidor; 2) significativas diferenças entre a expectativa do consumidor e a entrega do serviço; 3) demanda imprevista; 4) entrelaça o tomador de decisão e o consumidor; e 5) inelasticidade de preço. Dentro deste raciocínio, Silva (2005, p. 19) advoga que “a organização de saúde tem que ser administrada como uma empresa, especialmente no que tange à busca da eficiência e eficácia, não podendo, no entanto, ser considerada uma empresa qualquer”.

Deming (1990, p. 127) defende que a qualidade do atendimento médico pode ser definida de diversas maneiras, cada uma atendendo a especificidade do problema. Ele preconizava que os aspectos que influenciam na qualidade da assistência à saúde são:

- a) conforto dos clientes no atendimento do médico;
- b) o quantitativo de pessoas sob cuidados médicos, por sexo, por idade;
- c) quantitativo de pessoas sob cuidados domiciliares em detrimento dos bons cuidados do ambulatório;
- d) instalações para exames de diagnóstico;
- e) saúde pública;
- f) média de vida das pessoas após a alta; e,
- g) orçamento aplicado por cliente, num hospital.

Novaes e Paganini (1994), por sua vez, destacam que um programa de garantia de qualidade de um hospital deve considerar algumas variáveis, tais como: qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente de recursos, o mínimo de riscos de lesões no atendimento prestado, satisfação dos clientes nas suas exigências, expectativas e a acessibilidade aos serviços de saúde e, por fim, um sistema local com serviços de saúde intra e extra-hospitalares coordenados e integrados.

que “a estrutura e o comportamento de uma organização depende de diversas variáveis situacionais – ambiente, tecnologia e tamanho da organização” (JACOBSEN; CRUZ JUNIOR; MORETTO NETO, 2006, p. 124).

Dentro desta mesma concepção, Klück e Prompt (2004) advertem que a qualidade na assistência é abrangente e complexa, referindo-se ao consenso da opinião de diferentes autores – como Donabedian (1990); Rosemberg (1990) e Graham (1990) –, que afirmam que a qualidade é medida desde o acesso do cliente ao serviço de saúde, o desempenho técnico e profissional de quem presta a assistência, e a participação dos pacientes e familiares no processo de atendimento.

Haddad (2004) concorda com Donabedian (1990) que a avaliação dos sistemas de saúde deveria seguir três dimensões: análise na estrutura dos serviços, como estruturas físicas, tecnologia, recursos humanos; processos de trabalho, através da documentação, procedimentos; e nos resultados alcançados mensurados por indicadores do resultado final em relação à saúde.

Outra abordagem sobre qualidade em saúde é proposta por Nogueira (1994, p. 17), que salienta: “a qualidade do ato em saúde não deve ser vista como uma substância ou uma ‘coisa em si’ mas uma referência das formas como se dá o processo de produção dos serviços”, acrescentando que nas unidades de saúde o caminho da qualidade precisa alertar se:

- a) existe um canal para avaliação e sugestão dos clientes?
- b) as opiniões dos clientes são consideradas?
- c) o trabalho multidisciplinar é respeitado?
- d) os trabalhadores auxiliares reconhecem a importância de seu trabalho no tratamento do cliente?
- e) os trabalhadores conhecem o processo sistêmico do trabalho em que eles atuam no tratamento do cliente?
- f) os trabalhadores identificam mau desempenho e apontam correções, logo adotadas pela gerência?
- g) há programas de educação e aperfeiçoamento continuados?

Por sua vez, Nogueira (1994) destaca que, para o sucesso das estratégias de qualidade em saúde, é necessário reconhecer a diversidade de processos de trabalho que se entrecruzam e compõem a organização hospitalar. Afirma que dada a multidisciplinaridade, os programas de qualidade devem considerar os conflitos reais e potenciais entre as equipes de especialistas em saúde. Foco relevante de se destacar em qualidade de assistência da saúde é sinalizada por Couto e Pedrosa (2007), ao sublinharem que a qualidade, neste caso, pode ser dividida em mensurável ou objetiva e não-mensurável ou subjetiva.

A qualidade mensurável pode ser intrínseca, sendo que no processo de assistência são utilizados os melhores métodos científicos para tratamento do cliente, com menor custo, com o atendimento certo,

na quantidade e hora certa, e seguro tanto para o cliente quanto para o trabalhador, sendo um processo atrativo que garanta mais do que somente a fidelidade do cliente. Em relação à qualidade não-mensurável, é aquela que possibilita satisfação e encantamento ao cliente por perceber, de maneira sutil, a presença de características tangíveis e objetivas.

Outro aspecto da assistência em saúde que merece destaque e que deve estar implícito num atendimento de qualidade é a humanização. Na acepção de Haddad (2004), a qualidade do trabalho em saúde deve considerar não somente a habilidade técnica, mas também a capacidade de interagir com o cliente. “É considerar o indivíduo como ser humano e não objeto de uma prática, identificando como sujeito participante do processo na construção permanente do sistema e da própria saúde” (HADDAD, 2004, p. 05). Neste contexto, Quinto Neto e Bittar (2004) ressaltam que a qualidade assistencial perpassa pela garantia da segurança do atendimento, abrangendo aspectos estruturais de processo e organizacionais, como também o comportamento dos profissionais de saúde, com enfoque técnico-científico e humano.

Neste sentido, Taublid (1998) argumenta que a qualidade em saúde deve considerar diversas variáveis, como o tipo de cliente e a doença, pois “qualidade não significa a ausência de óbitos e complicações e, sim, alcançar os melhores resultados possíveis na recuperação e tratamento dos clientes” (TAUBLID, 1998, p. 70). Em consonância com a argumentação de Taublid (1998), Antunes (2002) assevera que a conduta médica em geral tem por base critérios implícitos, podendo ser avaliados somente por outro médico, sugerindo que uma forma de afastar a subjetividade deste tipo de avaliação seria estabelecer esses critérios, através de protocolos que detalhassem todos os passos para definir o diagnóstico e a terapêutica correta, possibilitando, desta forma, a avaliação por outros profissionais não médicos. Ressalta ainda que “este processo é complicado, pelas inúmeras variáveis que podem ocorrer na evolução clínica ou tratamento de uma determinada patologia, como também em relação à idade, sexo e comorbidades dos doentes” (ANTUNES, 2002, p. 15).

Couto e Pedrosa (2007) ressaltam que os clientes de um hospital são os enfermos e seus familiares, a fonte pagadora e o médico que o encaminha e os demais funcionários envolvidos. Para os autores supramencionados, o produto de um processo hospitalar é o tratamento terapêutico mais adequado, com o uso de melhores medicamentos, equipamentos e conhecimento científico, com o maior conforto físico e psíquico possível, alertando que “não há garantia de evitar o óbito, ou as

sequelas, e sim oferecer todas as oportunidades para que isso não ocorra” (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 117).

Outra peculiaridade que diferencia o processo de assistência à saúde é mencionada por Silva (2005), quando cita a inseparabilidade entre a produção e o consumo do serviço prestado, ou seja, na medida em que o atendimento está sendo realizado, está sendo consumido, não há possibilidade de ser subestimado o resultado do serviço prestado, sendo, portanto, imprescindível um padrão de qualidade elevado, que garanta a imagem da organização, tanto perante os clientes quanto por seus familiares. Estas vertentes de qualidade foram decisivas para emergir os Programas de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, como descrito na sequência.

2.2 ACREDITAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O setor de prestação de serviços de saúde vem passando por diversas mudanças que exigem dos administradores hospitalares uma gestão profissionalizada como forma de se manter em um cenário competitivo. O desafio é grande, haja vista que, na área da saúde, a intangibilidade predomina, não existindo fatores de pré-definição das atividades operacionais. Além disso, no cenário nacional hodierno, esta atividade social pública ou privada vem merecendo destaques nas mídias e cobranças severas da sociedade.

No Brasil, em particular, os desafios são diversos pela dispersão geográfica do território nacional, pelo “sucateamento” de prédios e equipamentos de algumas unidades de saúde, bem como das multiculturas que caracterizam realidades dicotômicas da configuração social e política brasileira. Se, de um lado, a população deseja atendimentos na saúde dignos de um país que já é a 7^a economia do mundo⁵, de outro lado, os investimentos governamentais na referida área ainda são tímidos e distantes para se obter padrões de qualidade adequados às novas exigências do mercado, sendo urgentes medidas que reduzam estas lacunas.

Sobre o Brasil, Couto e Pedrosa (2007, p. 07) ressaltam que “no relatório 2003 divulgado pela Organização Mundial de Saúde se situa no

⁵ O Brasil é a 7^a economia mundial pelo critério de Produto Interno Bruto (PIB), segundo o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial (2010).

3º lugar entre os países que menos destinam verbas para a área da saúde na América Latina”. Ao que parece, essa postura do Governo Federal vem se alterando, pois segundo dados veiculados no Portal Brasil, de 10 de janeiro de 2011, o Governo Federal destinou um orçamento de R\$ 77 bilhões para a saúde em 2011, o maior valor desde 1995, que foi de R\$ 91,6 bilhões. Este foi o segundo maior orçamento da esplanada dos ministérios, sendo que deste montante, cerca de R\$ 68 bilhões foram aplicados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), órgão gestor dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/01/10>).

2.2.1 As origens da Acreditação

O conceito da qualidade não é novo. A preocupação com a questão remonta a Antiguidade, mesmo que não houvesse naquele período uma ideia clara do que fosse qualidade. Esta noção foi evoluindo ao longo do tempo, em função das especificidades que cada avanço tecnológico representou na história do desenvolvimento humano (PALADINI, 1995). Os primeiros passos à consciência ou ajustes do que se define como qualidade foram implantados na área de arquitetura e industrial.

No setor de prestação de assistência à saúde, a preocupação com a qualidade dos serviços prestados coincide com o período auge do império Babilônico, sob o reinado do Imperador Hamurabi, por volta de 2000 anos a.C. O referido monarca estabeleceu uma lei que prevenia a má prática da medicina e que oferecia compensação a quem sofresse dos efeitos da negligência na assistência médica. Seu Código de Conduta Médica, no que se refere à qualidade da assistência à saúde, advertia que: “Se o cirurgião fez uma profunda incisão no corpo de um homem livre e lhe causou a morte, ou se abriu uma fenda no olho e destruiu o olho do homem, ele deve ter o braço cortado.” (QUINTO NETO, 2000, p.17)

No século XIX, Florence Nightingale, enfermeira britânica, defensora da melhoria no tratamento médico e atuante que cuidava dos feridos durante a Guerra da Criméia, “introduziu várias medidas inovadoras nos cuidados aos clientes, desenvolvendo a responsabilidade dos hospitais na melhoria da qualidade prestada” (LABBADIA *et al.*, 2004, p. 84). Os esforços desta enfermeira fizeram com que se reduzisse

de forma significativa a taxa de mortalidade dos clientes do hospital de campanha (QUINTO NETO, 2000).

De acordo com Quinto Neto (2000), Florence Nightingale propôs conceitos de assistência à saúde que se relacionavam com o hospital como um todo, criando técnicas capazes de melhorar os padrões de qualidade do cuidado ao cliente. Para o referido estudioso das organizações, “o trabalho de Nightingale propiciou inspiração para o Dr. Ernest Codman iniciar nos Estados Unidos os esforços que conduzirão ao movimento da Acreditação de organizações de saúde” (QUINTO NETO, 2000, p. 21).

Nas palavras de Couto e Pedrosa (2007), o Relatório Flexner⁶ foi o primeiro ato de transformação da educação médica nos Estados Unidos e Canadá, em 1910, onde se dava a reformulação e reconstrução do currículo das escolas médicas norte-americanas, baseado em questões que diziam respeito à qualidade médica, sua educação e sua prática.

O cirurgião norte-americano Dr. Ernest Codman foi o pioneiro na preocupação com o gerenciamento de resultados em clientes no cenário hospitalar. Com olhar na padronização dos serviços para obtenção de qualidade, Dr. Codman desenvolveu, em 1910, um sistema de padronização hospitalar (PPH), conforme citado no item 1.2. Posteriormente, em 1913, Dr. Codman fundou o Colégio Americano de Cirurgiões (ACS) (QUINTO NETO, 2000).

Os estudos do Dr. Codman emergiram em num cenário de assistência médica precário nos Estados Unidos. Para se ter ideia, naquela época, os hospitais, tanto americanos quanto canadenses albergavam pobres e doentes, sem serem examinados na sua admissão, inexistia uma triagem que evitasse contaminações desnecessárias. Não havia registros de dados dos clientes, nem equipamentos de exames de diagnósticos, ocasionando pouca efetividade no tratamento. As bases de padronização da assistência hospitalar foram discutidas, em 1917, por membros de comitês de padrões americanos e canadenses, onde se expôs a situação dos hospitais e se definiu o que era necessário para o atendimento adequado de clientes, estabelecendo o ambiente propício de trabalho para os profissionais da área da saúde (QUINTO NETO, 2000).

A criação de Padrões Mínimos (*Minimum Standard*) à prestação de cuidados hospitalares nos Estados Unidos é datada de 1919, quando foi publicado pelo Colégio de Cirurgiões o “Padrão Mínimo”, adotando cinco padrões para a prestação de cuidados hospitalares. Os padrões

⁶ O **Relatório Flexner** foi o responsável em aproximar o pensamento científico às práticas do ensino da medicina e da gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde norte-americana (COUTO; PEDROSA, 2007).

sinalizavam para os cuidados e regras que os profissionais da área médica tinham de obedecer, tanto na formação do profissional médico quanto em sua organização como corpo clínico. Entenda-se corpo clínico o grupo de médicos que atuam em um hospital. Os padrões tratavam do correto registro dos dados do cliente, onde deveriam constar as informações e história pessoal e familiar, queixas, exames físicos e de diagnóstico, hipótese diagnóstica, tratamento médico ou cirúrgico, evolução clínica, condição de alta e, no caso de óbito, os resultados da autópsia, além da descrição dos recursos diagnósticos e terapêuticos, sob supervisão competente, necessários ao tratamento do cliente (RODRIGUES, 2004).

Como adverte Kluck (s/d), estes “Padrões Mínimos” foram os passos iniciais para o processo de Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos, impulsionando a padronização da assistência. No entanto, na compreensão de Manzo (2009, *apud* SCHIESSARI, 1999), tais padrões restringiram-se à prática médica, não considerando a atuação de outros profissionais na assistência à saúde.

A partir da década de 50, o crescimento do número de instituições hospitalares, incentivadas por lei federal nos EUA, após a II Guerra Mundial, o aumento da complexidade da assistência médica e a maior procura por especialidades não cirúrgicas inviabilizaram o controle do PPH pelo Colégio de Cirurgiões, o que fez com que fosse criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), composta pelo Colégio Americano de Clínicos, Associação Americana de Hospitais, Associação Médica Americana e Canadian Medical Association (RODRIGUES, 2004).

A JCAH era uma empresa de natureza privada que procurou introduzir na cultura médico hospitalar norte-americana o conceito de qualidade. Focava-se no trinômio avaliação, educação e cultura. Na concepção de Feldman, Gatto e Cunha (2005), a cultura da qualidade tomou corpo nos meios acadêmicos e institucionais, levando à criação de leis mais complexas na área da saúde. Eles assinalam que este aspecto trouxe à tona a ênfase na avaliação, na educação e na consultoria hospitalar.

Os padrões da Acreditação inicialmente definidos foram sendo modificados. Isto porque grande parte dos hospitais americanos atingiu de forma rápida os requisitos mínimos exigidos. Este fato levou a JCAH, em 1970, a editar um novo manual, modificando o grau de exigência, passando a considerar processos e resultados da assistência e padrões ótimos de qualidade. O novo manual já não se preocupava tanto com a estrutura, haja vista estarem bem resolvidas, dando um enfoque

maior aos processos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). O sistema de Acreditação americano foi se aperfeiçoando e expandiu o conceito de Acreditação para além das fronteiras dos hospitais, indo ao encontro das demais organizações prestadoras de serviços de saúde e necessitando desenvolver padrões internacionais para aplicação.

Em 1987, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como reflexo da expansão das atividades de Acreditação, passou a ser: *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (QUINTO NETO, 2000). Dentro deste raciocínio, Couto e Pedrosa (2007) relatam que o atual modelo americano de Acreditação está baseado em leis municipais, estaduais e federais, bem como na certificação externa pela comissão conjunta e pela ISO.

Na América Latina, a implantação do conceito de Acreditação iniciou-se em 1989, por meio da Organização Mundial de Saúde – OMS, abrangendo o segmento hospitalar e introduzindo apoio às iniciativas de qualidades nos serviços de saúde. Tal fato visava a mudança paulatina, de maneira planejada, aos hábitos na assistência à saúde, provocando nos diversos profissionais de todos os níveis e serviços um incentivo para avaliar as fraquezas e forças das organizações prestadoras de serviços de saúde, estabelecendo assim metas claras e constante mobilização, e aperfeiçoando os objetivos no sentido da garantia da qualidade da atenção médica. Naquele período, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) realizou um levantamento com a participação de trinta países para avaliar o que existia em termos de qualidade na assistência à saúde na América Latina. Tal levantamento constatou que somente havia leis que controlavam infecções hospitalares e sistemas de habilitação de funcionamento das instituições de saúde. O mesmo estudo constatou, no entanto, que não havia sistemas de Certificação e Acreditação nesta região (QUINTO NETO, 2000).

Da parceria da OPAS com a Federação Latino-Americana de Hospitais emergiu, em 1990, o Manual de Acreditação para a América Latina, que visava promover a utilização de padrões de assistência a saúde para esta parte do globo. No entanto, os supramencionados organismos identificaram distintas culturas e realidades que permeiam os países da América Latina, exigindo deles a criação de um modelo adequado a estas exigências, originando, em 1991, um modelo de Acreditação ímpar que serviria para toda esta região, dentro de um padrão flexível e adaptável às diferentes realidades (QUINTO NETO, 2000). O sistema de Acreditação Latino assemelha-se ao Norte-Americano, apesar das diferenças existentes entre os distintos países,

porém na proposta da OPAS, são consideradas as diferenças regionais existentes nos países latinos.

Vale desde já salientar que a Acreditação é uma metodologia criada para avaliar a qualidade na prestação de assistência à saúde, utilizando-se de padrões de referência e indicadores qualitativos. “A expressão Acreditação está associada à ideia de excelente reputação e garantia de confiança nos serviços recebidos no estabelecimento hospitalar escolhido” (ROCHA, 2007, p. 40). Posição idêntica foi ressaltada por Rodrigues (2004, p. 25), ao sublinhar que “Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental, avalia e reconhece se uma instituição de saúde está em conformidade com padrões aplicáveis, pré-estabelecidos e publicados”.

Além disso, Acreditação ou certificação é um método de avaliação das organizações prestadoras de serviços de saúde, por uma empresa devidamente autorizada e registrada, junto ao órgão regulador existente em cada país. A acreditadora analisa e orienta seus clientes, afirmando se a organização avaliada tem condições de prestar serviços e/ou produtos com qualidade (COUTO; PEDROSA, 2007).

2.2.2 Trajetória da Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde no Brasil

O histórico da avaliação do setor da saúde no Brasil é datado de 1970. Naquele ano foram publicadas normas e portarias que regulamentavam a implantação de um sistema para avaliar a qualidade da assistência à saúde. No entanto, somente a partir de 1990 é que se fixaram ideias sobre Acreditação hospitalar em nosso território. Alguns grupos ligados à área da saúde, como a Associação Médica Paulista, propuseram avaliar a qualidade dos hospitais, classificando-os, a exemplo dos hotéis, na forma de lhes conceder estrelas (QUINTO NETO, 2000).

Desde então, inúmeras reuniões possibilitaram debates que endereçaram à formatação de um modelo para o sistema brasileiro de Acreditação. Essas discussões contavam com a participação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que pudessem contribuir com a melhoria do sistema de saúde brasileiro, culminando essas discussões no conteúdo do manual proposto pela OPAS. Como ressaltam Couto e Pedrosa (2007, p. 305), “na América Latina e no

Brasil, foi desenvolvido o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, com a participação da Organização Mundial de Saúde (OMS), OPAS, Federação Latino-Americana de Hospitais e Federação Brasileira de Hospitais, publicado em 1992”.

Entretanto, somente em 1998 foi lançado o Programa Brasileiro de Acreditação, sendo a Organização Nacional de Acreditação (ONA) constituída juridicamente em 1999 para gerenciar este desafio. Como aponta Quinto Neto (2000, p. 59), “a ONA é a responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras”. As instituições acreditadoras formam avaliadores internos e externos e emitem certificados as instituições que passam pelo processo de avaliação. No tópico 2.2.3 são apresentados a lista atual de organizações certificadas e os procedimentos vigentes para o reconhecimento de um dos níveis de Acreditação Hospitalar. Em abril de 2001, através da Portaria GM/MS 538⁷, o Ministério da Saúde definiu a ONA o órgão responsável pelo credenciamento das instituições acreditadoras, até o parecer final de Acreditação do hospital avaliado.

Do ponto de vista jurídico, a ONA caracteriza-se por uma instituição privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo, que visa à implantação da qualidade nas instituições brasileiras de assistência à saúde, estimulando o alcance de padrões de excelência no atendimento ao cliente. Compõem a ONA os representantes de entidades prestadoras e compradoras de serviços de saúde, membros do Ministério da Saúde e dos conselhos municipais e estaduais de Secretarias de Saúde (COUTO; PEDROSA, 2007). Sua missão é: “promover o desenvolvimento de um processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde em nosso país”, e está alicerçada sobre os valores de credibilidade, legitimidade, qualidade, ética e resultado (ONA, 2010, p.12).

O primeiro Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde foi publicado em 1998, pela ONA e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ele passou a definir parâmetros à comparação e mensuração de serviços hospitalares, através de padrões para cada subseção avaliada. O próximo passo foi treinar multiplicadores e definir as organizações acreditadas para definirem e legitimarem o nível de Acreditação pelo selo correspondente, como pode ser visualizado no Anexo 3 (COUTO; PEDROSA, 2007).

⁷ Veja: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1970.htm>>.

O Manual Brasileiro de Acreditação vem sofrendo várias revisões e atualizações. De acordo com a ONA (2010, p. 23), “este processo visa manter a vanguarda de um sistema de gestão e avaliação voltado para a melhoria da qualidade das organizações de saúde [...]”. A parceria ONA e ANVISA tramitou em outras esferas da saúde, sendo publicada, em 2003, a RDC nº 75 que aprovou o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia, a RDC nº 245 que definiu as regras às Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínicos, e, em 2004 é lançado a RDC nº 12, o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva. A Acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, por ser um processo dinâmico, conforme já foi salientado, divulgou recentemente o primeiro manual de Acreditação exclusivo para as Clínicas Odontológicas (ONA *On Line*, 2011). Porém, fica o registro neste trabalho que não serão tecidos comentários ou análises sobre o mesmo, por não ser o foco deste estudo.

Em 2010, é lançada a sexta edição do Manual Brasileiro de Acreditação, sendo submetido a revisões e atualizações, visando a atender as necessidades das organizações prestadoras de serviço de saúde de tipos, perfil, porte ou característica diferentes, incorporando às novas edições requisitos atualizados, de acordo com os princípios de segurança, gestão integrada e excelência em gestão. Esta versão “(...) representa um avanço no caminho da orientação do processo de avaliação para uma visão por processos, integrada e sistêmica, independente de onde fisicamente este processo está inserido, saindo de uma visão tipicamente setorizada” (ONA, 2010, p. 23). Salienta-se que o referido manual serviu de alicerce para este trabalho.

Dentre as inovações apresentadas neste Manual de Acreditação, têm-se os fundamentos administrativos reconhecidos internacionalmente, enfatizando a visão sistêmica que reforça a ideia da interdependência dos profissionais atuantes na organização e sua interação com o ambiente. Ele preconiza um objetivo comum na atuação de suas lideranças, permitindo a melhoria continuada e sustentabilidade, orientando a organização a estabelecer uma sistemática de gestão dos processos, com vistas à tomada de decisão baseada em indicadores que medem e analisam o desempenho, pois promove a realização profissional e o desenvolvimento das pessoas, através da educação continuada e do trabalho em equipe. Ele procura implantar na organização a cultura da inovação e um ambiente favorável à criatividade e implantação de novas tecnologias, visando à melhoria contínua de desempenho na instituição. Orienta-se pelo tratamento

humanizado e satisfação dos clientes externos e internos, tendo eixo na segurança, implementando melhorias para reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos, bem como propor atitudes proativas aos seus gestores (ONA, 2010). Destaca-se que

(...) o Sistema Brasileiro de Acreditação considera que a organização de saúde é um sistema complexo, onde as estruturas e os processos da organização são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, no processo de avaliação e na lógica do Sistema Brasileiro de Acreditação não se avalia um setor ou departamento isoladamente (ONA, 2010, p. 20).

O Manual de Acreditação Brasileiro está estruturado em seis seções, que agrupam os serviços e processos semelhantes entre si. O caráter sistêmico destaca-se na composição das seções e subseções, uma vez que foram estabelecidos, para cada subseção, “padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos” (ONA, 2010, p. 28). Nas seções agrupam-se os serviços com características semelhantes, sob a lógica da visão sistêmica, evidenciando a interação das ações executadas.

Já as subseções tratam do escopo específico de cada serviço, partindo da premissa de que o grau de importância dentro da avaliação é o mesmo para todas elas (COUTO; PEDROSA, 2007). A Figura 2 permite visualizar a composição das seções e subseções supramencionadas.

Figura 2: Seções e subseções de aplicação obrigatória

Fonte: adaptada de ONA (2010, p. 39-40).

O Modelo de Acreditação Brasileiro pode ser aplicado às organizações de qualquer porte, perfil ou tamanho, não sendo *prescritivo*, haja vista que não sugere ferramentas, técnicas, processos ou metodologias (ONA, 2010). Na visão de Couto e Pedrosa (2007), o Manual Brasileiro de Acreditação contém os requisitos para um sistema de gestão, definindo “o que fazer”, sem, porém, explicitar “o como fazer”.

2.2.3 Os níveis e exigências para a Acreditação Hospitalar

O Manual de Acreditação Hospitalar estabelece três níveis de atenção que contém padrões definidos e revisados periodicamente, buscando ser modificado para atender às características dos hospitais. Ele considera as diferenças regionais, bem como especificidades administrativas do hospital analisado, conforme pode ser visto no Quadro 2.

Como a Acreditação está estruturada sob a lógica da visão

sistêmica da administração, a instituição avaliada só recebe a qualificação devida ou selo de qualidade se todas as seções avaliadas e preconizadas pelo Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde estiverem em conformidade. O período de validade do certificado é de dois anos para os Níveis 1 e 2, e de três anos para o Nível 3. Nestes prazos, a organização de saúde acreditada é submetida a dois mecanismos de controle de seu selo de qualidade: “visita de avaliação de manutenção da condição de acreditado e detecção de eventos-sentinela” (ONA, 2010, p.17).

Ao término do período de validade do selo de certificação, dá-se início a um novo ciclo, e como os padrões estão em constante avaliação, pode haver modificações neste período em decorrência de possíveis mudanças tecnológicas e avanços científicos que ocorram na área da saúde. “A recertificação fortalece a cultura da melhoria contínua das práticas da qualidade da assistência, e revitaliza a organização de saúde que pretende manter uma vantagem competitiva baseada no desempenho dos serviços prestados” (QUINTO NETO, 2000, p. 75).

Destaca-se que, na configuração da ONA, os eventos-sentinela são aqueles que dão a ideia de cumprimento adequado das tarefas e que, portanto, quando não atendidos, caracterizam desvios aos critérios sinalizados no referido manual. Na concepção de Antunes (2002, p. 36), “evento-sentinela é qualquer evento imprevisto que pode resultar em danos para os clientes externos e internos da organização”. Complementando, a ONA (2010, p. 159) define evento-sentinela como “ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física ou psicológica, ou risco dos mesmos”.

O processo de Acreditação é um método voluntário de avaliação, constituindo um programa de educação continuada, sem se caracterizar uma forma de fiscalização (ONA, 2010). A Acreditação caracteriza-se por um instrumento de aferição da qualidade de caráter externo e indica que a instituição de saúde desenvolve sua assistência de acordo com determinados padrões de qualidade.

No momento da redação deste trabalho, as instituições acreditadoras credenciadas pela ONA eram: Sistema Nacional de Acreditação Ltda (DICQ), Det Norske Veritas (DNV); Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV); Germanischer Lloyd Certification South América (GL); Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS); Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde (IPASS), Instituto Qualisa de Gestão (IQG) (ONA *On Line*, 2011). Cabe destacar que esta listagem pode sofrer alteração, com o descredenciamento de alguma delas ou credenciamento de outras

instituições consideradas aptas para esta atividade.

Quadro 2: Níveis de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

NIVEL 1 – Segurança	NIVEL 2 – Gestão integrada	NIVEL 3 – Excelência em Gestão
Padrão	Padrão	Padrão
Atende aos requisitos formais técnicos e de estrutura; executa as atividades proporcionando a segurança do cliente/paciente, conforme perfil e porte da organização.	Gerencia as interações entre fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhoria e aprendizado.	Desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável; evidências de melhorias e inovações, decorrentes do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência.
Requisitos do Padrão	Requisitos do Padrão	Requisitos do Padrão
<ul style="list-style-type: none"> -Profissionais com capacitação compatível, dimensionados à complexidade e perfil da organização. -Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades, considerando o perfil do serviço. -Critérios e procedimentos de segurança para a utilização e manuseio de materiais, produtos, equipamentos e serviços. -Gerencia o fluxo e a demanda do serviço. -Comunicação efetiva entre as áreas. -Sistema de informação com registros atualizados. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identifica fornecedores e clientes e sua interação sistêmica. -Formaliza a interação dos processos entre cliente e fornecedores. -Gerencia a interação entre os processos e sua melhoria. -Evidencia a efetiva utilização do conhecimento e das habilidades, na execução das atividades dos processos. -Evidencia o impacto no processo decorrente das ações de aprendizado. -Dispões de sistemática da medição e avaliação da efetividade do processo. -Promove ações de 	<ul style="list-style-type: none"> -Indicadores alinhados e correlacionados às estratégias da organização. -Resultados apresentam informações íntegras e atualizadas. -Estabelece uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão. -Apresenta evolução de desempenho e tendência dos indicadores de resultado global. -Realiza análises críticas sistemáticas com evidências de ações de

<ul style="list-style-type: none"> -Mecanismos de validação dos procedimentos de rastreabilidade da informação. -Define planos de contingência. -Assegura o suporte técnico e promove a educação permanente dos profissionais da saúde. -Monitora a qualificação dos fornecedores críticos. -Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo, se aplicável, da calibração. -Cumpre as diretrizes de prevenção e controle de infecção, se aplicável. -Sistema de notificação e gerenciamento de eventos sentinela. -Gerencia os resíduos. -Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil. 	<p>melhoria e a minimização de riscos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evidencia o impacto e a efetividade do gerenciamento de riscos. 	<p>melhoria e inovações.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apresenta tendência favorável de desempenho de resultados. -Identifica oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais (comparação com referencial externo aplicável), com evidências de resultados positivos.
Qualificação – Acreditada	Qualificação – Acreditada Plena	Qualificação – Acreditada com Excelência
Validade – 2 anos	Validade – 2 anos	Validade – 3 anos

Fonte: ONA (2010).

A lógica da Acreditação consiste em primar pela qualidade na assistência à saúde, caracterizando-se como um objetivo a ser perseguido pelas instituições de saúde privadas e públicas. Desta forma, tanto os gestores em saúde quanto a sociedade exigem a prestação de serviço que atenda a expectativa do cidadão quando busca soluções para suas enfermidades. Este atendimento deve, no mínimo, apresentar um

grau de segurança na assistência, dada a complexidade de se lidar com a vida humana. Isto porque a busca pela qualidade da assistência em saúde torna imprescindível a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade. “Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, conseqüentemente, um melhor desenvolvimento técnico, a meta final de um programa de qualidade deve ser a busca da satisfação do cliente” (KLUCK, s/d, s/p.).

O sistema de Acreditação tem se mostrado uma importante ferramenta de gestão. Ele possibilita o diagnóstico da instituição, a partir do entendimento dos requisitos para melhoria do desempenho e na identificação de onde é necessário melhorar os atendimentos na saúde, estabelecendo e compreendendo seus pontos fortes e fracos, bem como vislumbrando as oportunidades de melhoria e ameaças emergentes. É desta maneira que se promove o trabalho sistêmico, por meio da cooperação interna dos diversos atores que atuam numa instituição hospitalar (ONA, 2010).

Para obter a Acreditação, a organização prestadora de serviços de saúde deve solicitar a avaliação junto à instituição Acreditadora. Ao final do processo de avaliação, a organização recebe a qualificação de acordo com os padrões cumpridos. Nesta avaliação, participa a equipe de avaliadores da instituição Acreditadora, que deve ser definida de acordo com a organização que será avaliada, pois “a organização prestadora de serviços de saúde que adere ao processo de Acreditação revela responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população” (ONA, 2010, p. 13). Como foi ressaltado, o processo de Acreditação caracteriza-se por um método de educação continuada dos profissionais que atuam nas organizações prestadoras de serviços de saúde, visando à excelência na qualidade do atendimento prestado.

2.2.4 Desafios administrativos para a Acreditação Hospitalar

Os hospitais se confundem com caridade ou são associados a crises emergentes de conflitos militares ou de processos epidêmicos. Na ótica de Bittar (2004, p. 01), “os hospitais nasceram baseados na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo, o que tornou as decisões tipicamente empresariais uma dificuldade por vezes intransponível”. Esta confusão ideológica vem até hoje acarretando

dificuldades interpretativas no sentido de profissionalizar as organizações hospitalares.

Como já salientado, administrar um hospital é um grande desafio por diversos motivos: ele é regido por leis, normas e regulamentações provenientes de diversos órgãos e instituições, bem como a existência de vários interesses, às vezes conflitantes, pela aglutinação de diferentes profissionais que ali atuam. Sob este prisma, Couto e Pedrosa (2007, p. 194) dizem que “os hospitais enquanto organizações são sistemas complexos constituídos de diferentes sistemas”. Isto porque, nos hospitais, as pressões legais, as inovações tecnológicas, as pesquisas de novas drogas e as novas terapias de tratamento são fatores relevantes de influências na imagem deste tipo de organização.

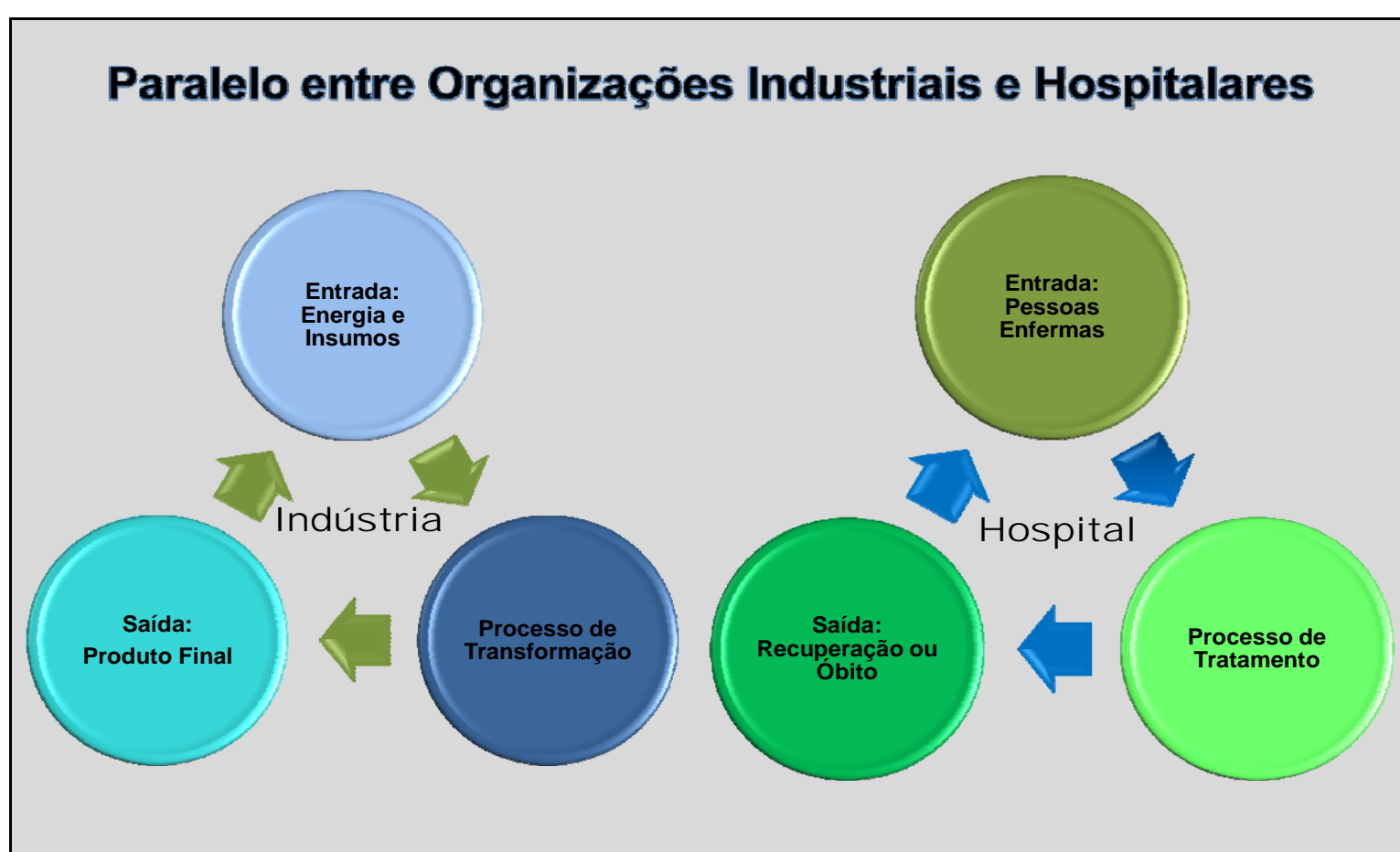
Dentro deste raciocínio, Silva (2005) chama atenção que, em qualquer organização, há a entrada de insumos e energia que passam por um processo de transformação e gera uma saída, do produto final acabado. Por outro lado, nas organizações hospitalares, há a entrada do cliente com uma enfermidade, que passa por um processo de tratamento para a transformação do quadro de doente a sadio, gerando uma saída de uma alta recuperada ou um óbito. Todavia, o processo de tratamento de uma enfermidade abrange diversos profissionais, com saberes, condutas e culturas próprias de sua formação, envolvendo aspectos emocionais e sentimentais, o que torna o processo peculiar e específico. Assim, trabalhar essas peculiaridades de maneira harmoniosa é imprescindível à assistência do cliente, exigindo uma administração preparada para o gerenciamento das diferenças (SILVA, 2005). A Figura 03 possibilita visualizar o paralelo entre organizações industriais e as hospitalares.

Os hospitais caracterizam-se como organizações prestadoras de serviços, cujo produto final é o cuidado e o restabelecimento da saúde do cliente. Na visão de Blumen (2004), a estrutura administrativa dos hospitais é predominantemente linear, com a centralização na figura do Provedor, do Diretor Geral e Superintendente, com características autoritárias, que resulta numa comunicação formal, com muitos papéis e assinaturas, hierarquização forte e regras rígidas e com reduzido envolvimento entre as pessoas e setores destas organizações. Neste contexto, Silva (2005) alerta que é preciso pensar o hospital como uma empresa, administrando-o profissionalmente, buscando eficiência e eficácia nos seus processos de trabalho, e não gerenciá-lo como uma empresa qualquer.

Por sua vez, na visão de Couto e Pedrosa, (2007, p. 193), “um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e difere das outras empresas porque seu objetivo ou “produto básico” é a

manutenção ou restabelecimento da saúde do cliente”. Isso cria um intrincado processo de divisão do trabalho que se compõe de distintas atividades especializadas. Além disso, os hospitais são organizações que atuam em um ambiente interno em constante tensão, envolto em uma elevada incerteza e desafios tecnológicos.

Figura 3: Organização hospitalar



Fonte: adaptada de Silva (2005).

As diversidades de atividades que envolvem o tratamento de saúde podem gerar conflitos, pois como relatam Quinto Neto e Bittar (2004, p. 02), “cada área/subárea de um hospital possui sua própria cultura, cria seus próprios mitos, suas maneiras peculiares de relacionamento”. Cada área tem suas próprias regras de acordo com seus membros, suas emergências e da forma com que reagem aos estímulos internos ou externos, sendo que processos em saúde podem ser divididos em dois tipos: os de aplicação direta ao cliente e os de suporte ao atendimento. Por outro lado, afirmam os supramencionados autores ser comum que as áreas que concentram os profissionais que prestam assistência direta ao cliente – médicos, enfermeiros, psicólogos, dentre outros – percebam a área de infraestrutura com indiferença por acreditarem que as atividades ali desenvolvidas sejam desprovidas de

tecnicidade, sinalizando para um aspecto cultural que acirra o conflito e a complexidade da característica multi profissional destas organizações.

Quinto Neto e Bittar (2004) argumentam também que o que torna as organizações hospitalares complexas é a gama de profissionais de diferentes habilidades envolvidos no processo de trabalho, sendo surpreendente a complexidade de determinadas tarefas que supostamente poderiam ser simples. Por sua vez, Silva (2005) ressalta que a complexidade da estrutura organizacional e administrativa de um hospital está associada à dificuldade de demarcação da autoridade e responsabilidade que faz emergir conflitos na realização das funções, por causa da interdisciplinaridade existente nestas organizações. Neste raciocínio, tem-se que “em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um cliente como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico” (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 193).

Outros aspectos culturais próprios das organizações hospitalares são classificados por Bittar (2004) como fatores prejudiciais à implantação de um programa de qualidade. Dentre os aspectos mencionados por ele está o imediatismo no ter que aliviar a dor do enfermo, característica impar em serviços de saúde, acarretando a falta de planejamento e organização que dificultam a coordenação, a direção e o controle de programas e serviços. Além disso, existe a dificuldade em se ter um diagnóstico organizacional ou, até mesmo, setorial, devido à gama de sistemas distintos em um hospital que prejudica as inter-relações das subáreas.

Por outro lado, Quinto Neto e Bittar (2004, p. 11) salientam que “(...) a Acreditação coloca-se como uma referência que estimula os dirigentes das organizações de saúde a cumprirem padrões que expressam, em um determinado momento, o estado da arte da assistência à saúde”. Os padrões preconizados pela Acreditação norteiam condutas e práticas que devem estar presentes nas atividades diárias das organizações prestadores de serviços à saúde, permeando a cultura destas organizações e auxiliando os indivíduos a realizarem o que se espera deles. Até mesmo porque o padrão é definido pela autoridade competente, como o nível de desempenho aceitável numa organização, dentro de uma política de qualidade.

Outro fator de dificuldades é apontado por Seleme (1998, p. 41), quando alerta que, “nas organizações hospitalares, boa parte do comportamento é governado pela lógica do conhecimento técnico e não por regras burocráticas. O controle através do trabalho do especialista pode sobrepor-se ao controle burocrático convencional”. Porém, alerta o

referido autor que, pelo fato dessas organizações possuírem características burocráticas, os especialistas acabam por fazer trabalhos administrativos, gerenciais, e participando de processos políticos. Pensamento semelhante é a leitura feita por Moraes (2004, p. 39), quando advoga que “o resultado do impacto de mudanças no ambiente das organizações abalam as estruturas, transformam a forma de pensar e de perceber das pessoas, produzem alterações e desdobramentos nos processos e na cultura organizacional (...)”. Salienta ainda Moraes (2004) que a Acreditação é um processo educacional, de valorização das pessoas, de desenvolvimento organizacional e de participação, envolvimento e compromisso de todos na organização num objetivo comum.

Outro aspecto relevante é o fato de que, segundo Souza (2003, p. 51), “(...) qualidade é fruto da indispensável participação de todos, descentralização, delegação de poder, responsabilidade maior da administração superior, dentre outras práticas (...)”. Acrescenta Silva (2005) que em uma organização voltada para o cliente, as decisões tomadas pelo corpo diretivo precisam ser direcionadas ao atendimento das necessidades e satisfação do cliente, bem como todas as áreas intermediárias devem se adequar a este novo modelo, compreendendo desde a recepção à assistência técnico-médica. A Acreditação é considerada uma ferramenta de gestão que visa implantar um sistema de qualidade nos serviços de saúde, contribuindo efetivamente com a melhoria na assistência. Implica ações que vão além da aplicação da técnica, principalmente no que diz respeito à documentação do tratamento efetivado, o que, na concepção de Bittar (2004), é um fator dificultante devido ao despreço dos profissionais de saúde em preencher papéis com registros históricos do hospital, dos clientes, dos tratamentos, tornando impossível a tabulação dos dados, dificultando a identificação de não-conformidades.

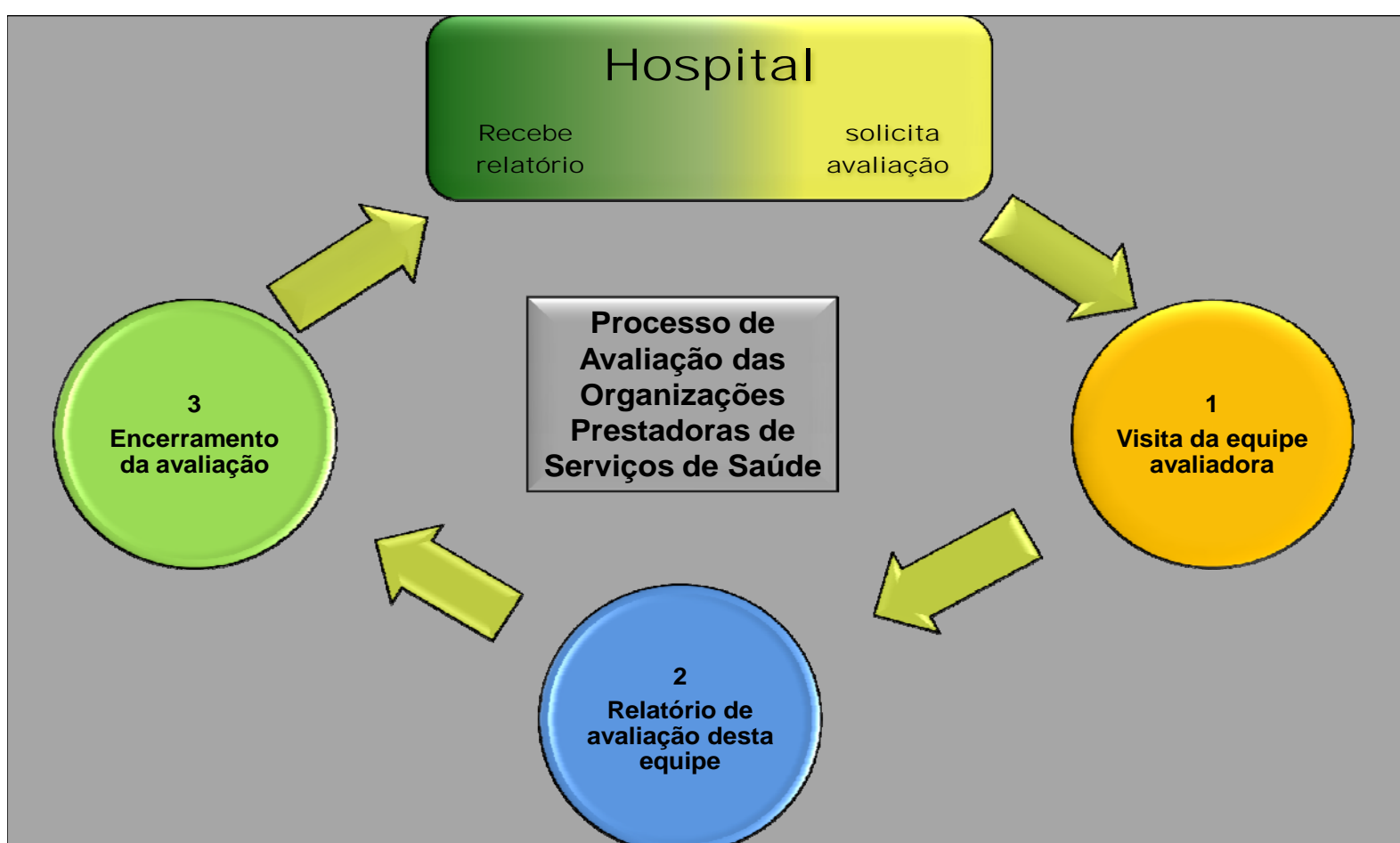
2.2.5 Requisitos e procedimentos administrativos para a Acreditação Hospitalar

Dentro da avaliação da ONA/MS, “um hospital é definido como a entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no qual se prestam serviços de assistência médica, e caráter estatal ou privado, com ou sem fins econômicos, sob a direção de um mesmo responsável”

(ONA, 2010, p. 38).

O hospital que tiver interesse no processo de Acreditação deverá se submeter a um conjunto de atividades baseados em quatro elementos básicos: 1. Caráter voluntário que se caracteriza pela decisão de se submeter ao processo, escolhendo a instituição acreditadora que procederá a Acreditação; 2. Manual de avaliação que norteia todo o processo de Acreditação; 3. Verificação externa efetuada por avaliadores externos à organização, que irão conferir o cumprimento dos padrões estabelecidos no manual; 4. Instituição acreditadora que realizará a Acreditação por uma entidade vinculada ao órgão nacional (QUINTO NETO, 2000). O hospital necessita ter licença sanitária, alvará de funcionamento e registro do responsável técnico, bem como deve recolher uma taxa de inscrição em favor da ONA antes de iniciar a visita dos avaliadores (ONA, 2010). O processo de avaliação da organização prestadora de serviço de saúde no Brasil tem três etapas: a) visita da equipe avaliadora; b) relatório de avaliação desta equipe; e, c) encerramento da avaliação. A Figura 4 permite visualizar estas etapas.

Figura 4: Processo de avaliação das organizações prestadoras de serviços de saúde.



Fonte: adaptada de ONA (2010).

A primeira etapa caracteriza-se por uma visita da equipe de avaliadores da instituição acreditadora. Este processo está definido pelas Normas Orientadoras do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadora de Serviços de Saúde. A equipe de avaliadores é formada por, no mínimo, três membros, sendo: um médico, um enfermeiro e um profissional especialista em gestão (ONA, 2010, p. 41). Esta etapa tem como foco detectar evidências de conformidade nas atividades hospitalares, através de informações comprovadas de dados e/ou fatos que podem ser obtidos pela observação, documentação, medição e outros padrões de conformidades comparadas aos requisitos preconizados no Manual de Acreditação.

Por outro lado, a detecção de não-conformidade significa não atender ao requisito padrão, comprometendo o funcionamento do sistema. Já a observação é um fato constatado durante a avaliação que não compromete a integridade do princípio do padrão, devendo ser corrigida para que não evolua para uma não-conformidade. O processo de avaliação passa pelo princípio do consenso, que é um processo construtivo a partir de negociações entre os avaliadores para a tomada de decisão durante o processo de avaliação (ONA, 2010).

Na segunda etapa, é emitido o relatório de avaliação pela equipe de avaliadores. Nele são ressaltados os resultados constatados nesta etapa. O relatório deve transcrever todo o processo e conteúdo da avaliação, refletindo o resultado da avaliação (ONA, 2010).

A avaliação é finalizada com a aprovação do relatório final pela Instituição Acreditadora (Anexo 3), através da emissão do parecer final de aprovação ou não aprovação da avaliação realizada culminada com a entrega deste documento, tanto a organização avaliada quanto a ONA. No período de validade do certificado (Anexo 3), a organização prestadora de serviços de saúde acreditada estará sujeita a dois mecanismos de controle de manutenção da qualificação: visita de avaliação; e detecção de eventos sentinela. Como foi destacado, a Acreditação Hospitalar requer a conscientização dos envolvidos, bem como técnicas de proliferação desta ideia e comprometimento em sua operacionalização. Como salientado anteriormente nesta dissertação, a comunicação é tratada como endomarketing, conforme abordado na sequência.

2.3 O MARKETING E O ENDOMARKETING

Os conhecimentos de marketing têm sido foco de diversas ações administrativas, tanto no ambiente externo quanto interno das organizações. Para esse trabalho, o eixo interpretativo é o endomarketing, no entanto, não se pode esquecer que esta configuração tem origens nos preceitos que norteiam o marketing convencional, conforme destacado na sequência.

2.3.1 Marketing

As mudanças na forma de organização da sociedade, o avanço tecnológico e as novas técnicas de produção fizeram com que se modificassem concepções de gestão de várias áreas administrativas, dentre elas, o marketing. Para ilustrar esta afirmativa, Czinkota *et al.* (2001) alertam para a evolução de marketing em quatro eras ou períodos distintos, quais sejam: Era da Produção; Era das Vendas; Era do Marketing; e Era do Marketing de Relacionamento. A Era da Produção apregoava que bons produtos vendem a si mesmos, isto é, o foco no bem. A Era das Vendas defende que o importante é elaborar campanhas publicitárias para vender produtos estocados. Já a Era do Marketing se caracteriza naquela em que os produtos são produzidos com base nas necessidades e na satisfação do cliente. Por sua vez, a Era do Marketing de Relacionamento apregoa que os esforços devem ser focados no cliente e na sua fidelização.

Silva (2005) adverte que o marketing não está alicerçado somente em divulgar e distribuir produtos. Sua atuação vai além desta mera operação logística, pois inclui a construção de relacionamentos duradouros com seus públicos-alvo, tais como: funcionários, distribuidores, acionistas e a comunidade. Para o supramencionado estudioso, há vários tipos de marketing, no entanto, ele ressalta os seguintes: o marketing holístico, que envolve todo o ambiente da organização; o marketing tradicional, responsável pela promoção do produto; o marketing interativo, que se dá pelo elo do vendedor com o cliente; e o marketing de relacionamento, que privilegia o processo interativo e implementa a comunicação personalizada com o cliente, perseguindo a fidelização do cliente (SILVA, 2005).

Do ponto de vista conceitual, Las Casas (2006) advoga que

marketing é a área do conhecimento que reúne as atividades inerentes às relações de troca, buscando satisfazer os consumidores em seus desejos e necessidades, com vistas a alcançar determinados objetivos da organização ou do indivíduo, levando em consideração o meio ambiente em que atua e as consequências desta relação com o bem-estar da sociedade. Dentro deste mesmo raciocínio, Silva (2005, p. 24) ressalta que o marketing deve ser visto como “conjunto de técnicas e procedimentos integrados, voltados para a satisfação do cliente, e como fonte orientadora das políticas, filosofias e ações, visando à eficácia das organizações na relação com o mercado”. Assim, o marketing agregou novas fronteiras de conhecimento, passando a avaliar o mercado de forma ampla e não somente na relação estrita de comunicação com o cliente, endereçando suas atividades para o desenvolvimento de produtos, administração da distribuição e melhora dos relacionamentos.

Das diversas atividades inerentes às ações estratégicas de marketing, os serviços têm se destacado como o principal desafio deste novo milênio, haja vista que a participação do setor de serviços na economia mundial vem experimentando um crescimento considerável nas últimas duas décadas, principalmente com a globalização e internacionalização dos produtos. Sobre isto, Cobra (2001) afirma que dentre os setores da economia na América Latina, o setor de serviços é o que mais tem crescido. Sustentando essa afirmação, Las Casas (2006, p. 14) acentua que “o setor de serviços vem-se desenvolvendo gradativamente, hoje representando expressiva parcela da economia”.

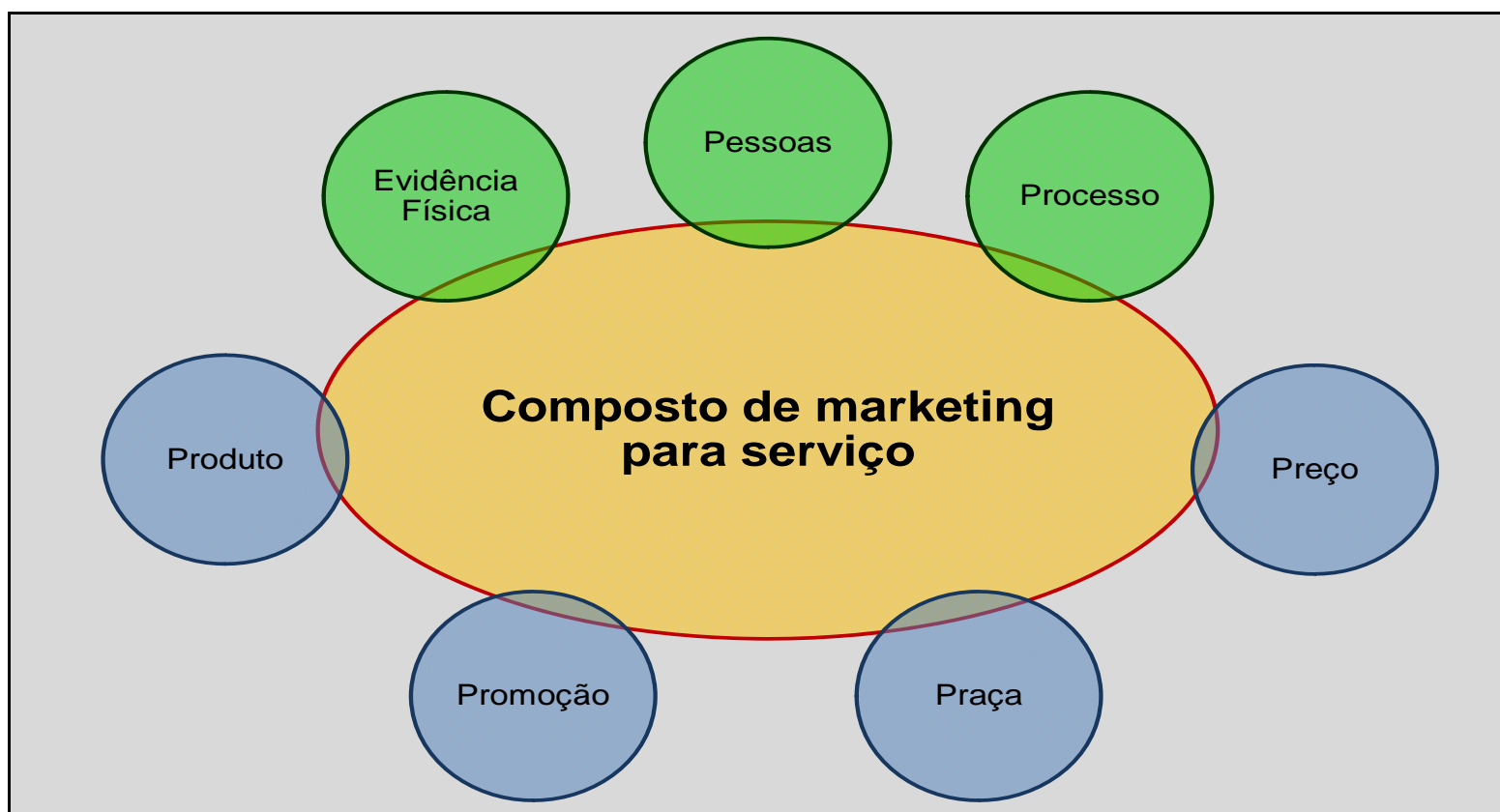
Las Casas (2006) complementa seu raciocínio asseverando que os serviços podem ser definidos como a transação realizada por um indivíduo ou uma organização, onde é transferido uma ação ou um desempenho, e não a transferência de um bem. Por sua vez, Cobra (2001) argumenta que os serviços fazem parte da vida das pessoas desde o nascimento, num serviço de parto, até na morte no serviço funerário, e em seu espaço temporal, participam do cotidiano propiciando transporte, turismo, lazer, beleza, saúde, cultura, educação, dentre outros. Grönroos (2003, p. 65), por sua vez, prefere definir serviço como:

(...) é um processo, consistindo em uma série de atividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não necessariamente sempre, ocorrem nas interações entre o cliente e os funcionários de serviço e/ou recursos ou bens físicos e/ou sistemas do fornecedor de serviços e que são fornecidas como soluções para problemas do cliente.

Zeithalm e Bitner (2003, p. 28), de maneira objetiva, afirmam que “serviços são ações, processos e atuações”. Elas alertam para o fato de que os serviços podem ser oferecidos por fabricantes de bens manufaturados, a exemplo da indústria automobilística, que oferece garantia e manutenção para os automóveis comercializados. Sobre este ponto de vista, pode-se compreender lógica interpretativa semelhante às organizações prestadoras de serviços de saúde, quando os procedimentos de atendimento ao enfermo seguem padrões que vão ao encontro de uma conformidade adequada.

Ainda Zeithalm e Bitner (2003) salientam que se do ponto de vista industrial o mix ou composto de marketing tradicional se reduziu aos 4 Ps, isto é, produto, preço, praça e promoção, em serviço indispensável, é preciso considerar a incorporação de mais três componentes, quais sejam: **pessoas** representadas pelos seres humanos envolvidos na prestação do serviços, isto é, funcionários, clientes, e outros consumidores no local de serviços; **evidência física** ou o local, equipamentos ou produto tangível utilizado na prestação do serviço; e **processo**, que corresponde à maneira como o serviço é prestado. A Figura 5 permite observar esta relação.

Figura 5: Composto de marketing expandido para serviços

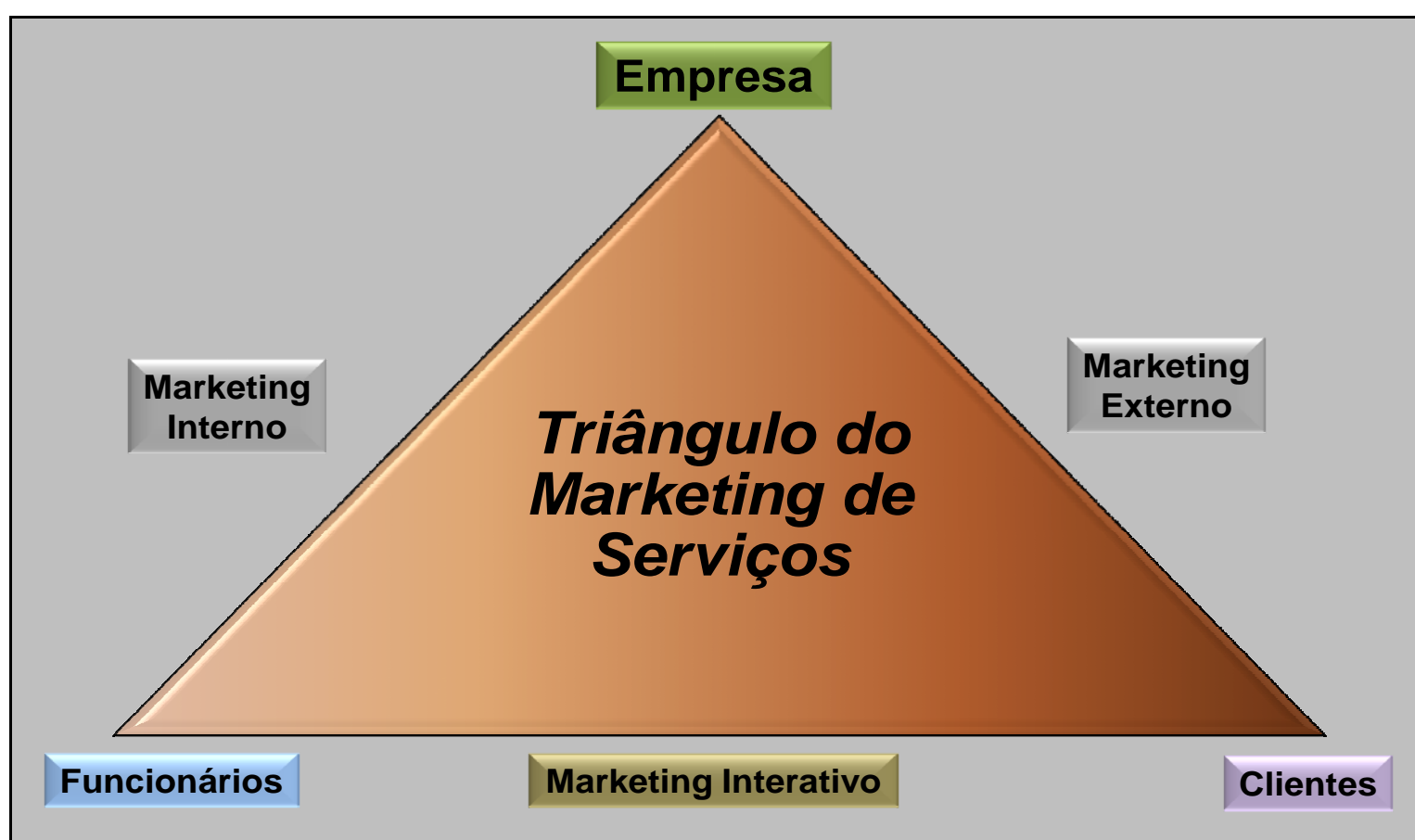


Fonte: adaptada de Zeithalm e Bitner (2003).

As técnicas e ferramentas de marketing são aplicáveis em todos os tipos de serviços. Kotler e Armstrong (1993) identificam três técnicas de marketing que trabalham juntas para o desenvolvimento, a promoção e a execução dos serviços, configuradas por um triângulo que Zeithaml e Bitner (2003) denominaram Triângulo do Marketing de Serviços, composto por marketing externo, marketing interativo e marketing interno. A colocação destas autoras pode ser visualizada na Figura 06.

Na concepção das autoras supracitadas, no marketing externo, promessas são feitas aos clientes de como suas expectativas serão atendidas; no marketing interativo, as promessas são mantidas ou frustradas pelos funcionários da empresa, e no marketing interno, que torna as promessas possíveis pelo pressuposto de que a satisfação do cliente interno (funcionário) e do cliente externo está vinculada uma a outra.

Figura 6: O triângulo do marketing de serviços



Fonte: adaptado de Kotler e Armstrong (1993); e Zeithaml e Bitner (2003).

No caso específico hospitalar, as atividades de marketing são essenciais, tanto no cenário endógeno quanto no cenário exógeno. Cobra (2001), por exemplo, alerta para o fato de que fazer marketing em saúde é complexo devido a questões éticas. Ele complementa, ressaltando que

o papel de marketing nos serviços de saúde deve ser o de alertar para tratamentos preventivos, com orientações prévias sobre enfermidades. Raciocínio análogo é apresentado por Silva (2005), quando assevera que a administração de marketing no serviço de saúde tem um papel de disciplinador de qualidade, um regulador da assistência e uma forma de aperfeiçoar os serviços e o atendimento de necessidades. Este papel se consolida uma vez que os programas de marketing difundem a necessidade de melhoria dos serviços direcionados à prevenção de doenças, reabilitação e restabelecimento da saúde, medicina preventiva e outras maneiras de prestar assistência que leve ao cliente bem-estar e conforto, como exemplo, a preocupação com a estrutura física e emocional dos “clientes”.

Rocha (2008) salienta que as técnicas de marketing tradicional utilizadas na área industrial, comercial ou de serviços devem ser ajustadas estrategicamente para o setor de prestação de serviços de saúde, buscando eliminar o caráter comercial, haja vista que a oferta e demanda em saúde tem um caráter humanitário.

Na concepção de Kotler (1975), o conceito de marketing está ligado às necessidades do cliente, com o planejamento de ações para atendimento destas necessidades. Neste contexto, Cobra (2001) aponta para o fato de que todo ser humano, em sua natureza, é carente de serviços de saúde, sendo importante a identificação por parte do marketing das necessidades de atendimento à saúde. Todavia, ao se considerar um hospital, uma clínica ou um laboratório, estas necessidades dizem respeito à percepção de cada cliente sobre o atendimento recebido durante sua permanência naquela organização. Para tanto, Rocha (2008 p. 30) sugere como exemplo ao disposto:

a maneira de atendimento de informações fornecidas na recepção, pelo material informativo disponibilizado na forma de *folders*, encartes ou revistas que descrevem as rotinas e observações relevantes aos usuários, na higienização do ambiente, na sinalização que facilita a circulação dos agentes envolvidos nas atividades de satisfação dos seus clientes, ou ainda na facilidade de circulação e segurança de veículos na área externa à organização prestadora de serviços de saúde, principalmente, se for um hospital.

Silva (2005) adverte que a visão estereotipada de marketing vem se modificando frente ao olhar tradicional de marketing de serviços,

principalmente quando o assunto era endereçado para as organizações não-lucrativas ou filantrópicas⁸. O autor acrescenta que o marketing neste segmento está voltado à necessidade de melhoria da qualidade assistencial de todos os profissionais envolvidos na prestação do serviço de saúde. Como se percebe, a função do marketing hospitalar tem o cunho informativo, no sentido de alertar para campanhas que visem o bem-estar, a prevenção e a qualidade de vida dos cidadãos, veiculadas na mídia de massa ou em corredores e salas das organizações prestadoras de serviços de saúde.

A área de marketing apresenta termos que se aplicam aos serviços de saúde, tais como: demarketing, e-marketing, marketing responsivo e endomarketing. Demarketing corresponde à ação de comunicação que visa reprimir uma demanda que os serviços, de forma temporária ou permanente, não conseguem atender (SILVA, 2005). O caráter informativo a algum dano imediato ou futuro se caracteriza como demarketing nas campanhas antitabagismos, atuando de forma educativa do uso de produtos ou serviços oferecidos em organizações prestadoras de serviços de saúde, bem como pela conscientização do uso racional de água ou energia no âmbito hospitalar.

O e-marketing, por sua vez, é outra técnica de marketing muito utilizada, interagindo interna e externamente com seus clientes e a sociedade pelo uso da Internet. Já o marketing responsivo está relacionado ao ato de atender as necessidades declaradas pelo usuário. No que concerne aos serviços de saúde, caracteriza-se pelo restabelecimento da saúde do cliente, referentes à definição precisa do diagnóstico ou pelas informações contidas no prontuário do cliente (ROCHA, 2008). As características que diferenciam bens de serviços estão relacionadas no Anexo 4.

2.3.2 O Endomarketing

O endomarketing ou marketing interno corresponde a uma

⁸ Hospital filantrópico é aquele que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade, e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção (TERMINOLOGIA BÁSICA EM SAÚDE, 1983).

técnica destinada ao público interno da organização e será abordado separadamente, visto ser parte da pesquisa dessa dissertação. Esta relação é vista na Figura 7.

Figura 7: Técnicas de marketing voltadas ao cenário hospitalar



Fonte: elaborado pela autora (2011).

No que tange ao endomarketing, vale destacar que ele é uma técnica da administração de marketing que visa o cliente interno, ou seja, o funcionário da organização. No entender de Bekin (1995), o endomarketing é um conjunto de ações de marketing voltadas para os funcionários, visando a promover valores destinados a servir o cliente, e o comprometimento desses com os objetivos da empresa, pressupondo o trabalho em equipe, num cenário de cooperação e integração dos vários setores da organização. Em sintonia com essa afirmação, Souza (2003) descreve o endomarketing como a adaptação e o emprego de técnicas de marketing voltadas para o público interno da empresa.

De forma semelhante, Grönroos (2003, p. 409) assevera que “endomarketing é a filosofia de gerenciamento que trata funcionários como cliente”. Por sua vez, Brum (2010, p. 21) reforça que o “objetivo do endomarketing é, portanto, criar uma consciência empresarial (visão, missão, princípios, procedimentos, etc.), dentro de um clima organizacional positivo”. Cobra (2001) esclarece que no verbete endomarketing, o sufixo *endo* deriva do vocabulário grego e significa

ação no interior. Sobre o termo endomarketing, Grönroos (2003) alerta para o fato de essa expressão ter sido inserida na literatura de marketing na década de 70, pelos brasileiros Saul F. Bekin e E. Beirodt⁹.

Bekin (1995) destaca que o endomarketing tem a função de introduzir a concepção de cliente interno nas ações que compõem a estrutura organizacional, visando à qualidade e desempenho dos colaboradores e no processo de gestão de produtos e serviços, tendo como objetivo central construir relacionamentos horizontais e duradouros com os colaboradores.

Para Grönroos (2003, p. 411), o endomarketing atua no sentido de

(...) criar, manter e promover relacionamentos internos entre as pessoas da organização, independente de sua posição como profissionais de contato com clientes, pessoal de suporte, chefes de equipe, supervisores ou gerentes, de modo que eles primeiro sintam-se motivados a prestar serviços para clientes internos bem como para clientes externos de uma maneira orientada para o cliente e com mentalidade de serviço¹⁰, e segundo, tenham as habilidades e conhecimentos requeridos, bem como o suporte necessário de gerentes e supervisores, prestadores internos de serviço, sistemas de tecnologia, para poder desempenhar seus serviços de tal maneira.

Complementa o supramencionado autor, alertando que o relacionamento entre os funcionários e a administração precisa estar pautado em uma confiança biúnivoca que suporte as operações e o estado emocional dos clientes internos. Moraes (2004, p. 42) adverte que “as boas relações de funcionários com a organização são fundamentais, na medida em que os funcionários só poderão encantar os clientes se estiverem satisfeitos. São portanto considerados clientes internos”.

Vale salientar que é imprescindível que o apoio decisivo do comando administrativo seja o ponto de partida para implantação de

⁹ Vide: Bekin (1995, p. xviii).

¹⁰ A mentalidade de serviço corresponde a “uma cultura na qual existe uma valorização do bom serviço e na qual prestar bons serviços para clientes internos, bem como para clientes finais externos, é considerado por todos um modo de vida natural e um dos valores mais importantes” (GRONROOS, 2003, p. 440).

ações de endomarketing, sendo a liderança a força impulsionadora de todo o processo pela comunicação e informação. O sucesso de um plano de endomarketing depende somente 10% do plano em si, sendo os 90% restantes de responsabilidade da gerência (BEKIN, 1995).

Por isso, é de vital importância o envolvimento e comprometimento da alta administração, haja vista que é a liderança que cria o exemplo a ser seguido (BEKIN, 1995). Por sua vez, Inkote (2000) argumenta que na opinião comum de teóricos desta disciplina, qualquer novo conceito para ser introduzido numa organização deve ser primeiramente compreendido e aceito pelo grupo de primeiro escalão e demais funcionários.

Dentro desta linha de pensamento, Grönroos (2003) enfatiza que a administração deve realmente acreditar na importância do funcionário, não apenas no discurso, mas nas atitudes, uma vez que o endomarketing busca bons relacionamentos em todos os níveis da organização, visando, em último plano, o atendimento ao cliente. Complementa seu raciocínio, alertando que o cerne da técnica de endomarketing é assegurar que todos na organização, do funcionário de recepção até o nível de gerência, entendam e realizem todas as atividades e as ações em um ambiente que apoia a consciência da importância do cliente.

Sobre este aspecto, Cerqueira (1994) adverte que podem ocorrer duas possibilidades de interação: envolvimento e comprometimento. O envolvimento corresponde àquela situação em que o indivíduo adere ao novo de forma superficial, não havendo uma aceitação individual interna, portanto descompromissada com a atividade a ser desenvolvida; e em relação ao comprometimento, é a situação em que o indivíduo aceita e incorpora a ideia, dando o máximo de si para fazer o que precisa ser feito, isto é, há a relação integral.

Na concepção de Grönroos (2003), o endomarketing cria condições para formação de um ambiente¹¹ organizacional onde todos os funcionários conheçam e se comprometam com os valores que levem ao objetivo comum da organização, ou seja, a satisfação do cliente a partir de um serviço de qualidade. A participação ativa e o suporte contínuo das lideranças são indispensáveis para que o endomarketing tenha sucesso, transformando-se em uma filosofia de gestão e não somente um conjunto de ações.

¹¹ Neste caso, o ambiente significa precisamente os valores compartilhados, um ambiente formado pelo acesso de todos ao conhecimento, pela cooperação efetiva, pela liberdade de iniciativa. O trabalho diário será exercido a partir do princípio da sinergia, isto é, de um conjunto de ações coordenadas e simultâneas, baseadas na cooperação, para atingir um objetivo comum (BEKIN, 1995, p. 112).

De modo geral, o endomarketing propicia uma mudança¹² da própria cultura da organização, tornado-a mais flexível à medida que há disseminação de informações, conhecimento, impõe responsabilidades e dá poder de opinar e decidir sobre os processos aos funcionários (BEKIN, 1995). Nesta perspectiva, Brum (2010) salienta que é necessário ter uma nova forma de pensar, de agir e de ter e de encarar a inovação. Acrescenta que a comunicação interna é importantíssima para os processos de mudança, sendo o endomarketing uma excelente ferramenta de gestão neste contexto.

A mudança pode ser facilitada com o uso de técnicas e ferramentas de comunicação interna que transmita claramente os objetivos propostos pela organização (INKOTTE, 2000). Dentro deste raciocínio, Cobra (2001) afirma que as pessoas precisam saber da importância de seu trabalho e o que realmente se espera dela, motivando-as a satisfazer os clientes externos e os clientes internos, haja vista que “um funcionário sem informação não pode assumir responsabilidades e um indivíduo que recebeu informações não pode deixar de assumir responsabilidades, pois há um princípio básico de administração que afirma que não se pode delegar responsabilidades sem se delegar autoridade” (COBRA, 2001, p. 79).

A implantação de um programa de endomarketing requer um diagnóstico minucioso e sistemático do ambiente da organização, buscando-se conhecer os pontos fortes e fracos da cultura organizacional, bem como suas ameaças e oportunidades, visando descobrir pontos vulneráveis que podem ser trabalhados (BEKIN, 1995). Já Grönroos (2003) apregoa que para o sucesso do endomarketing, precisa haver um gerenciamento de atitudes que possibilite motivação e foco para o cliente, e um gerenciamento da comunicação que fornecerá a todos na organização informações a respeito de suas atividades que devem estar norteadas ao cliente interno e externo.

Por sua vez, Brum (2010) assevera que fazer endomarketing é propiciar ao funcionário educação, atenção e carinho, para que se torne

¹² “É preciso saber que a mudança é um processo. Isto parece redundante, mas não é. Explica porque as mudanças não podem ser avaliadas dentro de uma ótica imediatista. O motivo é óbvio: os valores não são absorvidos da noite para o dia, novos procedimentos precisam de tempo para surtir pleno efeito. Mas de fato o primeiro efeito da mudança é muito forte e rápido, pois transforma o problema em causa e, em seguida, a causa em solução. Enquanto a outra perspectiva é adiar a mudança até ser atropelado pela sua urgência e só decidir pela mudança quando o diagnóstico é: ou muda ou morre. Neste momento, o problema já se transformou em ameaça. Então o caminho fica mais difícil. Este é o desafio das organizações num mundo em contínua mudança” (BEKIN, 1995, p. 121).

melhor informado e preparado, criativo e feliz, atendendo com entusiasmo o cliente. Na concepção de Cerqueira (1994), há cinco subdivisões para os projetos de endomarketing, quais sejam:

- a) projetos básicos de difusão cultural que determinam a sinergia do comprometimento com vistas a qualidade, a maior produtividade, a diminuição de custos e racionalização dos sistemas. Dá início à prática dos valores que convergirão com os objetivos organizacionais e o estabelecimento de um clima interpessoal adequado;
- b) projetos de desenvolvimento cultural, que se utilizam do reconhecimento e da valorização do funcionário para consolidar a base cultural pretendida;
- c) projetos de segurança cultural, que dão garantias de que a base cultural será desenvolvida;
- d) projetos suplementares de Recursos Humanos (RH), que estão ligados ao desenvolvimento da área de RH e que visam um melhor comprometimento das pessoas. Esses projetos não são considerados essenciais, podendo ser implantados a qualquer momento; e,
- e) projetos avançados que trabalham usando ações motivadoras psicológicas e materiais, promovendo desafios individuais e coletivos com incentivos de recompensa financeira em detrimento de resultados positivos.

Quanto à implantação de programas de endomarketing, Cerqueira (1994) diz que ela pode ser por meio de projetos sistêmicos, que devem ser implantados em toda a organização, servindo de base para outros projetos ou elo para a satisfação dos colaboradores, ou então, por meio de projetos de irradiação cultural estabelecidos em áreas voluntárias, que favorecem a expansão para outras áreas da organização. Adverte ainda Cerqueira (1994) que o endomarketing precisa ter um acompanhamento formal, sob pena de não obter sucesso, propondo quatro pontos estratégicos para a supervisão do projeto:

- a) sem um sistema formal de acompanhamento, o endomarketing não dará certo - deverão ser nomeadas pessoas que avaliarão periodicamente os resultados, proporcionando orientações, através de reuniões, palestras. A essas pessoas ele denomina padrinhos, sendo que acima deles deva existir um coordenador geral, dedicado exclusivamente ao endomarketing;
- b) a pressa é inimiga da perfeição e nada deve ser improvisado – não existe um tempo definido para a assimilação do projeto, porém as etapas a serem desenvolvidas devem ser planejadas.

Esse tempo dependerá do número de funcionários, grau de comprometimento da cúpula, dispersão geográfica, dentre outras variáveis;

- c) a orquestra não consegue produzir boa música sem seu maestro regendo – o que enfatiza que o sucesso do projeto está no total comprometimento e envolvimento do número 1 da empresa, pois do contrário, gerará um total desânimo e descrédito para a implantação de qualquer outro programa; e
- d) não existe cultura avançada sem base restritiva definida – propõe-se, para garantia do cumprimento das normas e princípios da nova cultura tecnológica, o controle autocrático, concebendo autocracia como a imposição com justiça na relação.

Por sua vez, Grönroos (2003) afirma que o endomarketing não possui receita, ou seja, não há uma lista de atividades que designe um processo deste tipo, uma vez que qualquer atividade que trabalhe com o relacionamento interno, que desperte e motive a mentalidade de serviço, a consciência do cliente interno e externo, pode ser utilizada. Aponta como atividades do endomarketing o treinamento, suporte da administração e diálogo interno, comunicação interna de massa e suporte de informação, gerenciamento de recursos humanos, comunicação externa de massa, desenvolvimento de sistemas e o suporte tecnológico, recuperação interna de serviço e pesquisa e segmentação de mercado.

Bekin (1995) e Grönroos (2003) têm posições semelhantes de que os projetos do endomarketing devem seguir uma ordem de sua aplicação, começando da alta administração, gerência média e supervisores, pessoal de contato com clientes e pessoal de suporte, sendo que a “comunicação interna é apontada como o instrumento importante dentro do programa de endomarketing” (INKOTE, 2000, p. 78). Muitas ferramentas de comunicação interna servem de suporte aos programas de endomarketing, como pode ser visualizado no Quadro 3.

Quadro 3: Meios de comunicação internos da organização.

Meios	Funções
Barra do <i>hollerith</i>	Informação anexada no comprovante de pagamento do funcionário. Caracteriza-se por um eficiente meio de comunicação, principalmente para reforçar informações veiculadas por outros meios ao público interno da empresa.
Manual de integração	Objetiva integrar o novo funcionário a empresa, mostrando os direitos e deveres, na fase de introdução na empresa.
Quadro de avisos	Neste meio de comunicação, a posição estratégica e a apresentação física atraente é que garantirá a eficácia da informação veiculada. Utilizado para transmitir informações gerais da empresa.
Jornal mural	É um jornal fixado na parede. Precisa ser atualizado diariamente e garante uma comunicação direta e rápida com todos os funcionários.
Cartaz	O valor deste tipo de comunicação esta na atração que ele exerce sobre o público-alvo. O conteúdo do cartaz deve ser acessível e de tamanho proporcional com poucas informações. Pode ser utilizado para transmitir instruções de atividades e cuidados a prevenção de riscos, como no caso de um hospital, os cuidados com o lavar as mãos.
Caixa de sugestões	Recipiente e formulários colocados para serem preenchidos com sugestões dos funcionários.
Mala direta	São informações enviadas por mala postal. Deve possuir um texto sincero, amistoso e simpático.
Folheto e folder	Folder caracteriza-se de somente uma folha dobrada e folheto são algumas folhas grampeadas, ambos com alguma mensagem institucional.
Carta informativa <i>Newsletter</i>	São cartas com informações destinadas a públicos de interesse. Caracterizam-se por cartas de notícias e devem ser impressas em papel de boa qualidade e com ótima apresentação gráfica.
Boletim	São informativos com poucas páginas emitidos pelos próprios funcionários. Chamados de <i>house-organs</i> , e tem a finalidade de integrar melhor seus públicos.
Jornal de empresa	Não deve ser um meio utilizado como porta-voz da administração da empresa, mas sim conter matérias dando ênfase às notícias que dizem respeito aos funcionários.

Fonte: adaptado de Cesca (1995); Andrade (2003).

Admite-se que programas de endomarketing são desafios contemporâneos de gestores da Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, como o HU-UFSC, pois podem servir

de apoio à mudança cultura organizacional, outra variável deste estudo.

2.4 CULTURA ORGANIZACIONAL

A cultura organizacional – ou simplesmente cultura – é uma das variáveis que desafia e encanta os estudiosos e pesquisadores da Teoria das Organizações. A fronteira desta variável é nebulosa, pois agrega um conjunto de preceitos comportamentais situacionais e temporais.

Há muitas formas de tratar a variável cultura organizacional, convergindo sempre para a concepção de conjunto de condutas, crenças e valores que norteiam o pensar e o agir de um indivíduo na sociedade em que vive ou na organização em que atua como trabalhador. Nesta perspectiva, Freitas (1991, p. xviii) concebe “cultura organizacional como um poderoso mecanismo que visa conformar condutas, homogeneizar maneiras de pensar e viver a organização, introjetar uma imagem positiva da mesma, onde todos são iguais escamoteando as diferenças e anulando a reflexão”.

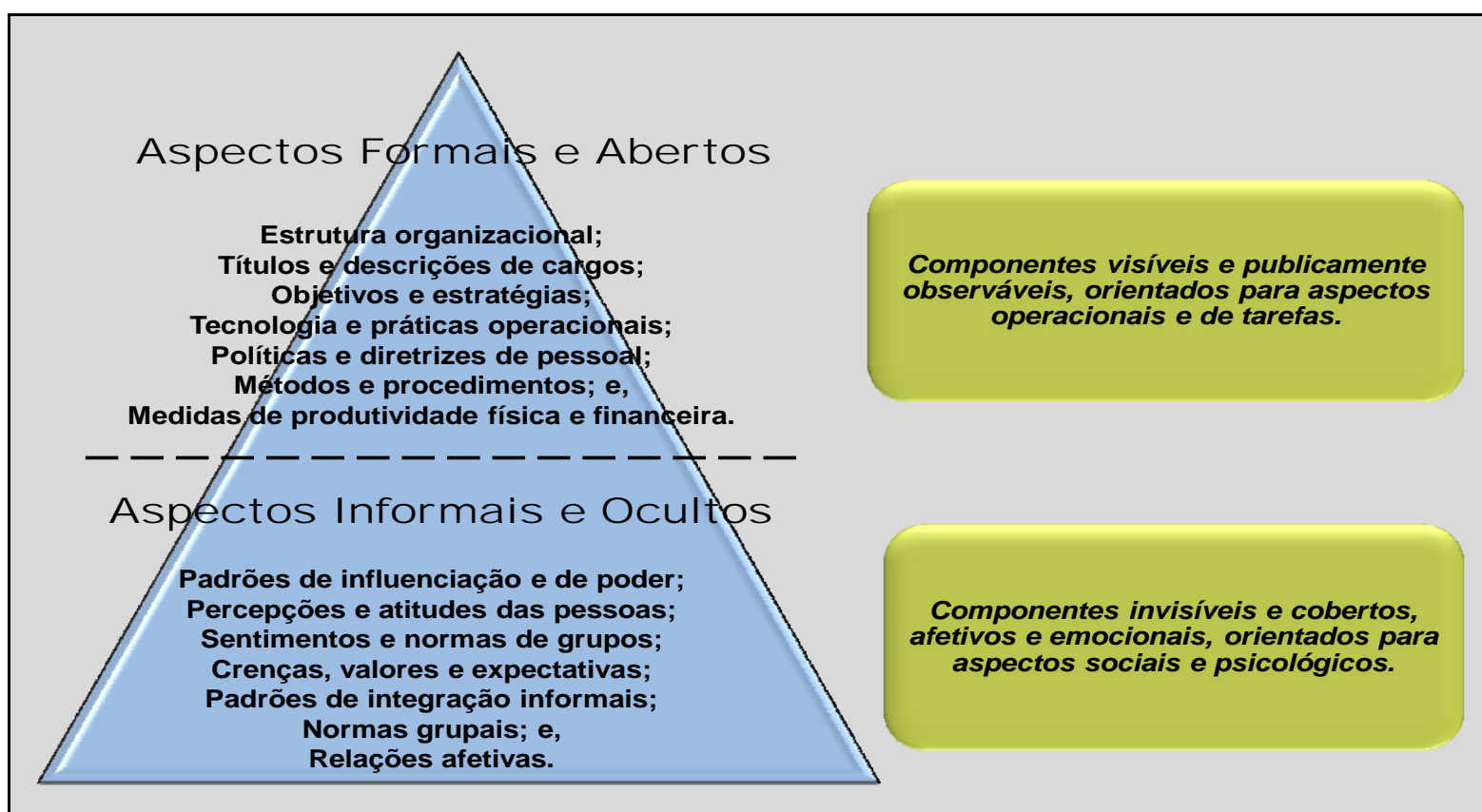
Para Oakland (1994), a cultura é um conjunto de crenças vivificadas numa organização que sinaliza como as atividades devem ser executadas e de que modo os funcionários podem se comportar e ser tratados. De modo idêntico, Fleury e Fischer (1996, p. 22) lembram que, a cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Grönroos (2003, p. 436), por sua vez, define cultura como “um conceito geral que explica por que as pessoas fazem certas coisas, pensam de modos comuns e valorizam metas, rotinas e até mesmo anedotas semelhantes só porque são membros da mesma organização”. Sobre esta questão, Chiavenato (2004) explica que o comportamento das pessoas e a maneira como se relacionam, a missão, a filosofia os valores sociais de uma organização, os objetivos estabelecidos compõem a cultura organizacional.

Sob este aspecto, Chiavenato (2004) adverte que a cultura organizacional ultrapassa aspectos perceptíveis e manifestos, como as políticas e diretrizes, os métodos e os procedimentos, os objetivos, a estrutura da organização e a tecnologia utilizada, deixando emergir aspectos informais ou referenciais, que são as percepções, os sentimentos, as atitudes, os valores, as interações informais e as regras grupais.

Os aspectos formais são a estrutura organizacional, títulos e descrições de cargos, objetivos e estratégias, tecnologia e práticas operacionais, políticas e diretrizes de pessoal, métodos e procedimentos e medidas de produtividade física e financeira. Já os aspectos informais são os padrões de influência e de poder, percepções e atitudes das pessoas, sentimentos e normas de grupos, crenças, valores e expectativas, padrões de integração informais, normas grupais e relações afetivas, como se pode notar na Figura 8.

Figura 8: O iceberg da cultura organizacional.



Fonte: Chiavenato (2004, p. 159).

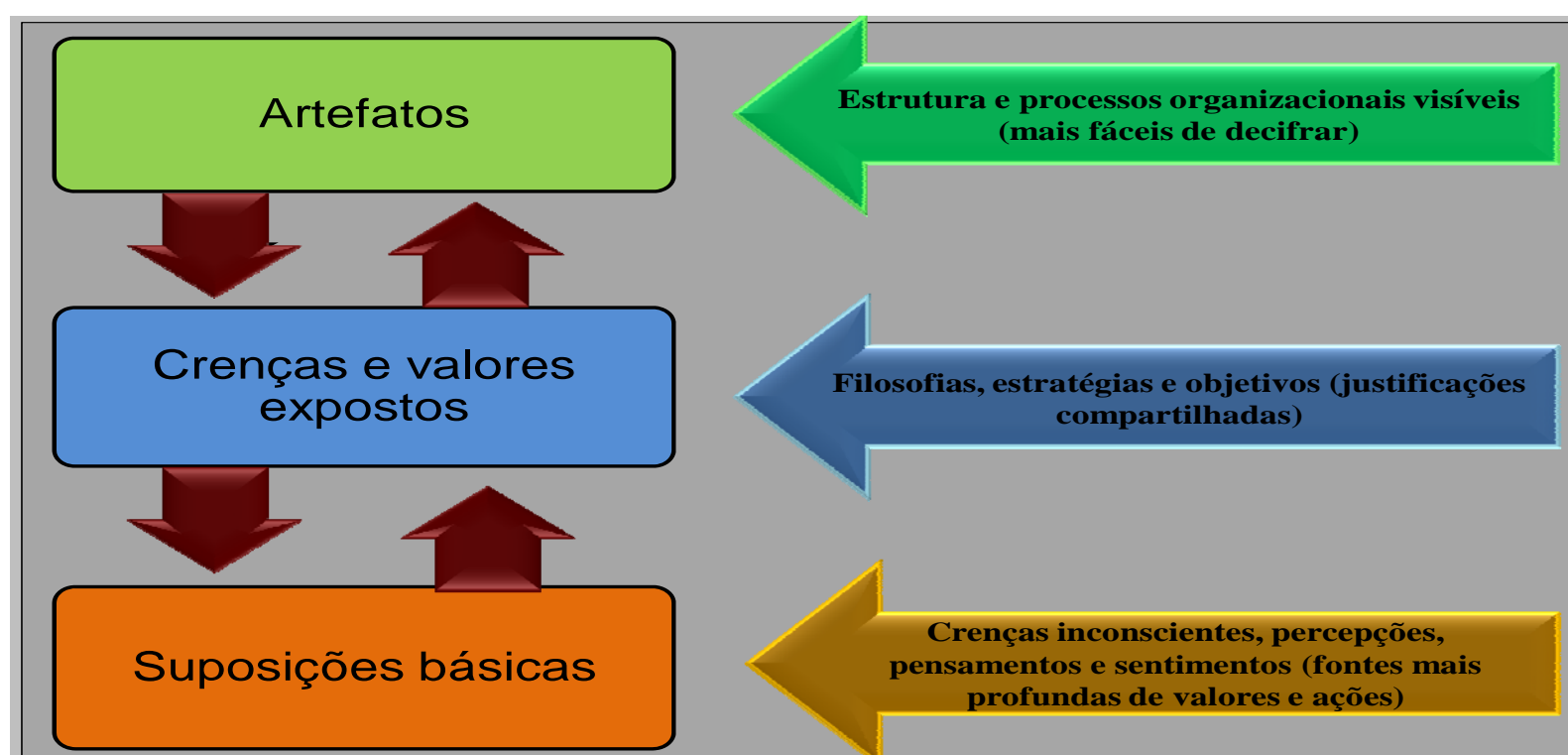
Schein (2009) afirma que a cultura pode ser vista em diversos níveis, sendo que o nível está relacionado ao grau de cultura perceptível ao observador, através de artefatos, crenças e valores expostos e suposições básicas (Figura 09). Os artefatos são todos os aspectos

culturais facilmente perceptíveis, como a estrutura física, a maneira como os funcionários se vestem, se comunicam, a tecnologia e produtos, mitos, histórias.

Eles indicam visualmente ou auditivamente como é a cultura da organização. Já as crenças e valores são aspectos repassados por líderes ou fundadores e que justificam, muitas vezes, o que as pessoas fazem e por que fazem (CHIAVENATO, 2004).

As suposições básicas partem da premissa de que se um problema foi solucionado de certa maneira repetidamente, e essa maneira de solucioná-lo passa a ser aceita como verdadeira.

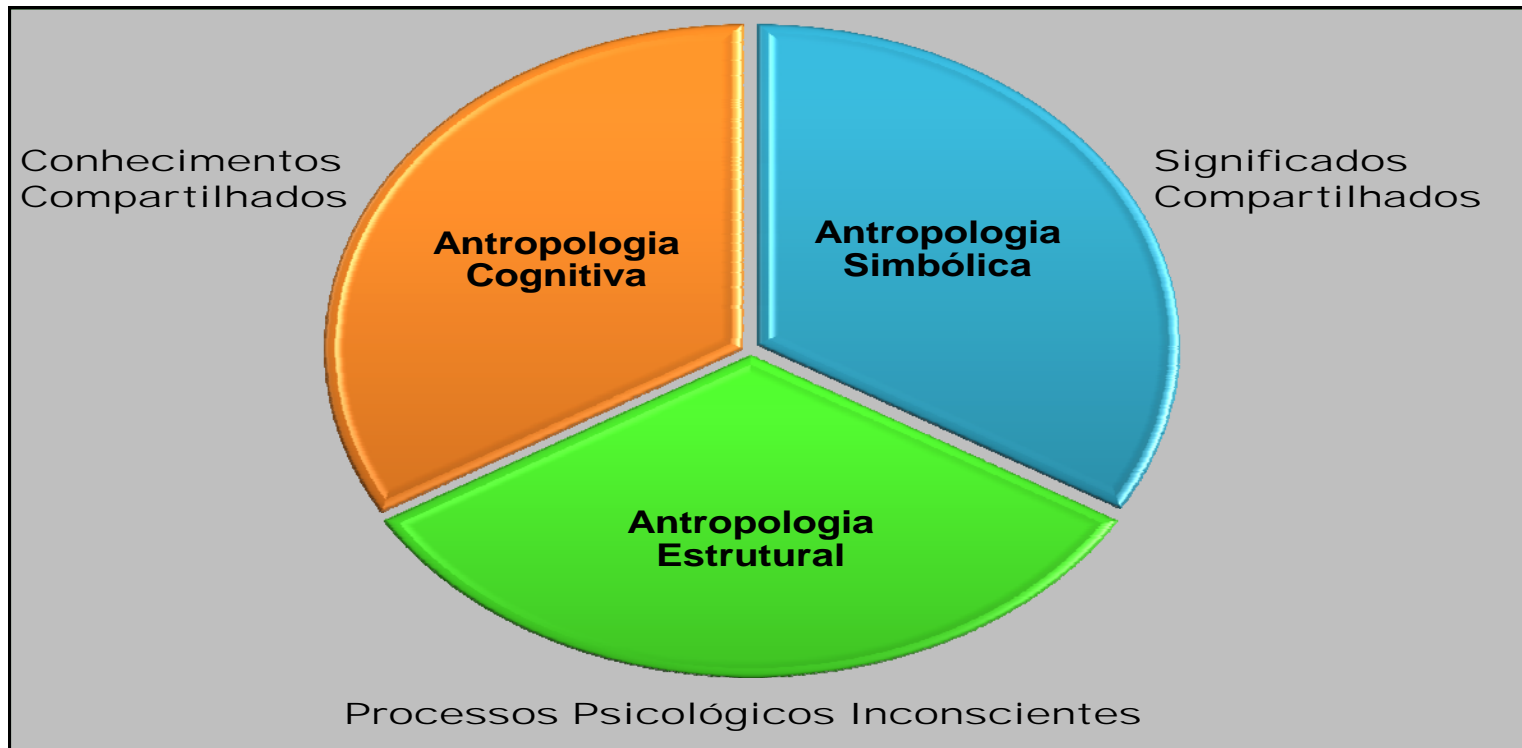
Figura 9: Níveis de cultura



Fonte: Schein (2009, p. 24).

Para a Antropologia Cultural, têm-se bases teóricas para definir cultura organizacional em três enfoques filosóficos para a mesma questão: Antropologia Cognitiva, Antropologia Simbólica e Antropologia Estrutural (FREITAS, 1991), como mostra a Figura 10.

Figura 10: Exemplo de conceito de cultura nas diversas correntes da antropologia



Fonte: Freitas (1991).

Freitas (1991) diz que a abordagem sobre a diversidade conceitual de cultura foi concebida por Smircich (1983), que afirma que a diversidade é consequência dos pressupostos que os estudiosos das organizações têm sobre o significado de organização, cultura e natureza humana. Desses pressupostos, a cultura é vista de duas maneiras: cultura que a organização é, ou cultura que a organização tem.

Há cinco áreas de pesquisa organizacional relacionadas por Freitas (1991), sob a ótica Antropológica e da Teoria das Organizações (Veja o Quadro 4).

Quadro 4: Conceitos de cultura e de organização nas diferentes correntes.

Conceitos de Cultura na Antropologia	Tópicos na pesquisa Organizacional e Administrativa	Conceitos de Organização na Teoria das Organizações
Cultura é um instrumento a serviço das necessidades biológicas e psicológicas do homem. Funcionalismo-Malinovski.	“Cross-culture” ou Administração Comparativa	Organizações são instrumentos sociais para a realização de tarefas. Teoria Clássica da Administração.
Cultura funciona como um mecanismo adaptativo-regulador. Ela unifica o indivíduo nas estruturas sociais. Funcionalismo-Estrutural Radcliffe-Brown.	Cultura Corporativa	Organizações são organismos adaptativos existentes nos processos de troca com o ambiente. Teoria Contingencial.
Cultura é um sistema de cognições compartilhadas. A mente humana gera a cultura pelo significado de um número finito de regras. Etnociência-Goodenough.	Cognição Organizacional	Organizações são sistemas de conhecimentos. A organização repousa na rede de significados subjetivos que os membros organizacionais compartilham. Teoria da Cognição Organizacional
Cultura é um sistema de símbolos e significados compartilhados. A ação simbólica necessita ser interpretada, lida e decifrada para ser entendida. Antropologia Simbólica-Geertz.	Simbolismo Organizacional	Organizações são modelos de discurso simbólico. A organização é mantida através de formas simbólicas, tais como a linguagem que facilita compartilhar os significados e as realidades. Teoria do Simbolismo Organizacional.
Cultura é uma projeção da infra-estrutura universal da mente. Estruturalismo-Levi-Strauss.	Processos Inconscientes e Organização.	Formas e práticas organizacionais são manifestações de processos inconscientes. Teoria da Transformação Organizacional.

Fonte: Freitas (1991, p. 03).

Freitas (1991) complementa seu raciocínio classificando vários elementos intrínsecos à cultura organizacional, quais sejam: valores; crenças e pressupostos; ritos, rituais e cerimoniais; estórias e mitos; tabus; heróis; normas; e, comunicação (Quadro 5).

Quadro 5: Elementos da cultura e seus conceitos.

Elementos da cultura	Conceitos
Valores	São as crenças e conceitos básicos de uma organização. Representam a essência da filosofia da organização para alcance do sucesso, pois eles fornecem um senso de direção comum para todos os empregados e um guia para o comportamento diário.
Crenças e Pressupostos	Aquilo que é dito como verdade na organização.
Ritos, Rituais e Cerimônias	São atividades planejadas que têm consequências práticas e expressivas, tornando a cultura organizacional mais tangível e coesa.
Estórias e mitos	Estórias são as narrativas baseadas em eventos ocorridos e que informam sobre a organização e mitos são estórias consistentes com os valores da organização, porém não sustentadas pelos fatos. Caracterizam-se por simbolismos flexíveis que podem ser mudados e reinterpretados de acordo com o contexto e no momento em que estão inseridos.
Tabus	Rituais que não funcionam. São importantes na cultura da organização porque orientam o comportamento e demarcam áreas de proibições.
Heróis	Os heróis personificam os valores e condensam a força da organização.
Normas	É o comportamento sancionado, através do qual as pessoas são recompensadas ou punidas, confrontadas ou encorajadas, ou postas em ostracismo quando violam as normas. As normas são criadas a partir de outras variáveis culturais, ou seja, das crenças e pressupostos, valores, dos conceitos de tabus, transmitidas através dos sistemas formais de comunicação e dos heróis, ritos, rituais, estórias e mitos.
Comunicação	É a maneira como as pessoas interagem dentro da organização, sendo por transações simbólicas, verbalizações, vocalizações, comportamentos não-verbais, dentre outros.

Fonte: adaptado de Freitas (1991).

Até o momento, foram abordados alguns aspectos que facilitam a compreensão do conceito de cultura organizacional. Alguns autores relacionam as tipologias de cultura, e neste estudo serão abordadas as tipologias citadas por Freitas (1991) e por Schein (2009). Freitas (1991) identifica quatro tipologias distintas, que serão abordadas de forma resumida para melhor elucidar o conceito de cultura:

a) Deal e Kennedy (1982) preconizam que a cultura incorpora o que conduz ao sucesso no ambiente dos negócios e no ambiente social, defendendo quatro tipos culturais, determinados pelo mercado de acordo com o grau das atividades da organização e velocidade dos *feedbacks* sobre as decisões e estratégias. São elas:

- *tough Guy/macho culture* ou cultura macho: visível nas organizações composta por especialista que assume altos riscos e recebe logo um retorno sobre suas ações. São encontrados em departamentos de polícia, nos serviços de saúde, principalmente nos *trabalhos* dos cirurgiões, na construção civil, dentre outros;

- *work hard/play hard culture* ou cultura trabalho duro: o sucesso vem da persistência, sendo o foco visitar o cliente diversas vezes para sensibilizá-lo. O resultado é medido pelas vendas realizadas pela equipe e não pelo desempenho individual; e

- *process culture* ou cultura do processo: nas organizações com esse tipo de cultura, as transações não têm risco, sendo raro ou inexistente o *feedback*. Os funcionários estão mais focados no modo de realizar as tarefas do que no que fazer, a exemplos de bancos, órgãos governamentais, companhias de seguro.

b) Donnelly (1984) assevera que a cultura está voltada para o planejamento, materializada através da:

- cultura excelente: aquela em que a missão é clara e as pessoas conhecem os objetivos da organização, sentindo-se parte da equipe. O planejamento é criterioso e bem definido em seus procedimentos, padrões de operações e desempenho e avaliação;

- cultura *fuzzy* (indistinta): as organizações que assumem esse perfil não têm os objetivos claramente definidos e a equipe de dirigente se altera com frequência, isto é, alto *turnover*. A inovação é ínfima ou é evitada; e,

- cultura *awful* (horrível): reflete em organizações em constante crise e colaboradores necessitam resolver emergências diariamente, havendo um clima desagradável.

c) Sethia e Von Glinow (1985) defendem quatro tipologias:

- cultura apática: marcada, como o próprio nome diz, pela apatia

materializada em organização desmoralizadas. O líder é alienado e com rara visão de longo prazo;

- cultura cuidadosa: expressa nas organizações que se preocupam com o bem-estar de seus funcionários, assumindo postura paternalista;

- cultura exigente: neste caso, as organizações estão orientadas para o sucesso, onde as pessoas são imprescindíveis. O foco é em colaboradores altamente competitivos e as recompensas financeiras costumam ser boas, de acordo com o desempenho; e,

- cultura integrativa: as organizações que possuem este tipo de cultura estão focadas nas pessoas e no seu desempenho. As recompensas financeiras são elevadas, pois o foco é atrair e reter talentos.

d) A concepção de Charles Handy (1987) foi inspirada em Roger Harrison, dispondo a cultura em categoria das ideologias organizacionais, quais sejam:

- a cultura do poder: estabelece-se frequentemente em organizações de pequeno porte, com o controle exercido pelo proprietário;

- cultura de papéis: burocrática, racional, trabalha pela lógica. Da reduzida importância ao indivíduo e mais no papel ou no trabalho que ele desempenha. Existe com frequência onde a perícia técnica e a especialização são mais relevantes que a inovação;

- cultura da tarefa: sua abordagem reside no princípio de fazer as pessoas certas executarem as tarefas com os recursos certos e com autonomia, estimulando o trabalho em equipe. Esta cultura é comum em organizações sensíveis e flexíveis ao mercado e ambiente, exigindo criatividade e rapidez de reação, quando assim necessário; e,

- cultura da pessoa: encontrada raramente, tem o indivíduo como foco central.

As tipologias que focam suposições sobre participação e envolvimento dos atores organizacionais são defendidas por Etzioni (*apud* SCHEIN, 2009), quais sejam:

a) organizações coercitivas: são aquelas em que os funcionários se submetem a qualquer regra imposta, uma vez que as razões que o fazem estar na organização são econômicas ou físicas. As pessoas deixam a organização facilmente, e os relacionamentos são alicerçados na defesa contra a autoridade;

b) organizações utilitárias: correspondem àquelas em que os indivíduos trabalham por um salário justo, porém em grupo estabelecem regras para se proteger. O trabalho é desenvolvido

em grupo, e os indivíduos são calculadores econômicos racionais;
e

c) organizações normativas: são aquelas em que as metas da organização coincidem com as do funcionário e estes estão identificados com a organização. Os relacionamentos se desenvolvem em torno do apoio à organização.

Já Goffe e Jones (1998) concebem o caráter como inerente à cultura. Para eles, isso se reflete em duas dimensões-chave (SCHEIN, 2009, p. 181), que são representadas pela dicotomia solidariedade e sociabilidade. A solidariedade corresponde a ter o mesmo hábito de pensamento.

Por sua vez, a sociabilidade é representada pela amizade entre as pessoas. Destas dimensões, são possíveis quatro tipos de cultura:

a) fragmentada: nos casos em que tanto a solidariedade quanto a sociabilidade são baixas;

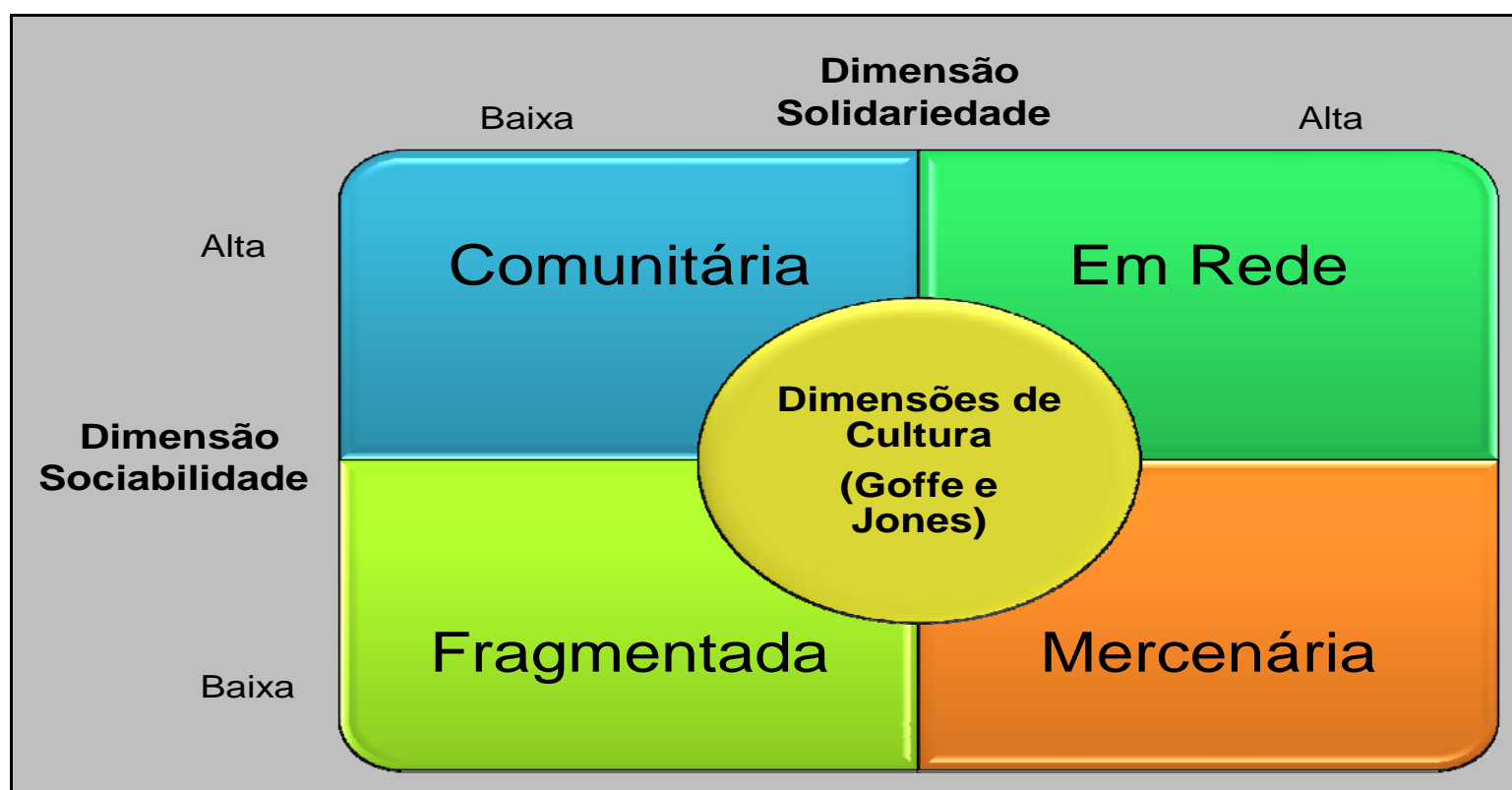
b) mercenária: tem-se alta solidariedade e baixa sociabilidade;

c) comunitária: existe alta sociabilidade e baixa solidariedade; e,

d) em rede: as duas dimensões são altas.

A Figura 11 permite visualizar a referida tipologia.

Figura 11: Dimensões de cultura de Goffe e Jones (1998)



Fonte: adaptada pela autora.

As tipologias intra-organizacionais destacam três culturas

embasadas na distinção que se faz em toda organização, dos que administram e dos que são técnicos operadores. Essa tipologia destaca três subculturas distintas, conforme pode ser visualizado no Quadro 6.

Quadro 6: Tipologias intra-organizacionais.

Cultura do operador (com foco na organização)	Cultura de engenharia (comunidade global)	Cultura executiva (comunidade global)
<ul style="list-style-type: none"> - A ação na organização é das pessoas; - O sucesso depende do conhecimento, habilidade e comprometimento dos funcionários; - O conhecimento e a habilidade estão de acordo com a tecnologia da organização; - A imprevisibilidade é inerente ao processo. Os funcionários têm que estar aptos a lidar com as surpresas; - Os funcionários precisam ter habilidade para o trabalho em equipe, dada a interdependência entre os processos de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - “O que é possível deve ser feito”; - As operações devem ser realizadas com base científica e de acordo com a tecnologia disponível; - Superar problemas e resolver enigmas; - Os produtos e serviços devem ser úteis e melhores; - As soluções devem estar pautadas na simplicidade, elegância e precisão; - O mundo ideal é o de máquinas e processos sem a intervenção humana; - As pessoas são o problema, cometem erros e sempre que possível devem ficar fora do sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - O crescimento e manutenção financeira é que dão retorno aos acionistas e a sociedade; - O ambiente econômico é hostil e competitivo; - O CEO deve estar no controle total; - O CEO deve confiar cada vez mais no seu próprio julgamento (a falta e <i>feedback</i> preciso aumenta seu senso de retidão e onisciência); - A hierarquia é a medida de status e sucesso, e o principal meio de se manter o controle; - A organização é muito grande, portanto deve ser dirigida por regras, rotinas e rituais; - As pessoas são um mal necessário, não um valor intrínseco; as pessoas são um recurso como outro, a ser adquirido e gerenciado e não fins em si mesmos; - A organização-máquina bem azeitada não necessita de pessoas para todas as atividades, apenas as que foram contratadas.

Por sua vez, do ponto de vista da perspectiva de desvendar a cultura de uma organização, Fleury e Fischer (1996) propõem caminhos metodológicos que contribuem para se entender a relevância deste tema neste trabalho. Advogam as referidas autoras que o primeiro passo é se conhecer o histórico da organização e seus cenários político-econômicos. Isto facilita entender a natureza, as metas e os objetivos organizacionais, que retratam os elementos simbólicos nela encastelados. Vale destacar que nas organizações estatais, certos diretores deixam marcas na organização.

Para a introdução da gestão da qualidade, é necessário que a cultura da qualidade se incorpore à organização e passe a fazer parte do seu cotidiano. Neste sentido, Paladini (1995) sugere a utilização de “estratégias dos referenciais” para facilitar a introdução de uma cultura de qualidade numa organização. Esse conjunto de referenciais estratégicos, concebidos com base na estrutura, no comportamento e nas ações, é formado por:

- a) referencial da organização – refere-se às mudanças estruturais introduzidas pela alta administração, no nível macro, objetivando as políticas de qualidade;
- b) referencial cultural – requer uma análise da cultura que se tem no presente, fazendo uma transmutação lenta do que se tem para o que se quer em termos de valores relativos à política de qualidade;
- c) referencial administrativo – mostra o comprometimento dos dirigentes da organização com a política da qualidade e a capacidade desses de influenciarem seus subordinados;
- d) referencial comportamental – refere-se ao treinamento de todos os envolvidos na organização, dos dirigentes ao operário do chão de fábrica;
- e) referencial de desempenho – é o incentivo para o alcance de melhores resultados e indicadores de qualidade mais elevados.

Entendendo-se que os fundamentos teóricos selecionados neste capítulo dão sustentação de modo satisfatório, passa-se, no próximo capítulo, a descrever os procedimentos metodológicos utilizados nesta dissertação de mestrado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Das considerações destacadas nos capítulos anteriores, foram estabelecidos os seguintes critérios metodológicos. Estes critérios permitem ao leitor entender os passos observados e acompanhados durante a execução do estudo. Em outras palavras, teve-se o cuidado em permitir a revisão do presente estudo dentro dos procedimentos aqui estabelecidos.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Como apregoam Souza, Fialho e Otani (2007, p. 32), “um problema de pesquisa é um fato, ou um fenômeno, que ainda não possui uma solução”. Complementam, enfatizando que a solução averiguada só será conhecida a partir de um estudo aprofundado caracterizado por uma investigação científica ou pela comprovação dos fatos, haja vista que o problema de pesquisa é a demarcação ou fronteira a ser analisada. Nesta dissertação de mestrado, o problema de pesquisa, focado no capítulo 1, tem como eixo de averiguação a Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, sob as interpretações da cultura organizacional e do endomarketing, tendo como laboratório de estudo o HU-UFSC.

3.1.1 Perguntas de pesquisa

As perguntas que nortearam esta pesquisa foram:

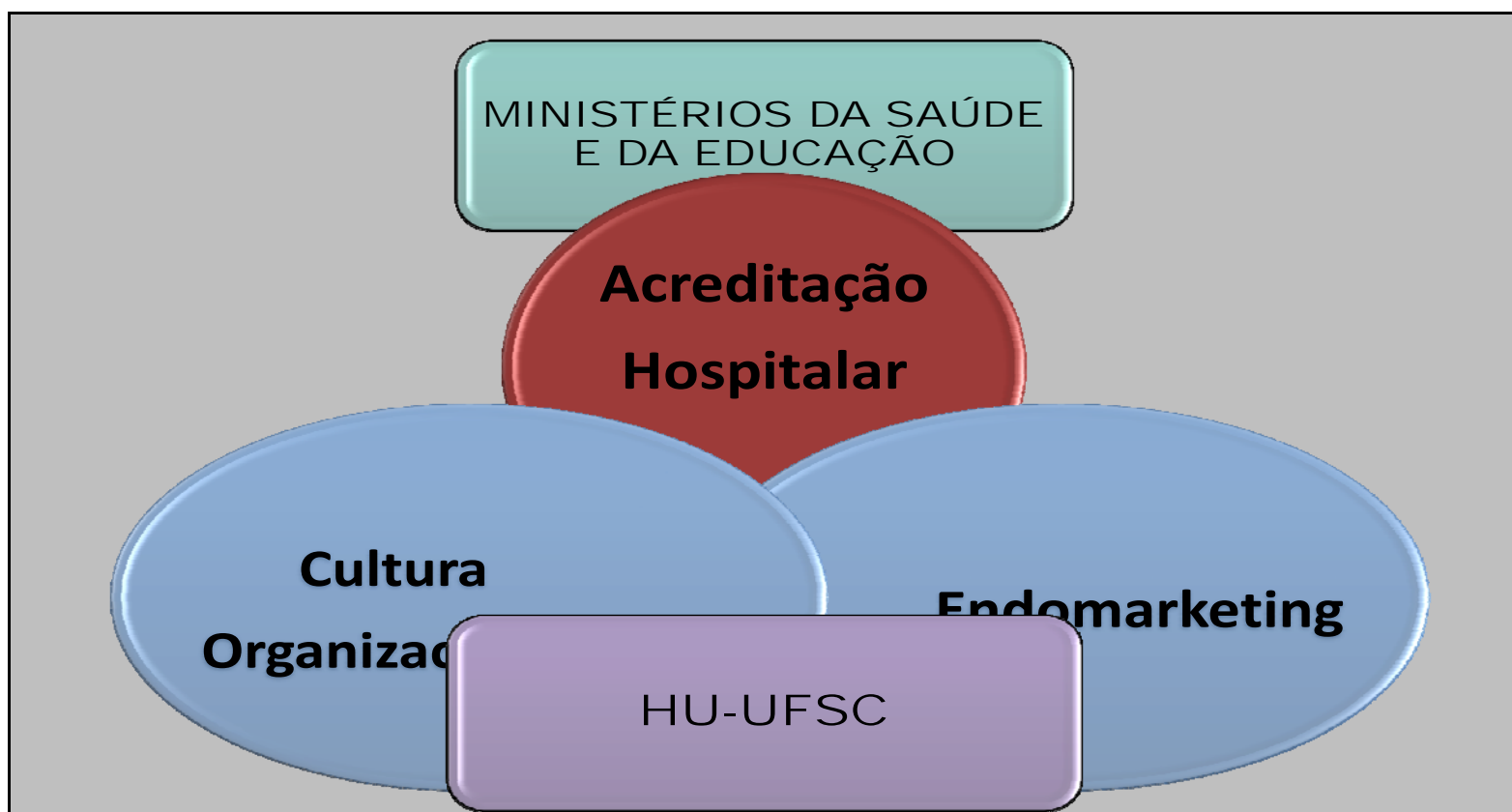
- a) Qual a cultura organizacional predominante no HU/UFSC dentro dos preceitos inerentes à Acreditação Nível 1?
- b) Quais as ferramentas do endomarketing propícias à sensibilização da adaptação da cultura organizacional do HU/UFSC aos preceitos da Acreditação hospitalar Nível 1?
- c) Como as técnicas do endomarketing são passíveis de impactar a cultura organizacional a partir dos princípios da Acreditação Nível 1?
- d) Quais procedimentos administrativos podem contribuir no processo de implantação da Acreditação Nível 1 no HU-

UFSC?

3.1.2 Relação entre as variáveis

Considerou-se como variável independente a Acreditação hospitalar, e como variáveis dependentes a cultura organizacional e técnicas de endomarketing aplicadas no HU-UFSC (Figura 12). Sob este aspecto, Lakatos e Marconi (1987, p. 131) sublinham que “a variável independente influencia, determina ou afeta outra variável”. Os autores entendem como variável dependente os fenômenos ou fatores que serão explicados por sofrerem influências ou serem afetados pela variável independente (LAKATOS; MARCONI, 1987).

Figura 12: Configuração das variáveis em estudo



Fonte: Elaborada pela autora.

3.1.3 Definição constitutiva das variáveis

Acreditação: significa dar a uma organização o certificado de

avaliação que afirma a conformidade com padrões estabelecidos na área em que atua (QUINTO NETO, 2000).

Cultura organizacional: é o conjunto de percepções e opiniões dos membros de uma organização (FLEURY; FISCHER, 1996).

Endomarketing: são as ações de marketing canalizadas ao desenvolvimento de marketing interno à organização (SILVA, 2005).

3.1.4 Definição operacional das variáveis

Acreditação: do ponto de vista operacional, a Acreditação Hospitalar foi tratada sob os aspectos definidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, dentro dos parâmetros estabelecidos para o Nível 1.

Cultura organizacional: sob a ótica operacional, para a cultura organizacional do HU-UFSC, foram estabelecidos os seguintes critérios de mensuração: valores, crenças e pressupostos, ritos, rituais, cerimônias, estórias, mitos, tabus, heróis e normas¹³.

Endomarketing: operacionalizado por meio da utilização de ferramentas de marketing voltadas ao cliente interno, como processo de sensibilização às variáveis supramencionadas, tais como manuais de comunicação, dentre outros.

3.2 DELIMITAÇÃO E PERSPECTIVA DA PESQUISA

Na concepção de Lakatos e Marconi (1985, p. 148), a pesquisa “é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”. Por sua vez, Gil (1991, p. 19) advoga que a pesquisa pode ser definida “como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Deslandes, Cruz Neto e Minayo (1994,

¹³ Valores são as crenças que representam a essência da filosofia da organização; crenças e pressupostos são internalizadas como verdade na organização; ritos, rituais e cerimônias são atividades planejadas no cotidiano da organização; estórias e mitos representam narrativas não sustentadas pelos fatos; tabus são rituais que não funcionam; heróis personificam os valores e condensam a força da organização e normas são procedimentos que direcionam a recompensas e/ou punições (FREITAS, 1991).

p. 35) perpassam estas posições, destacando que “a pesquisa científica ultrapassa o senso comum (que por si é uma reconstrução da realidade) através do método científico”. Dentro deste mesmo raciocínio, Almeida (2011, p. 31) ressalta que “a pesquisa científica aplicada, por sua vez, normalmente faz uso dos conhecimentos que já foram sistematizados, com o intuito de solucionar problemas organizacionais ou do ser humano”.

Quanto aos procedimentos técnicos, esta dissertação se classifica como estudo de caso, especificamente o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), localizado no Campus Universitário Trindade, em Florianópolis (SC), com uma assistência 100% pública, conveniado com o sistema SUS. Ressalta-se que, na ótica de Triviños (1987, p. 133), o estudo de caso “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa exaustivamente”. Ideia semelhante é apresentada em Gil (1991), ao afirmar que o estudo de caso corresponde à análise profunda e exaustiva de um ou de poucos objetos, para que seja possível um conhecimento amplamente detalhado do objeto pesquisado. Vale ressaltar que, na visão de Yin (2001, p. 24), “como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados”.

Em relação à abordagem, o estudo caracteriza-se como pesquisa que utiliza técnicas qualitativas e quantitativas de análises. Salienta-se que nos casos dos estudos quali/quantitativo há interpretação do fenômeno relacional e quantificável. Nas palavras de Roesch (1999), a pesquisa qualitativa é utilizada na proposição de planos ou na melhora da efetividade de programas, enquanto que a pesquisa quantitativa mede a relação de causa-efeito entre variáveis. Na abordagem de Souza, Otani e Fialho (2007, p. 39), uma pesquisa quantitativa “considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”. Eles acrescentam que, por sua vez, a pesquisa qualitativa considera que há uma relação inseparável entre a realidade objetiva e a subjetiva, que não pode ser traduzida em números (SOUZA; OTANI; FIALHO, 2007).

De modo idêntico, Almeida (2011, p. 32) alerta que a abordagem qualitativa atribui importância aos significados que as pessoas possuem a respeito das coisas e da vida, apropriando-se do enfoque indutivo na análise dos dados, enquanto a abordagem quantitativa “utiliza ferramentas estatísticas para o tratamento dos dados visando medir as relações existentes, que por sua vez são previamente estabelecidas à

semelhança das hipóteses”.

3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA, NÍVEL E UNIDADE DE ANÁLISE

A população desta pesquisa foi composta por servidores do quadro permanente do HU/UFSC, isto é, regidos pelo Regime Jurídico Único¹⁴, contratados até o ano de 2002. Esta decisão levou em consideração o foco da pesquisa, que trata da Acreditação como um fenômeno organizacional longitudinal e que deve ser trabalhado dentro de uma cultura assim construída. Desta forma, viu-se por bem selecionar apenas aqueles servidores que possuem vivência comprovada da gestão na organização estudada. Portanto, foi uma decisão estratégica e cuidadosa para se evitar viés informativo. No período da coleta de dados, este número correspondia a 874 servidores, dos quais 758 atuam na atenção ao paciente, e 116, no administrativo.

A amostra obedeceu dois momentos distintos. O primeiro momento foi com uma entrevista semiestruturada endereçada à coleta de dados em um estudo intensivo e intencional com o grupo de primeiro escalão do HU-UFSC, visando entender destes gestores suas opiniões sobre a questão levantada ou problema de pesquisa. No total, foram realizadas 14 entrevistas com os dirigentes de primeiro escalão do HU-UFSC, no período de janeiro a março de 2012.

No segundo momento, em março de 2012, foi aplicado um questionário estruturado com os servidores que não atuam no grupo de primeiro escalão. Neste caso, foi necessário estratificar a amostra, adotando-se os preceitos estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (ONA-2010), que assim estabelece: atenção ao paciente; e gestão e liderança, correspondendo às atividades administrativas. 232 servidores estavam lotados nas atividades de atenção ao paciente e 36 eram responsáveis pelas funções administrativas. O pré-teste destes instrumentos de coleta de dados utilizados neste trabalho foi realizado na primeira quinzena de janeiro de 2012.

Do ponto de vista metodológico, a amostra obedeceu à técnica da abordagem intencional no estudo do grupo de primeiro escalão, e

¹⁴ O quadro de servidores do HU-UFSC é composto de funcionários concursados, portanto regidos pela Lei nº 8112, bem como servidores regidos pela CLT, contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa Universitária (FAPEU) e pessoal contratado por empresas terceirizadas.

probabilístico na utilização do questionário aplicado aos servidores de atenção ao cliente ou paciente e administrativo. Para Gil (1991, p. 128), uma amostra intencional é aquela em que “os indivíduos são selecionados a partir de certas características tidas como relevantes pelos pesquisadores e participantes [...]”. Portanto, não foi uma amostra integralmente probabilística.

O nível de análise da pesquisa foi o organizacional - UFSC. A unidade de análise foi o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), caracterizada pela ONA como Organização Prestadora de Serviços de Saúde.

Dentro dos procedimentos estatísticos definidos por Barbetta (2007, p. 57-60); Richardson (2007, p. 169-171) e Lopes (2011), tem-se como cálculo do tamanho da amostra:

$$\begin{aligned}
 n &= \textit{Amostra probabilística simples} \\
 N &= 874 \textit{ servidores efetivos do HU-UFSC, em 09 de fev de 2012} \\
 &\textit{(Fonte: DRH/UFSC);} \\
 Z(\alpha/2) &= 1,96 \textit{ (valor tabelado / distribuição normal padrão);} \\
 p &= 0,50 \textit{ (percentual estimado ou de sucesso);} \\
 q &= 1 - p \textit{ (complemento de p ou percentual de fracasso);} \\
 E &= 5\% \textit{ (Erro Amostral); } e \\
 \alpha &= 0,05 \textit{ (Nível de Significância).}
 \end{aligned}$$

Figura 13: Cálculo da amostra

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Fonte: Lopes (2011).

Usando-se esta fórmula, chegou-se à amostra de 268 servidores participantes da pesquisa. Assim, a partir deste resultado, chegou-se aos seguintes números: 232 servidores de atenção ao paciente e 36

administrativos.

3.4 DADOS: TIPOS, TÉCNICA DE COLETA E TRATAMENTO

Os tipos de dados, a técnica de coleta e o tipo de tratamento são descritos na sequência.

3.4.1 Tipos de dados

Os dados coletados foram de dois tipos:

a) Dados primários: coletados pela primeira vez pela pesquisadora, através de uma entrevista semiestruturada direcionada ao grupo de primeiro escalão e de um questionário estruturado do tipo Likert.

A entrevista semiestruturada foi realizada com os catorze diretores em exercício do HU-UFSC. Sobre este instrumento de coleta de dados, Lakatos e Marconi (1987, p. 73) advertem que “a entrevista é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. Por sua vez, Roesch (1999, p. 159) assinala que a entrevista tem como “objetivo primário entender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações em contextos que não foram estruturados anteriormente a partir de suposições do pesquisador”. Na concepção de Gil (1991, p. 92), a entrevista semiestruturada “é guiada por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso”. Por sua vez, Roesch (1999, p. 159) assinala que, em uma entrevista semiestruturada, “(...) utilizam-se questões abertas, que permitem ao entrevistador entender e captar a perspectiva dos participantes da pesquisa”.

Já o questionário estruturado na forma da escala Likert foi aplicado a uma amostra probabilística estratificada entre os servidores de assistência direta ao cliente e os servidores que atuam nas atividades administrativas do referido hospital. Salienta-se que, na ótica de Lakatos e Marconi (1985, p. 174), este tipo de instrumento de coleta de dados caracteriza-se numa entrevista “em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas”. Na visão de Roesch (1999, p. 140), os dados

primários “são colhidos diretamente pelo pesquisador”.

b) Dados secundários: dados disponíveis na literatura especializada e de documentos existentes no HU-UFSC.

Para Roesch (1999, p. 107), o levantamento bibliográfico “na prática implica seleção, leitura e análise de textos relevantes ao tema do projeto, seguida de um relato por escrito”. Na ótica de Souza, Fialho e Otani (2007, p. 36), a fonte de dados secundária de pesquisa “tem como característica o fato de não produzir uma informação original, mas sobre ela trabalhar, procedendo à análise, ampliação, comparação, etc.”. Destaca-se que os dados secundários foram coletados pela pesquisadora, dentro do seu tema de interesse, a fim de compreender o fenômeno intraorganizacional do HU-UFSC para a sua propositura de Acreditação. O estudo caracterizou-se, quanto aos procedimentos, em um estudo teórico empírico, haja vista que parte da teoria para verificar o que se observa empiricamente nas organizações (ALMEIDA, 2011).

3.4.2 Tratamento dos dados

O tratamento dos dados foi realizado de forma aglutinada e sem a identificação dos entrevistados. Esta técnica permite a utilização de procedimentos tanto qualitativos quanto quantitativos. Portanto, o estudo teve como foco a identificação dos procedimentos inerentes ao endomarketing e à adaptação da cultura organizacional do HU-UFSC, com o fito de internalização de preceitos inerentes à Acreditação Hospitalar Níveis 1 desta unidade universitária.

Em relação à interpretação dos dados obtidos junto ao grupo de primeiro escalão deste hospital, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. A técnica de análise de conteúdo é comumente usada para descrever e interpretar informações obtidas por entrevista semiestruturada. Sobre esta técnica, Bardin (*apud* TRIVIÑOS, 1987, p. 160) adverte que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”. Para ele, três etapas se destacam nesta técnica: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. No caso do presente estudo, a interpretação inferencial foi adotada como um procedimento metodológico para decifrar “conteúdo manifesto do documento”, isto é,

a transcrição da entrevista semiestruturada, gravada, realizada com os referidos entrevistados. Por sua vez, alertam Deslandes, Cruz Neto e Minayo (1994, p. 74) que a análise do conteúdo “(...) diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”.

Já no que concerne ao questionário estruturado, tipo escala Likert, o método de tratamento de dados foi predominantemente quantitativo, com procedimentos descritivos sobre as informações coletadas. Foram utilizados procedimentos estatísticos elementares para compreender o fenômeno estudado.

3.4.3 Limitações da pesquisa

No desenvolvimento da presente dissertação de mestrado, apesar de todo o rigor e procedimentos metodológicos adotados, constataram-se algumas limitações que merecem destaque.

O método de estudos de caso não permite a generalização, isto é, os resultados e conclusões da pesquisa são reservados especificamente à organização analisada, neste caso, o HU-UFSC. Porém, as ampliações destes resultados podem servir de parâmetros interpretativos para outros estudos que tenham enfoques semelhantes, bem como servir de alicerces às replicações futuras. Esta limitação é salientada por Triviños (1987) quando destaca a possibilidade de aplicação das conclusões observadas para outras organizações.

Outro fator limitante foi o fato de que, no período da realização das entrevistas com os diretores de primeiro escalão, os cargos de vice-diretor e de diretor da divisão de apoio assistencial estavam sem titulares. Porém, entende-se que este fato, por extrapolar o controle do pesquisador, não invalida os resultados da pesquisa. Além disso, as organizações hospitalares são genuinamente atípicas no processo de gestão e pela peculiaridade de suas ações na esfera da assistência à saúde, bem como por uma rotina de trabalho extensa.

A literatura especializada sobre Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde é nova no cenário brasileiro, pois o tema oficialmente vem sendo debatido há menos de 15 anos na esfera governamental, com poucas publicações e cases. Mesmo assim, os estudos encontrados supriram de forma satisfatória o foco proposto neste trabalho.

Por outro lado, supõe-se que o caso HU-UFSC permitiu à

pesquisadora aprofundar a temática no ambiente laboratório escolhido, cumprindo a contento as exigências pré-estabelecidas.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo está subdividido em: histórico do HU-UFSC, divulgação do resultado e análise dos dados da pesquisa, bem como analisa a possibilidade de implantação da Acreditação Hospitalar Nivel 1 no HU-UFSC, a partir do Modelo ONA (2010).

4.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

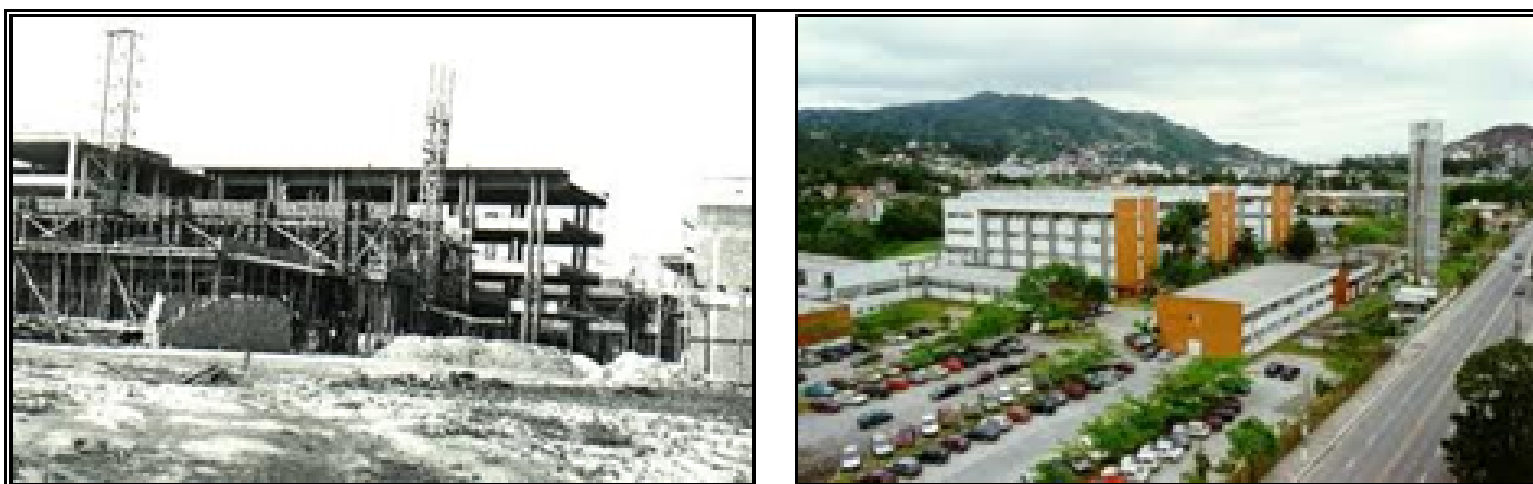
A Sociedade Catarinense de Medicina idealizou e patrocinou, em 1957, a Faculdade de Medicina, localizada à Rua Ferreira Lima, no Centro da cidade de Florianópolis (SC). Em 1960, com a fundação da Universidade Federal de Santa Catarina, esta sociedade foi incorporada à UFSC, reunindo-se as faculdades de Odontologia, Ciências Econômicas, Direito, Farmácia, Filosofia, e, Ciências e Letras. Esta decisão fez crescer a necessidade de um Hospital que proporcionasse suporte ao ensino da medicina na UFSC, principalmente para contribuir no ensino prático da medicina clínica e cirúrgica de clientes internados, bem como acompanhamento de consultas ambulatoriais feitos em hospitais da cidade de Florianópolis, que eram tecnologicamente despreparados e desequipados para o ensino médico (SÃO THIAGO, 1983). Desde então, a política expansionista das Universidades ampliou a demanda e oferta de vagas nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Das alternativas de graduação, o curso de medicina tem sido um dos mais procurados nos concursos vestibulares do Brasil, inclusive na UFSC. De modo paralelo, a necessidade de profissionais que operam na esfera da saúde também é crescente, como são os casos de: fisioterapia, odontologia, enfermagem, dentre outras.

As dificuldades encontradas pelos alunos e professores para o ensino e a prática da medicina fizeram com que fosse imprescindível a construção de um hospital que atendesse a demanda dos acadêmicos ligados à área de assistência à saúde. Nas palavras do Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, idealizador da ideia da construção do Hospital de Clínicas, “desde a instalação da Faculdade de Medicina, ainda na gestão do primeiro Diretor, Prof. Roldão Consoni, cogitava-se da construção do Hospital das Clínicas, pois se anteviam as dificuldades para o ensino das Clínicas, que iriam romper quando a primeira turma de alunos atingisse

o terceiro ano médico” (SÃO THIAGO, 1983, p. 67).

Do ponto de vista histórico, em 1963, foi composta uma comissão com o intuito de planejar a construção do Hospital, dedicando-se esta comissão integralmente ao estudo da implantação deste hospital junto à Reitoria da UFSC. Destaca-se que após inúmeras lutas reivindicatórias de alunos, professores e da comunidade local organizada para a obtenção de recursos junto às autoridades políticas, devido à paralisação das obras no período de 1971 a 1975, somente em 02 de maio 1980 a UFSC inaugurou o HU. O primeiro diretor geral deste órgão foi o médico Dr. Polydoro Ernani de São Thiago. Inicialmente, o foco do atendimento foram os leitos de enfermagem médica e pediátrica, bem como seus respectivos ambulatórios. Em seu discurso inaugural Dr. Polydoro reafirmou o compromisso de ser o HU um hospital concebido na perspectiva do trinômio: ensino, pesquisa e extensão (SÃO THIAGO, 1983).

Figura 14: À esquerda, início da edificação do HU-UFSC, e à direita, HU-UFSC em 2012.



Fonte: www.google.com.br

Ao longo de sua gloriosa trajetória em prol da saúde pública, o HU-UFSC agregou diversas especialidades médico-hospitalares, como: Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica I, UTI Adulto e Neo-Natal, Maternidade. Do ponto de vista da sua estrutura, o HU-UFSC está subdividido em quatro áreas básicas: Tocoginecologia, Clínica Médica, Cirúrgica e Pediátrica. Ele está localizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A sua área construída é de 31.995,29 m², contando com aproximadamente 280 leitos de internação, distribuídos entre leitos de cirurgia, clínica médica, pediatria, UTI

adulto, UTI neonatal, maternidade, ginecologia, emergências de adultos, pediátrica e ginecológica e um Centro de Tratamento Dialítico (UFSC, 2010a). De acordo com o Ministério da Saúde, um hospital de grande porte é aquele que tem de 150 a 500 leitos, incluindo o HU nesta classificação (BRASIL, 1983).

A missão do HU-UFSC é “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. Por sua vez, a visão estabelecida almeja: “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar” (UFSC, 2010b, p. 03).

Atualmente, o corpo clínico do HU-UFSC é constituído por uma equipe multidisciplinar em diversas especialidades médico-hospitalar, tais como: Buco-Maxilar, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Vídeo-Cirurgias, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica (UFSC, 2010a).

Vale destacar que no HU-UFSC, por ser um hospital universitário, atuam profissionais de diversas áreas ligadas à saúde, que utilizam seu espaço físico como centro de ensino e pesquisa e que compreendem enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e bioquímicos, engenheiros biomédicos, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais. Ele é referência em alta complexidade em oncologia (cirurgia oncológica e oncohematologia), cirurgia vascular, cirurgia de obesidade mórbida, cirurgia de transplante de córnea e tratamento ao cliente portador do vírus HIV, no que diz respeito a internações. No primeiro semestre de 2011, o HU foi credenciado a realizar cirurgias de implante coclear¹⁵, que recupera perdas profundas de audição, realizando a primeira cirurgia em agosto do mesmo ano. Outro credenciamento importante para o hospital foi o de cirurgias de

¹⁵ O implante coclear é um estimulador elétrico formado por uma externa de processamento de fala e por uma unidade interna de suporte e programação, constituída por uma antena de recepção e eletrodos de estimulação (BENTO, MINIT e MARRONE, 1998). O implante possibilita não apenas a sensação de audição, mas o reconhecimento dos sons da fala. Ele faz o papel de todo o ouvido, uma vez que capta o som, decodifica as mensagens e as envia por eletrodos para o cérebro, substituindo o órgão de Corti e estimulando diretamente as fibras nervosas e as células ganglionares do nervo auditivo (BEVILAQUA *et al.*, 2002).

transplante de fígado, cuja primeira intervenção aconteceu em novembro de 2011 (UFSC, 2011). Na área ambulatorial e de diagnóstico complementar, é referência em tratamento dialítico, quimioterapia, tomografia, saúde auditiva, dentre outros procedimentos de alto custo.

Inserido na Política Nacional denominada Humaniza SUS, destaca-se pelo caráter humanizado de assistência na maternidade, com o Título Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura, Programa Capital da Criança e Internato da 10ª fase em Programas de Saúde Comunitária e Programa Saúde da Família. Oferece exames de diagnósticos complementares, como: laboratoriais, radiologia, ultrassonografia, cardiologia, anátomos patológicos, endoscópicos, tomografias, estudos hemodinâmicos (UFSC, 2010a). No cenário catarinense, o HU-UFSC é referência para a avaliação de incorporação tecnológica nas áreas de imagenologia, gerenciamento de resíduos e no atendimento de intoxicações e envenenamentos, através do Centro de Intoxicações Toxicológicas de Santa Catarina – CIT/SC.

O Hospital Universitário é um órgão suplementar da UFSC e presta uma assistência totalmente pública, gerida pelas políticas do Sistema Único de Saúde. Na acepção de Pillon (2011), os hospitais universitários são organizações de assistência à saúde ligadas a uma universidade pública ou privada e que têm a responsabilidade de formar profissionais em nível de graduação e pós-graduação, portanto, são prestadores de assistência especializada à saúde. Sob este aspecto, o HU/UFSC foi reconhecido como hospital de ensino, por meio do credenciamento junto aos Ministérios da Educação e Saúde pela Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007¹⁶:

Certificar como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou especializados, de propriedade da Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou ainda formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior.

O HU-UFSC contempla atividades curriculares de ensino, desenvolvidas em seu ambiente, conforme pode ser visualizado no Quadro 07.

¹⁶ A Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, revogou a Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004.

Quadro 7: Atividades curriculares de ensino desenvolvidas no HU-UFSC.

Instituição de Ensino	Curso	Nível	Nº de Alunos
Universidade Federal de Santa Catarina	Medicina	Graduação	400
	Internato de Medicina	Graduação	200
	Enfermagem	Graduação	409
	Nutrição	Graduação	74
	Psicologia	Graduação	09
	Serviço Social	Graduação	11
	Odontologia	Graduação	12
	Farmácia	Graduação	20
	Análises Clínicas	Graduação	43
Outras Universidades	Fisioterapia (UNISUL)	Graduação	20
	Tecnólogo em Radiologia (IFSC)	Graduação	08
	Fonoaudiologia (UNISUL)	Graduação	23
Centros Educacionais de Ensino	Estágio Técnico de Enfermagem	Médio	48
Universidade Federal de Santa Catarina	Medicina/residência	Pós-graduação	74
	Trauma buco maxilo-facial-residência	Pós-graduação	03
	Engenharia Biomédica - especialização	Pós-graduação	02
	Enfermagem – mestrado e doutorado	Pós-graduação	18
	Enfermagem mestrado profissional	Pós-graduação	12
	Nutrição - mestrado	Pós-graduação	05
	Farmácia mestrado e doutorado	Pós-graduação	14
	Ciências médicas mestrado e doutorado	Pós-graduação	24
	Saúde da família especialização e residência	Pós-graduação	19
	Residência integrada multiprofissional em saúde	Pós-graduação	12

Fonte: Plano Operativo Anual 2010.

As residências médicas desenvolvidas são das seguintes

especialidades: Acupuntura, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Hemoterapia, Medicina Intensiva, Medicina do Trabalho, Neurologia, Patologia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia Diagnóstico por Imagem. Em 2010, foi iniciada a Residência Multiprofissional em Saúde abrangendo duas áreas de concentração, ou seja, Atenção às Urgências e Emergências e Atenção em Alta Complexidade, com o envolvimento de alunos da Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Odontologia (PLANO OPERATIVO, 2010).

Salienta-se que, a partir da certificação no ano de 2004, o processo de gestão financeira passou a ser executado através do convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), ocorrendo os pactos contratuais de metas quanti-qualitativos que vão ao encontro das necessidades de prestação de serviços de saúde à comunidade catarinense. Destaca-se que os recursos mensais endereçados aos procedimentos de média complexidade são fixados anualmente, enquanto os procedimentos de alta complexidade são remunerados de acordo com sua produção apresentada mensalmente, com base num teto financeiro estipulado no contrato de gestão.

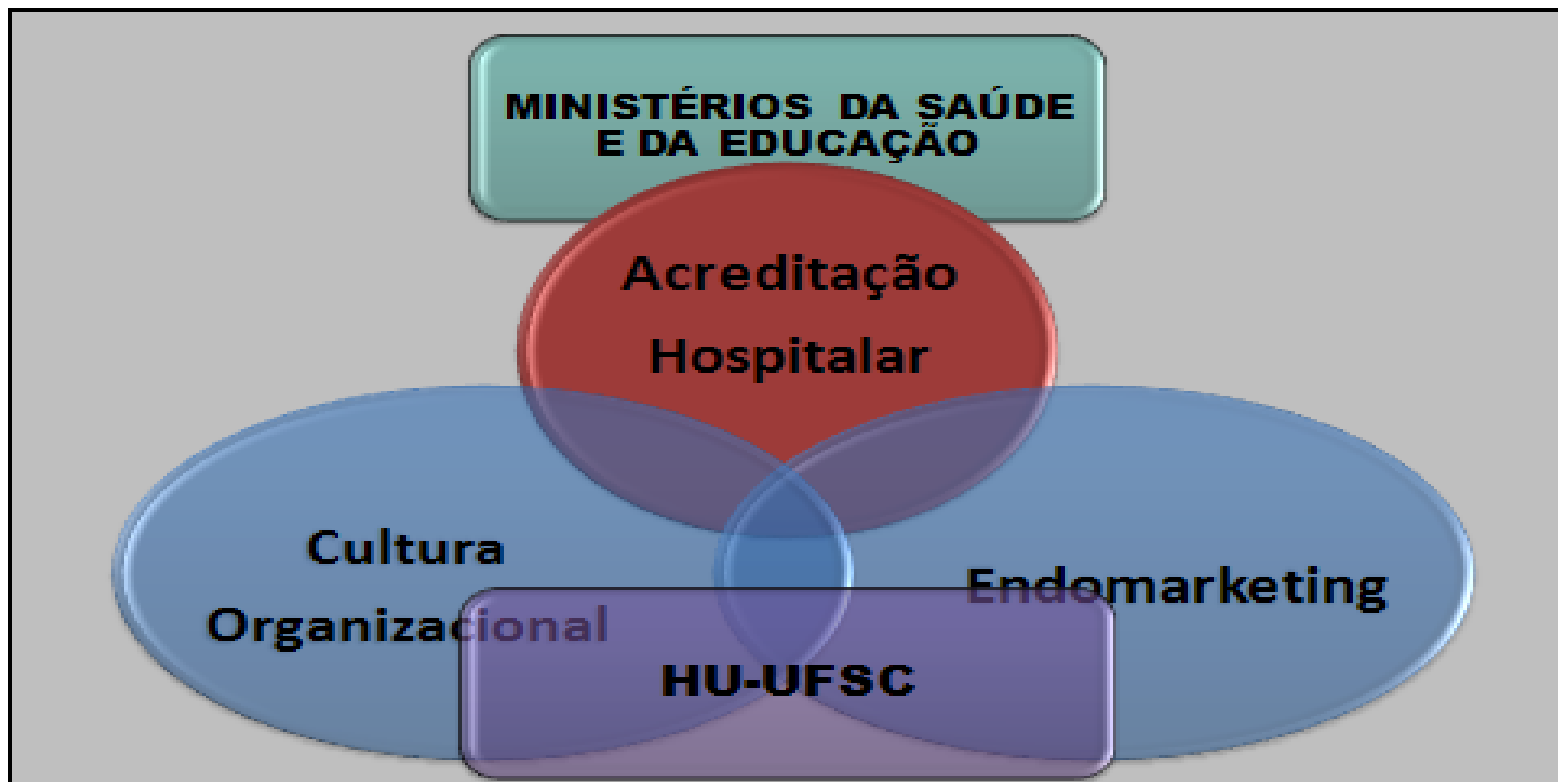
No ano de 2011, o HU prestou 76.587 atendimentos de emergências, 134.283 consultas ambulatoriais, 10.918 internações, realizou 3.132 cirurgias no centro cirúrgico, 4.652 cirurgias ambulatoriais, 1.887 partos, sendo 1.191 partos normais e 693 cesarianas (UFSC, 2011). Vale destacar que a história do HU-UFSC é cheia de momentos relevantes no cenário da UFSC e da sociedade catarinense, pois muitos avanços na área médica foram e continuam sendo desafios cruzados pelo seu corpo de profissionais altamente capacitados. Os tópicos 4.2, 4.3 e 4.4 foram destinados à apresentação e análise dos dados deste estudo.

Cabe salientar que a apresentação e análise dos dados obedeceram à seguinte estrutura interpretativa: iniciou-se a apresentação e análise dos dados correspondentes ao levantamento com os servidores do HU-UFSC, subdividindo-se em servidores da assistência ao paciente e servidores administrativos, inserindo-se os relatos dos dirigentes de primeiro escalão do HU-UFSC.

4.2 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas realizadas com os dirigentes de 1º escalão e diretores de divisão foram separadas em quatro abordagens teóricas (Apendice 02)– qualidade focada na assistência à saúde, Acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, cultura organizacional e endomarketing –, com o objetivo de investigar a opinião dos entrevistados a respeito dos temas em estudo, contemplando os objetivos específicos delineados no Capítulo 1. Deve-se lembrar que, na concepção de Lakatos e Marconi (1987, p. 173), “a entrevista é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. Caminho de pensamento semelhante é feito por Roesch (1999, p. 159), tendo em vista que a entrevista tem como “objetivo primário entender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações em contextos que não foram estruturados anteriormente a partir de suposições do pesquisador”.

Como já destacado, as entrevistas foram realizadas e gravadas no período de janeiro a março de 2012 e, na sequência, transcritas pela pesquisadora, indo ao encontro do que apregoa Roesch (1999, p. 160) quando adverte que “o entrevistador deve ser capaz de ouvir e evitar projetar suas opiniões e seus sentimentos na situação”. Para manter o sigilo da identidade dos entrevistados, optou-se por usar as letras gregas: *Alfa, Beta, Ômega, Epsilon, Delta, Sigma, Digamma, Etá, Kappa, Lambda, Sampi, Tau, San, Omicron*. Sempre lembrando que a Figura 15, anteriormente apresentada, foi o parâmetro para entender este capítulo.

Figura 15: Configuração das variáveis estudadas

Fonte: elaborada pela autora.

O Apêndice 03 permite visualizar as categorias e variáveis abordadas nos questionários, bem como as perguntas feitas aos entrevistados.

4.3 DA PESQUISA

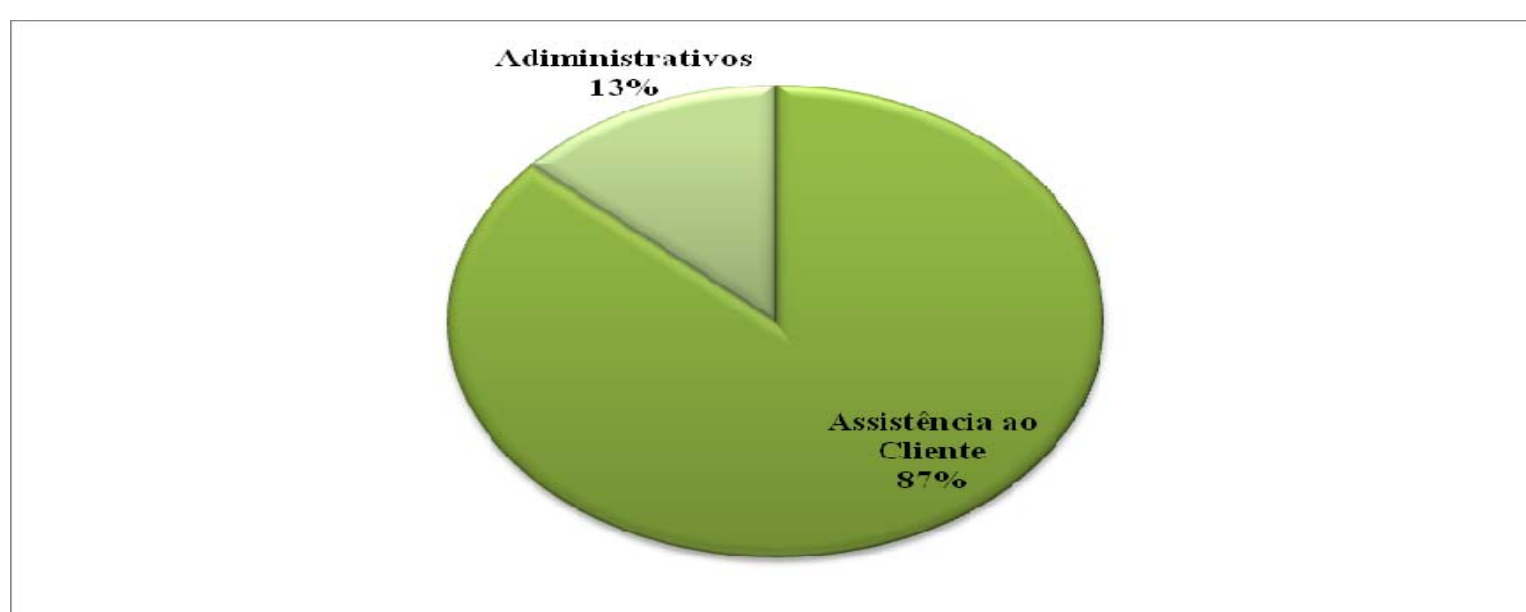
Optou-se por apresentar os dados e fazer suas análises da seguinte forma: descrever os resultados obtidos com os questionários estilo Likert (*Apêndice 04*), aplicados aos servidores supramencionados, e complementar com a análise de conteúdo do relato feito pelos catorze dirigentes de primeiro escalão abordados neste estudo (*Apêndice 05*). Agregou-se a descrição estatística (Quadros 10 e 11) no fim deste capítulo para reforçar os procedimentos metodológicos que a pesquisa exige. O Quadro 08 permite visualizar o tipo de atividade e o tempo de serviço dos servidores pesquisados.

Quadro 8: Atividade profissional e tempo de serviço no HU-UFSC.

Atividade Profissional	Tempo de serviço (anos) no HU-UFSC				
	10 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	Total
Assistência ao paciente	59	58	35	80	232
Administrativos	03	03	04	26	36
Total	62	61	39	106	268

Fonte: Dados primários (2012).

Foram entrevistados duzentos e trinta e dois servidores (232) da assistência direta ao cliente, isto é, 87% dos respondentes, e trinta e seis (36) servidores da área administrativa, ou seja, 13%, totalizando duzentos e sessenta e oito (268) respondentes, conforme se visualiza na Figura 16. Por questões didáticas, criaram-se três grupos de categorias, quais sejam: Acreditação como cerne da pesquisa; a cultura organizacional; e endomarketing.

Figura 16: Servidores de assistência à saúde e servidores administrativos

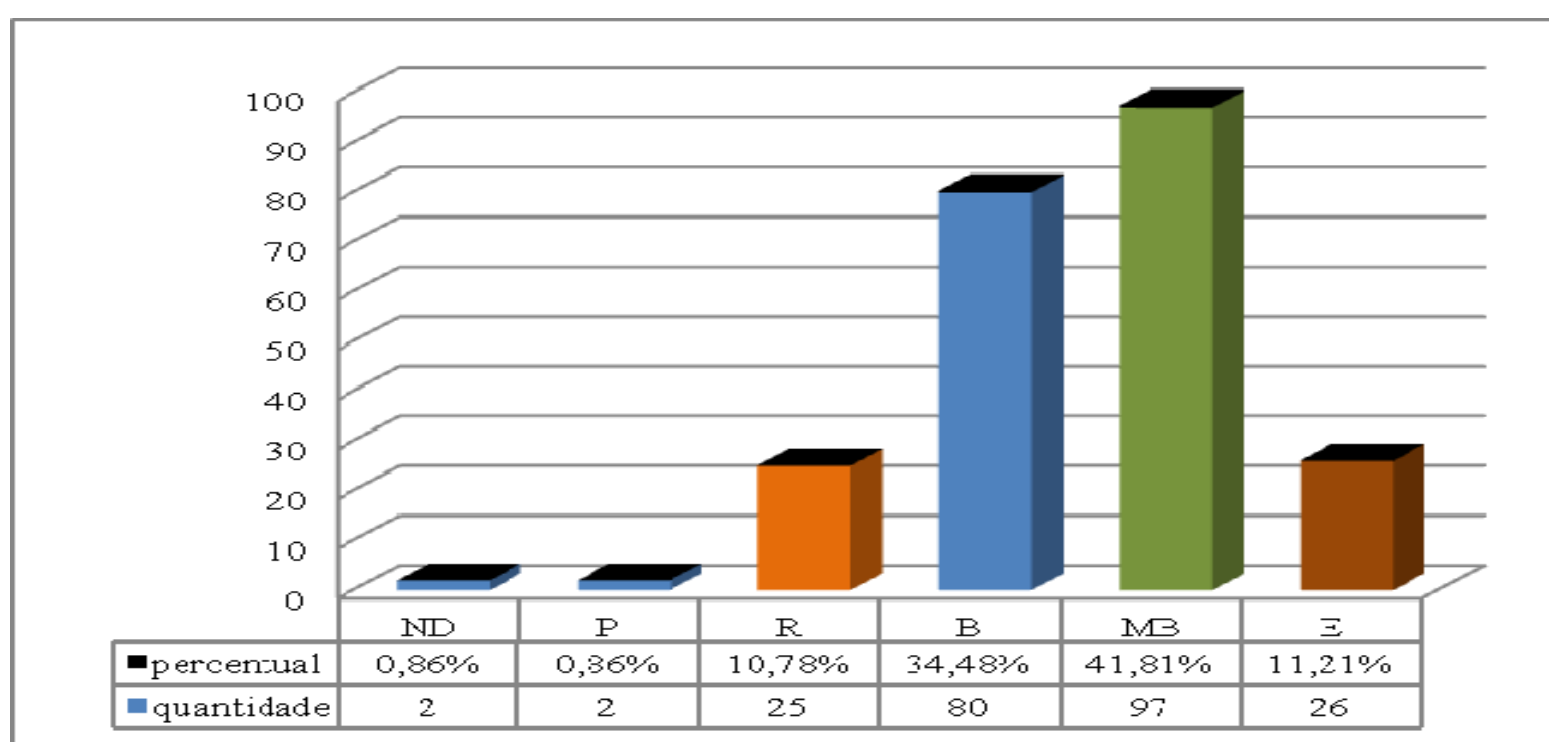
Fonte: Dados primários (2012).

Um dos questionamentos feitos aos 268 servidores do HU-UFSC procurou identificar a posição deles sobre a percepção da qualidade dos serviços oferecidos no espaço do referido hospital. As respostas desta questão permitem identificar o que pensam os servidores que prestam serviços diretamente ao “cliente” e daqueles servidores que são

responsáveis pelos procedimentos administrativos. As respostas estão condensadas nas Figuras 17, 18 e 19.

A Figura 17 permite visualizar que, quando indagados sobre a qualidade dos serviços em sua área de atuação, os servidores lotados nas áreas de assistência direta ao cliente avaliaram este fator como bom e muito bom. Inclusive, percebe-se que mais de 41% destes entrevistados classificaram como muito boa a qualidade existente em sua área de atuação. Constata-se que cerca de 11% em um extremo classificaram como excelente, enquanto que esse percentual de respondentes compreendeu a qualidade disponibilizada para suas atividades profissionais no HU-UFSC como péssima ou ruim.

Figura 17: Qualidade dos serviços de saúde prestados no HU-UFSC (servidores de assistência direta ao cliente).



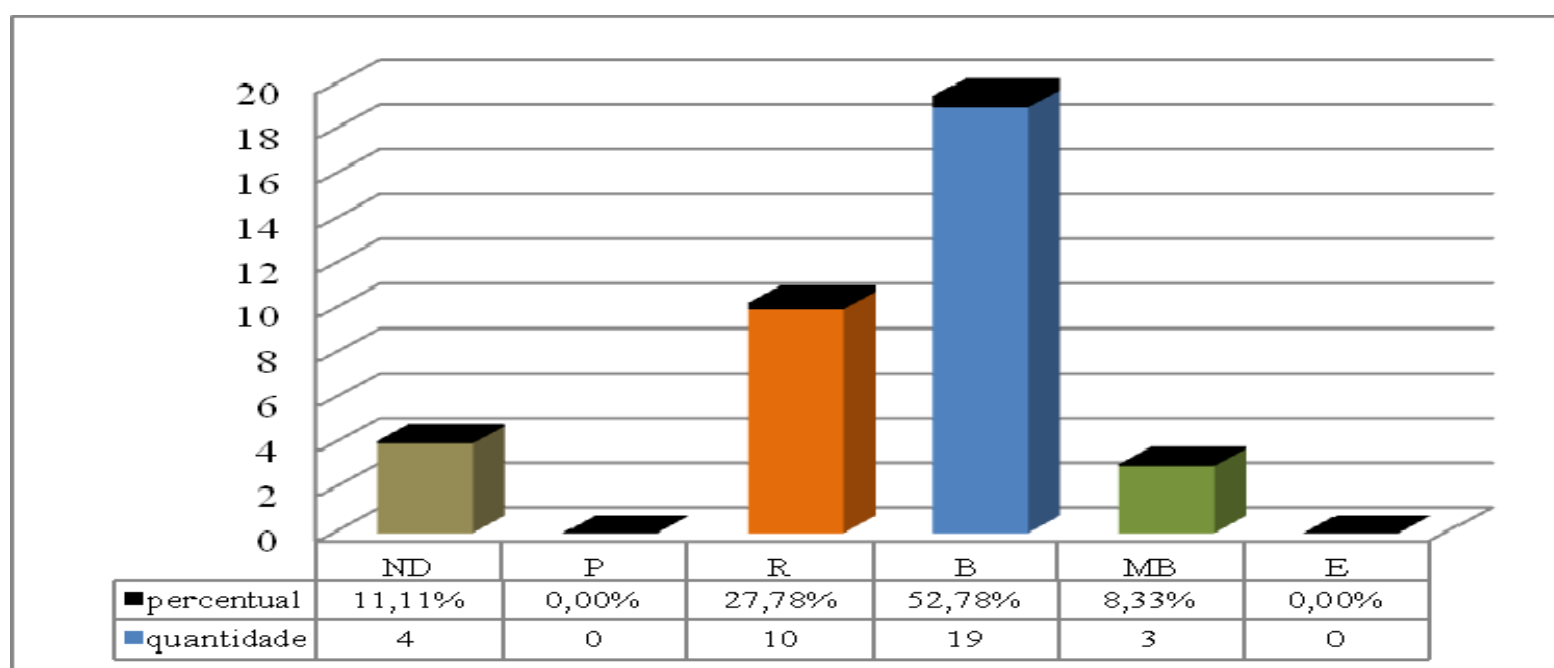
Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, os entrevistados que atuam na atividade administrativa assinalaram como sendo de regular a boa a qualidade dos serviços existentes em sua área de atuação, perfazendo cerca de 80% das respostas, conforme se pode verificar na Figura 18. Destaca-se que deste percentual, 52,78% indicaram como boa qualidade. Curioso ainda observar que péssimo e excelente não foram apontados, bem como o fato de que quatro respondentes não optaram por nenhuma resposta sobre esta questão.

Em análise das Figuras 17 e 18, pode-se perceber que, na ótica dos servidores que atuam nas atividades de assistência ao cliente, a

qualidade dos serviços em suas áreas de atuação foram classificadas como satisfatórias, enquanto que os servidores lotados nas atividades administrativas não têm a mesma percepção sobre este quesito.

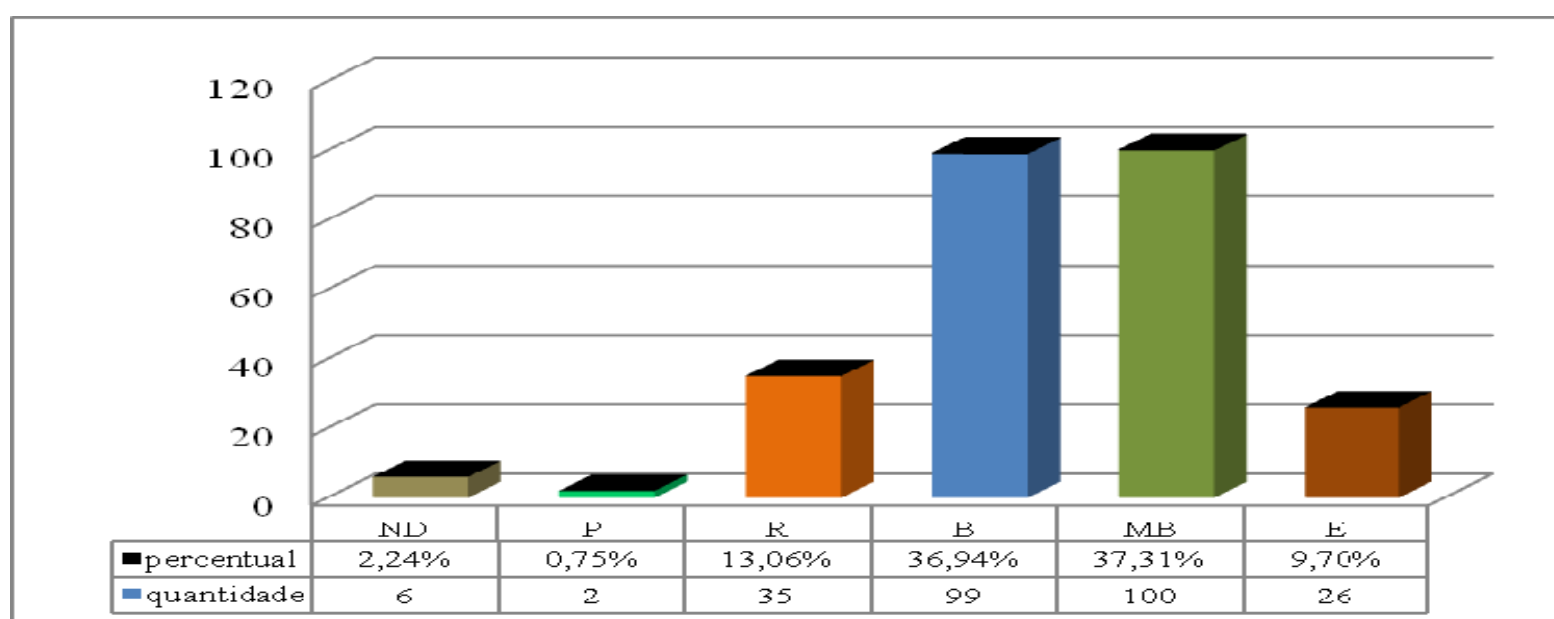
Figura 18: Qualidade dos serviços de saúde prestados no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, quando se acumulam as respostas, fica visível que na ótica dos servidores do HU-UFSC predomina a posição que oscila de boa a muito boa a qualidade disponibilizada no referido hospital (Figura 19).

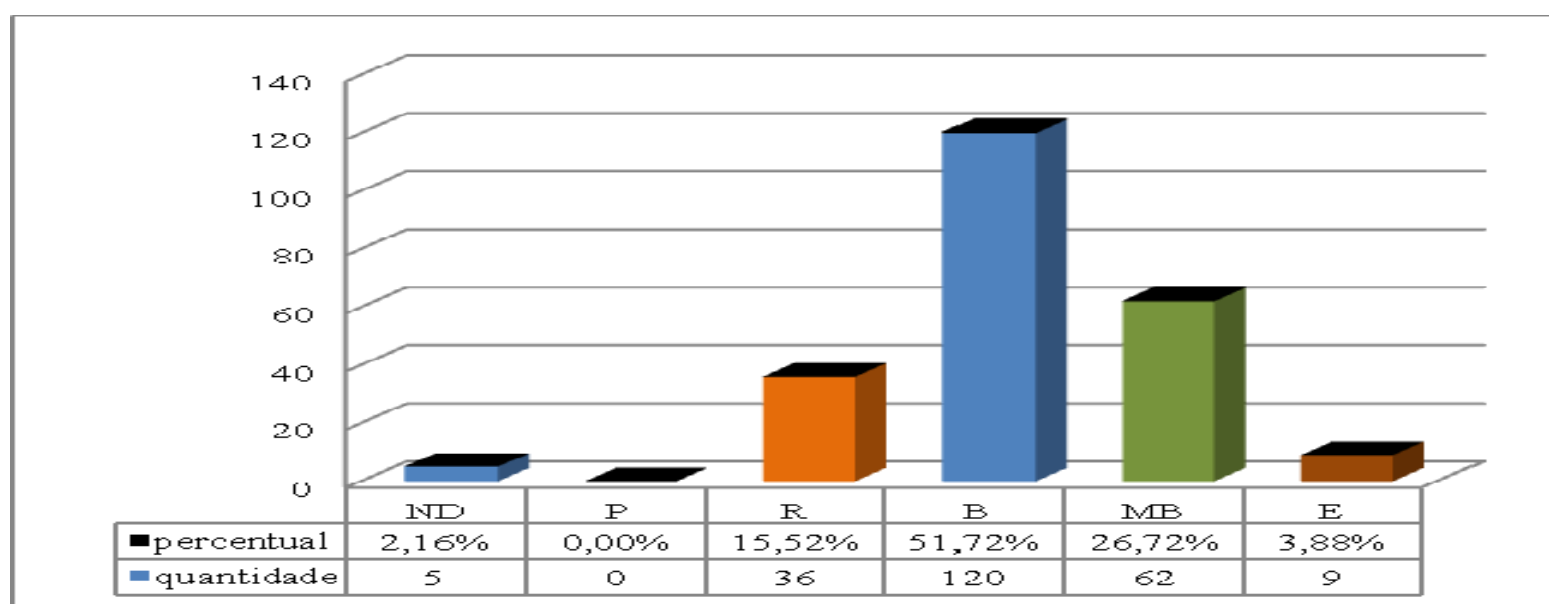
Figura 19: Qualidade dos serviços de saúde prestados no HU-UFSC (servidores de assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

No questionário aplicado aos servidores, obteve-se informações sobre como é a qualidade dos serviços prestados pelo HU-UFSC, junto à comunidade ou clientes. Sob este aspecto, a Figura 20 permite observar que mais de 80% dos servidores da área da assistência ao cliente consideraram de boa a excelente a qualidade dos serviços prestados pelo HU-UFSC à comunidade. Mesmo assim, 15% dos respondentes admitiram ser apenas regular esta qualidade, cabendo sublinhar que mais de 50% das respostas ficaram situadas como boa.

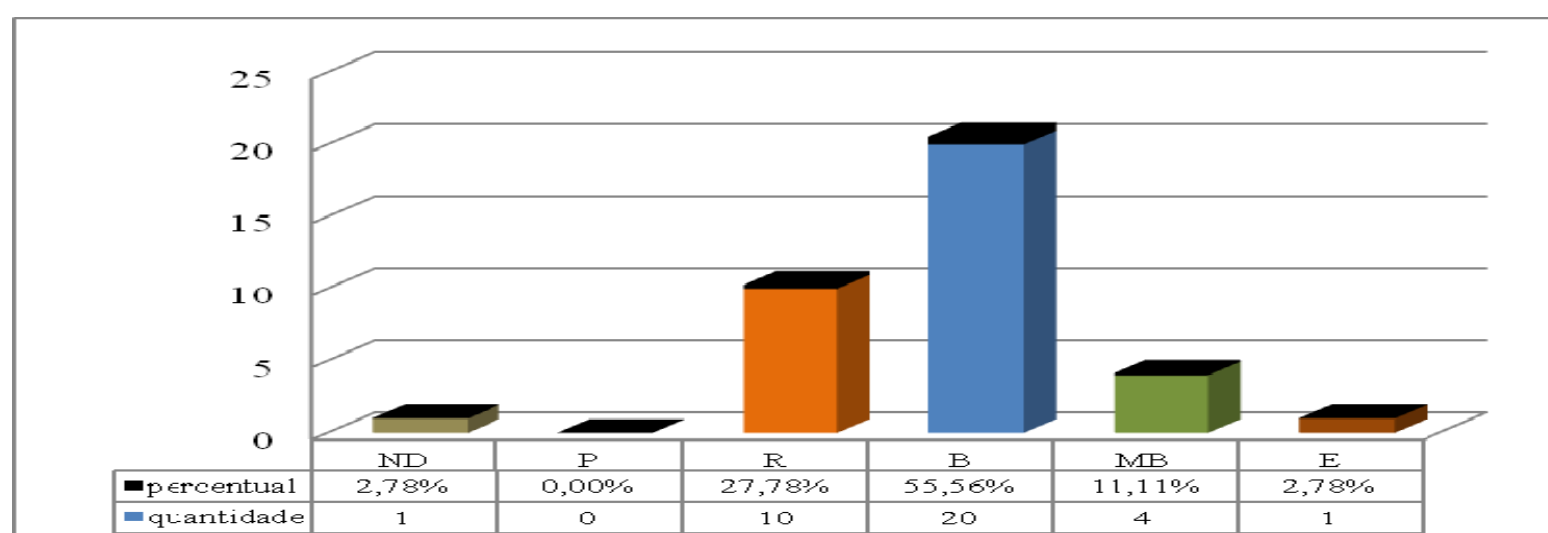
Figura 20: Qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC à comunidade (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Já em relação aos entrevistados que atuam na área administrativa, os dados observados na Figura 21 permitem notar que a qualidade dos serviços prestados pelo HU-UFSC à comunidade varia de regular a boa para cerca de 84% dos respondentes. Percebe-se que, no cruzamento das respostas das Figuras 20 e 21, a posição dos servidores administrativos é mais crítica sobre esta questão, principalmente por aproximadamente um terço destes profissionais sinalizarem esta qualidade como apenas regular.

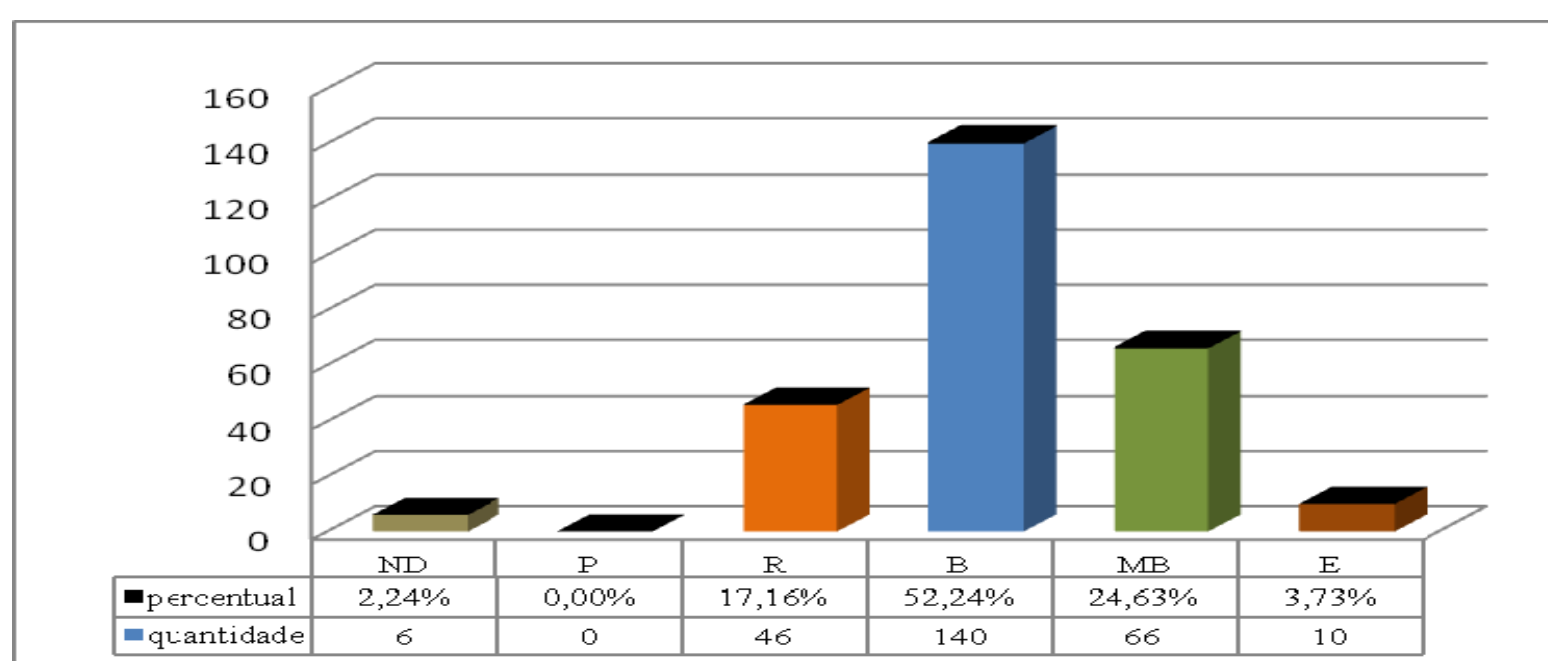
Figura 21: Qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade (servidores administrativos.).



Fonte: Dados primários (2012).

Por outro lado, no âmbito interpretativo de todos os respondentes, percebe-se que a qualidade dos serviços que o HU-UFSC presta à comunidade apresenta um conceito bem positivo, pois 80,6% dos respondentes classificou-a em bom, muito bom e excelente, sendo que destes, 55,56% opinaram pela alternativa bom, conforme pode-se observar na Figura 22.

Figura 22: Qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC à comunidade (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Sobre este aspecto, a opinião dos dirigentes de primeiro escalão

mereceu alguns destaques. O entrevistado *Epsilon* citou, por exemplo, os programas de qualidade 5S já trabalhados no HU-UFSC, e as sociedades que participam da qualidade, tais como: Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) e a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC), todas aplicadas às áreas de diagnóstico laboratorial deste hospital. Outros programas desenvolvidos nas esferas federal, estadual e municipal, segundo *Tau*, são: Sistema de Gestão de Saúde Pública, Programa Brasil Sorridente, Programa Farmácia Popular no Brasil, Programa Nacional de Combate à Dengue, Programa de Doação de Órgãos, Programa *Quali* SUS, Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), Programa Saúde da Família, Acreditação Hospitalar e Humanização, estando os quatro últimos em execução ou discussão no HU-UFSC. Já, o entrevistado *San* citou os programas de Acreditação da ONA, Joint Comissions, Consórcio Brasileiro de Acreditação, e a ISO, que é o certificado de qualidade do Hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC).

Por sua vez, o entrevistado *Kappa* mencionou programas de qualidade desenvolvidos em nível de governo federal, como o acolhimento com classificação de risco, política nacional de educação permanente no trabalho, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – (AGHU) e o programa nacional de humanização, que tem foco na qualidade dos serviços, desde a melhoria de atendimento até a melhoria de acesso. Este último converge com o que alertam Kluck e Prompt (2004, p. 69): a “qualidade assistencial é um conceito complexo e abrangente, que inclui desde a análise do acesso do indivíduo aos recursos assistenciais, do desempenho dos provedores e das instituições, do ponto de vista técnico e interpessoal e as atitudes dos pacientes e de seus familiares na participação deste processo”.

Em consonância com a opinião dos servidores a respeito da qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC à comunidade, visualizado na Figura 22, o entrevistado *Tau* mencionou que o HU “é considerado referência estadual pela sua qualidade no atendimento. Temos equipes de qualidade em especialidades de medicina, enfermagem, licitação, compras, sistemas de informática (AGHU), entre outros que têm reflexos positivos em todo o Estado”.

Outros aspectos que caracterizam qualidade no atendimento referendado ao HU-UFSC foram contemplados pelo entrevistado *Beta*, que sublinhou: “aqui no nosso hospital a humanização tem uma característica bastante forte”, referindo-se ao Programa Maternidade Segura, com enfoque para a segurança no atendimento e abordagem na

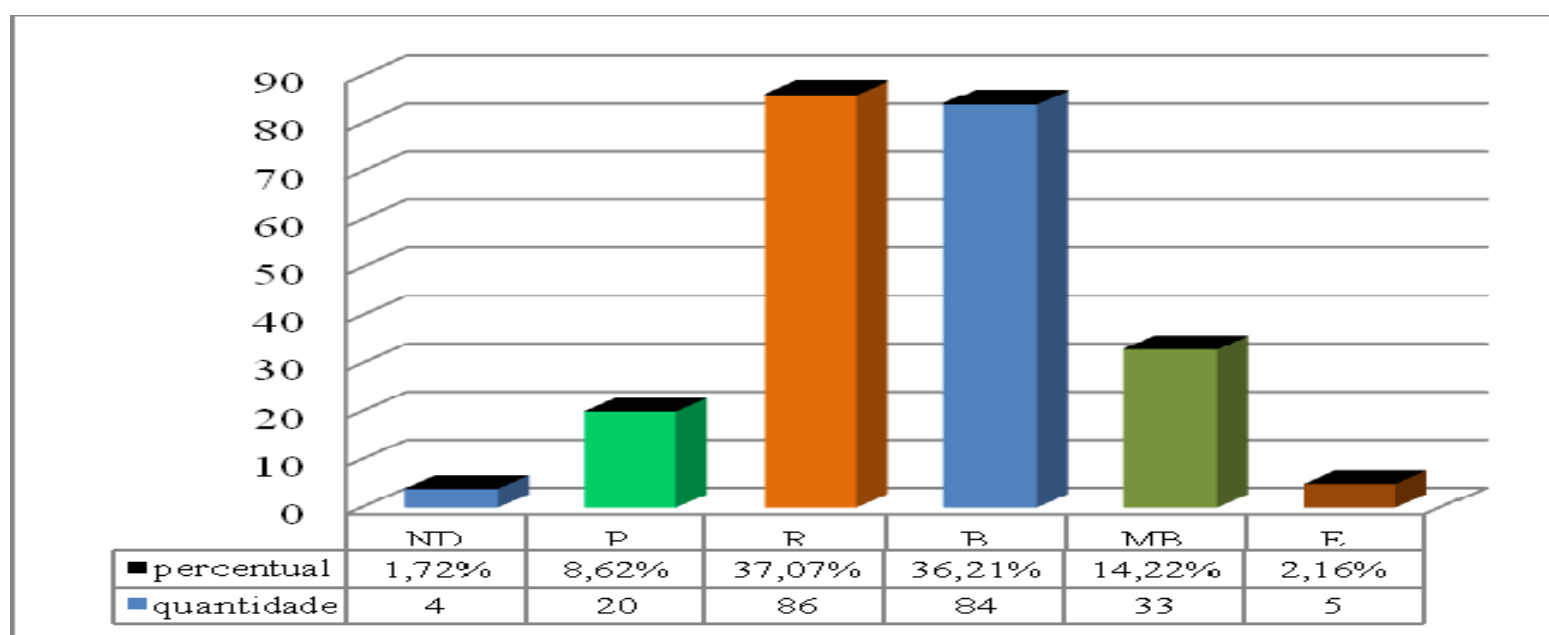
humanização da assistência. O pensamento de *Beta* converge com o que concebe Haddad (2004), quando afirma que a qualidade em saúde é composta não só pela competência técnica, mas também pela capacidade dos profissionais em interagir com o cliente, estando dessa maneira o conceito de qualidade relacionado à assistência humanizada.

Entretanto, a percepção acerca da qualidade assistencial do HU-UFSC não está formulada com base num diagnóstico obtido junto ao usuário, pois, como afirmou *Alfa*, não há no HU-UFSC “uma ação de diagnóstico, um questionário para a casa dos pacientes perguntando se foi tudo bem com seu atendimento”, não existindo, portanto, uma medição de qualidade efetiva no hospital como um todo. Estas palavras fortalecem o elo relevante do Endomarketing e da Cultura, e não se registra uma preocupação efetiva com a opinião do seu cliente. Complementa o entrevistado *Alfa*, salientando que o “HU peca por não possuir um setor voltado à qualidade, por não abrir um canal de comunicação com o cliente como uma caixa de sugestões ou o envio de questionários individuais avaliando a qualidade da assistência”.

Com o intuito de identificar a cultura do HU-UFSC, através dos preceitos preconizados pelo Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, averiguou-se junto aos servidores a opinião de como estão sendo contemplados alguns dos requisitos de padrão que atendem ao Nível 1, conforme Quadro 02 de certificação. As respostas podem ser visualizadas nas Figuras 23 a 49. É bom lembrar que os padrões preconizados pela Acreditação norteiam condutas e práticas que devem estar presentes nas atividades diárias das organizações prestadoras de serviços à saúde, permeando a cultura destas organizações e auxiliando os indivíduos a realizarem o que se espera deles. Até mesmo porque o padrão é definido pela autoridade competente, como o nível de desempenho aceitável numa organização, dentro de uma política de qualidade.

Sendo assim, a Figura 23 permite visualizar a opinião dos servidores que atuam na assistência direta ao cliente sobre a qualidade das máquinas, equipamentos e materiais disponibilizados à assistência hospitalar no HU-UFSC. Mais da metade dos respondentes, totalizando 73%, responderam de regular a bom no que concerne a este fator. Observa-se que, mesmo assim, 16% consideraram esse quesito muito bom ou excelente.

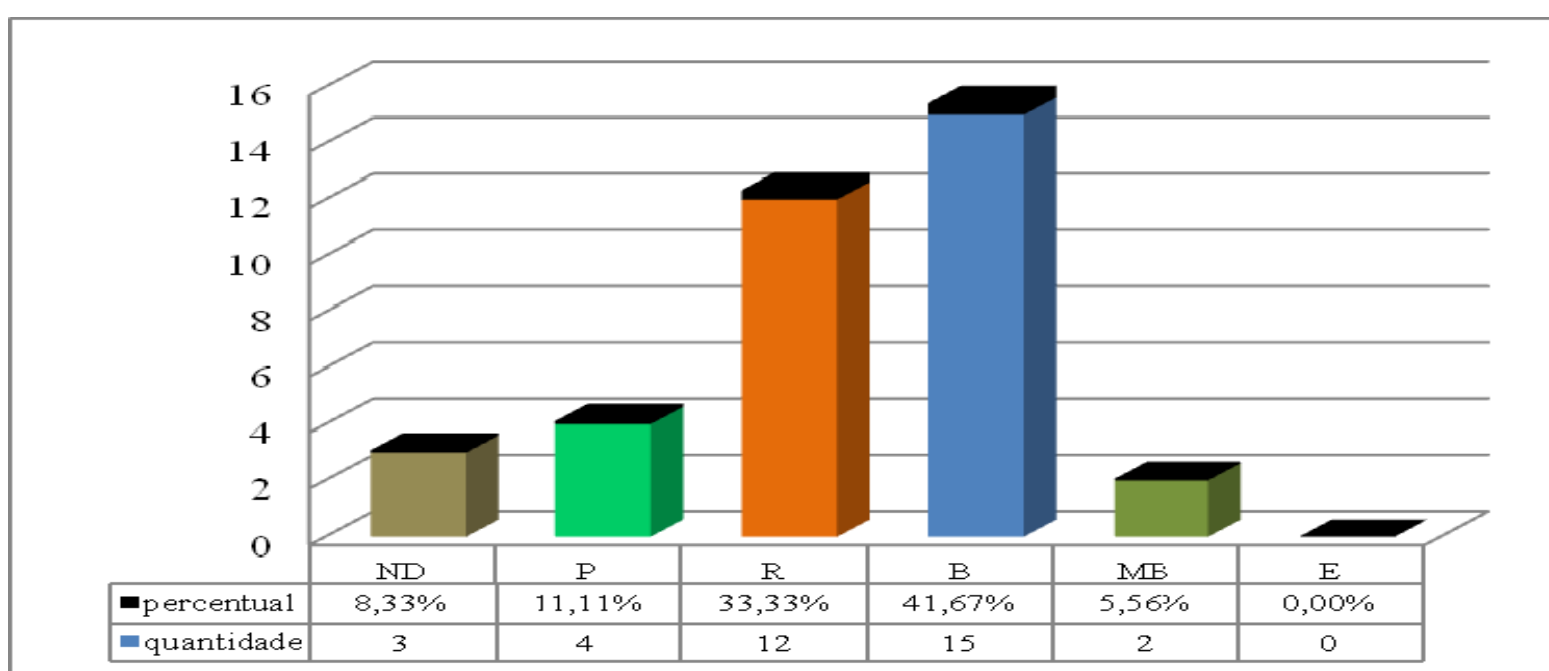
Figura 23: Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Para os servidores administrativos, a opinião sobre a qualidade das máquinas, equipamentos e materiais é mais crítica, pois mais de 74% avaliaram de regular a bom, sendo que 11% assinalaram péssimo. Somente 5% dos respondentes consideraram esse quesito muito bom, não havendo nenhuma opinião como excelente (Figura 24).

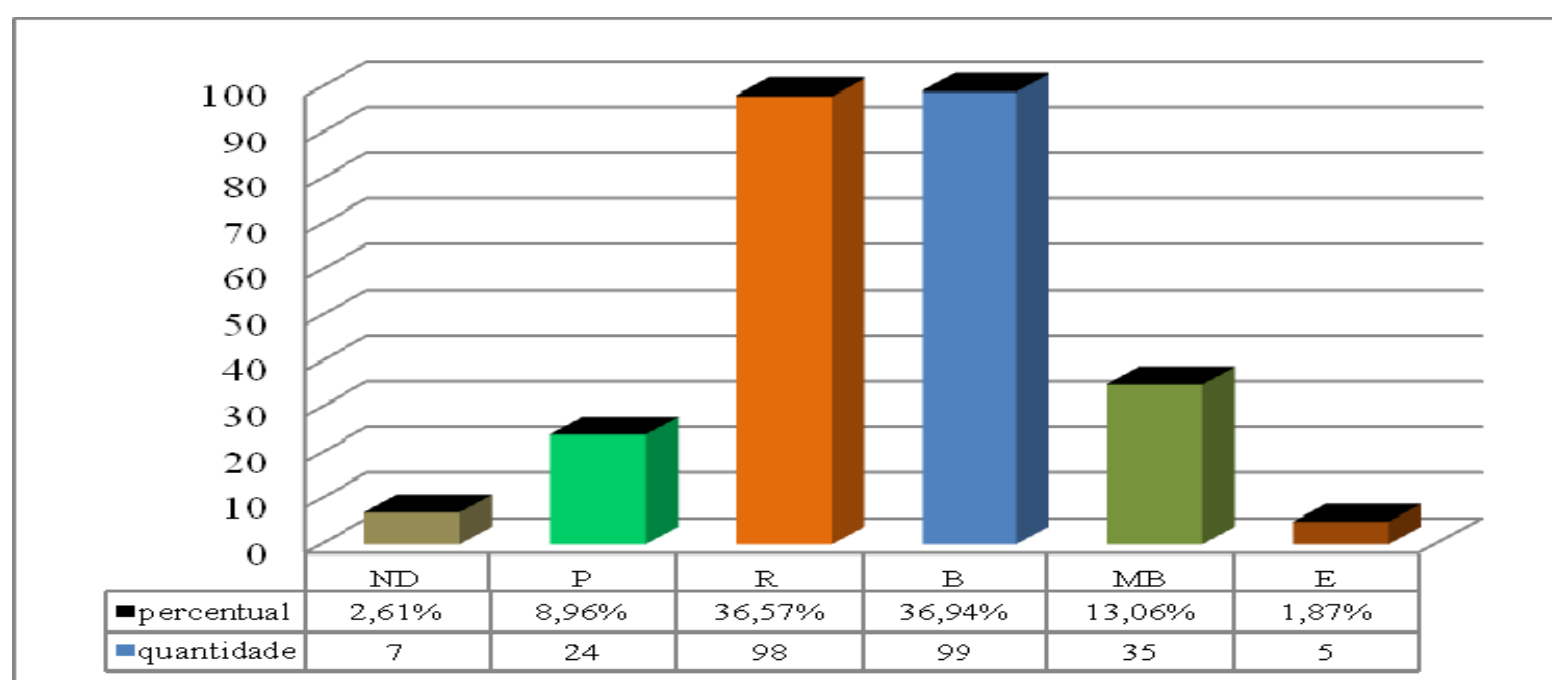
Figura 24: Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Percebe-se que no cruzamento das opiniões destes profissionais, visualizada na Figura 25, há a predominância de regular e bom, todavia para os administrativos, a avaliação das máquinas/equipamentos e materiais é mais crítica, conforme Figura 24. O enfoque interpretativo dos servidores quando se aglutinam as respostas dos dois grupos considerou que os procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC são bons, muito bons e excelentes para cerca de 51,87% dos entrevistados, porém uma parcela de 45,53% classificou como péssimo e regular. Percebe-se que, neste quesito, as opiniões entre os servidores que atuam no HU-UFSC estão bem divididas.

Figura 25: Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade de assistência hospitalar no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).

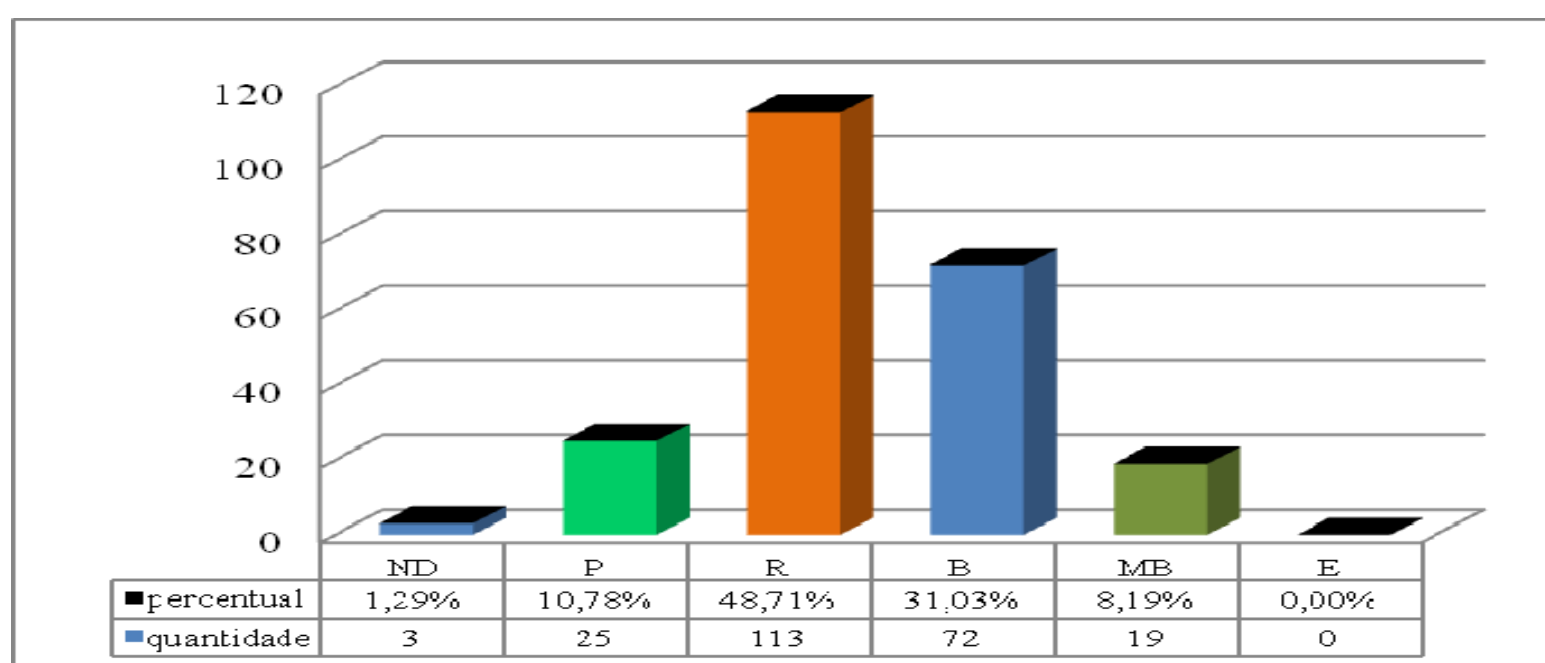


Fonte: Dados primários (2012).

É relevante lembrar ao leitor que, de fato, o Nível 1 de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde tem como padrão a garantia de requisitos formais técnicos e de estrutura, tais como: os recursos físicos, humanos, materiais, tecnológicos, financeiros, organizacionais e de segurança, respeitando o porte e perfil da organização de saúde (ONA, 2010). Segundo o que respondeu o entrevistado *San*, nos serviços de diagnóstico complementar, a questão da inovação tecnológica é bastante evidente. Em suas palavras, “tudo o que é equipamento de ponta a gente busca, através dos comodatos”.

Outros componentes relevantes para a obtenção da Acreditação hospitalar Nível 1 são as condições operacionais e de infraestrutura. Em relação a estes componentes, a Figura 26 mostra a opinião dos servidores que atuam nas áreas de assistência ao cliente sobre estas condições disponibilizadas no HU-UFSC. Percebe-se que a maioria dos respondentes considerou esses quesitos regular e bom (79%), e uma pequena parcela classificou como péssimo (10%). Vê-se que 8% dos respondentes consideraram muito bom.

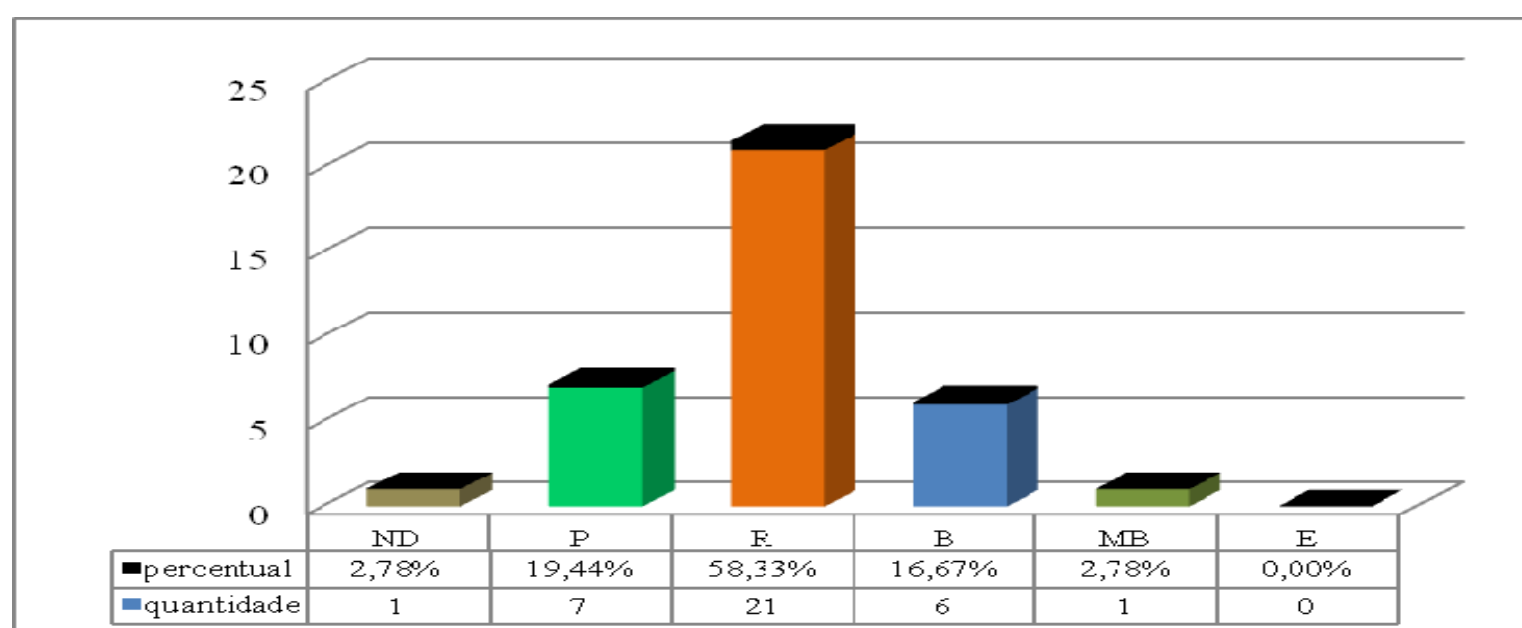
Figura 26: Condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, mais de 77% dos servidores que atuam na área administrativa do HU-UFSC consideraram regular as condições operacionais e de infraestrutura, e somente 16% afirmaram que este quesito é bom (Figura 27). Observe-se que no cruzamento das Figuras 26 e 27, os servidores administrativos apresentam um conceito insatisfatório deste quesito, uma vez que mais de 55% avaliaram como péssimo e regular.

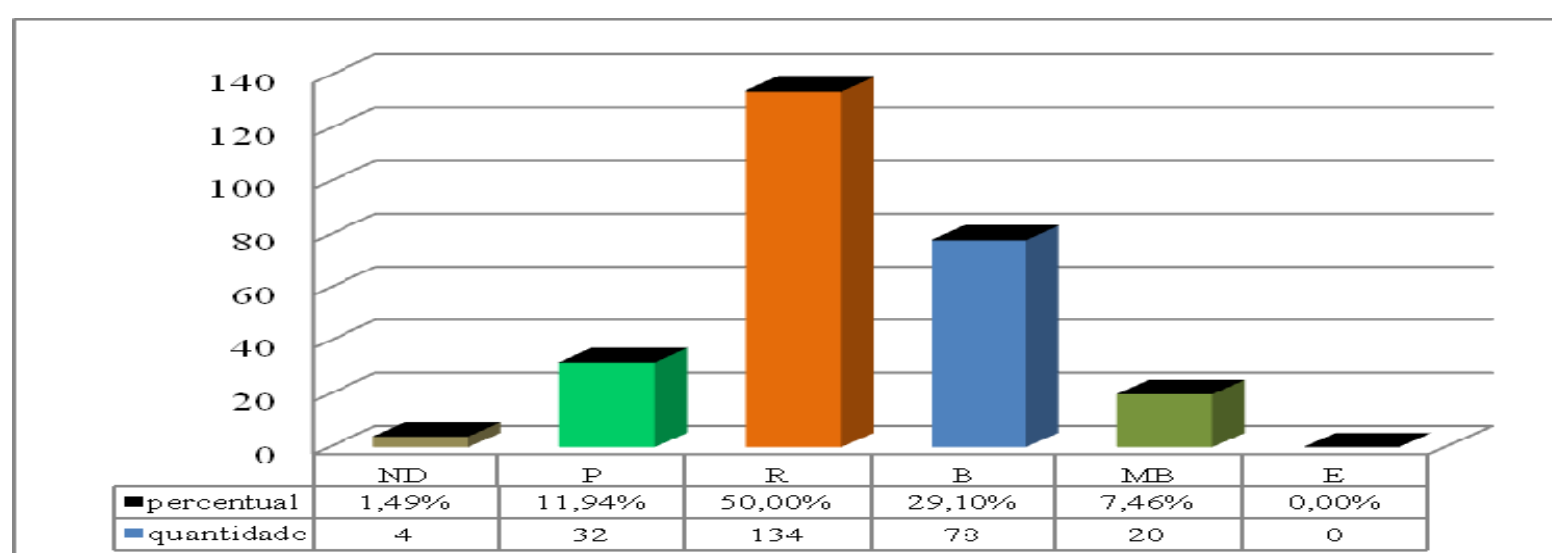
Figura 27: Condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

No âmbito geral, os servidores sinalizaram que as condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC foram consideradas de péssimo a regular para cerca de 61%, e somente 36,56% consideraram boa e muito boa (Figura 28).

Figura 28: Condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

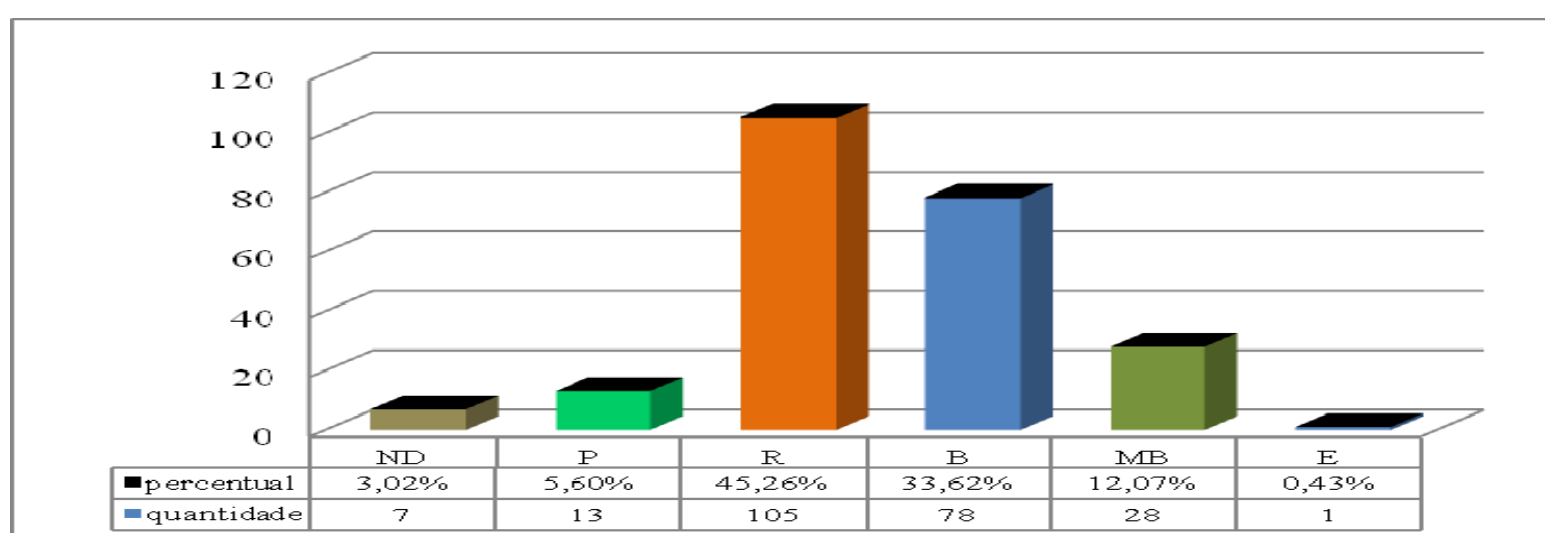
Aproximando-se da ótica dos servidores a respeito das condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC (Figura

28), convém citar as palavras do entrevistado *Epsilon*, que afirmou: a Acreditação Hospitalar “melhora a qualidade da assistência, também a segurança do usuário, capacita melhor nossos funcionários porque a acreditação passa muito por uma educação continuada e, também, eu acho uma coisa fundamental, porque o Nível 1, além de segurança, trata muito com infraestrutura, e eu vejo como uma de nossas dificuldades a infraestrutura (...)”.

Por outro lado, na ótica de *Tau*, com as reformas de infraestrutura e equipamentos que estão acontecendo por conta da verba destinada pelo REHUF, e com a continuidade por parte do Ministério da Educação deste programa, o HU-UFSC terá plenas condições de atingir o Nível 1 em 2014 ou 2015, contemplando, desta forma, a insatisfação percebida nas respostas junto aos servidores, mostradas na Figura 28.

Os critérios e procedimentos de segurança hospitalar são o somatório das ações da equipe que atua nos serviços de assistência ao cliente, bem como dos servidores administrativos. Por estas razões, são cruciais a Acreditação hospitalar Nível 1, tendo-se obtido as seguintes posições. A Figura 29 mostra a opinião que os servidores que atuam na assistência ao cliente tem a respeito dos procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC, podendo-se observar que mais de 75% consideraram regular e bom, sendo que somente uma pequena parcela de 12% achou esse quesito muito bom.

Figura 29: Critérios e procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

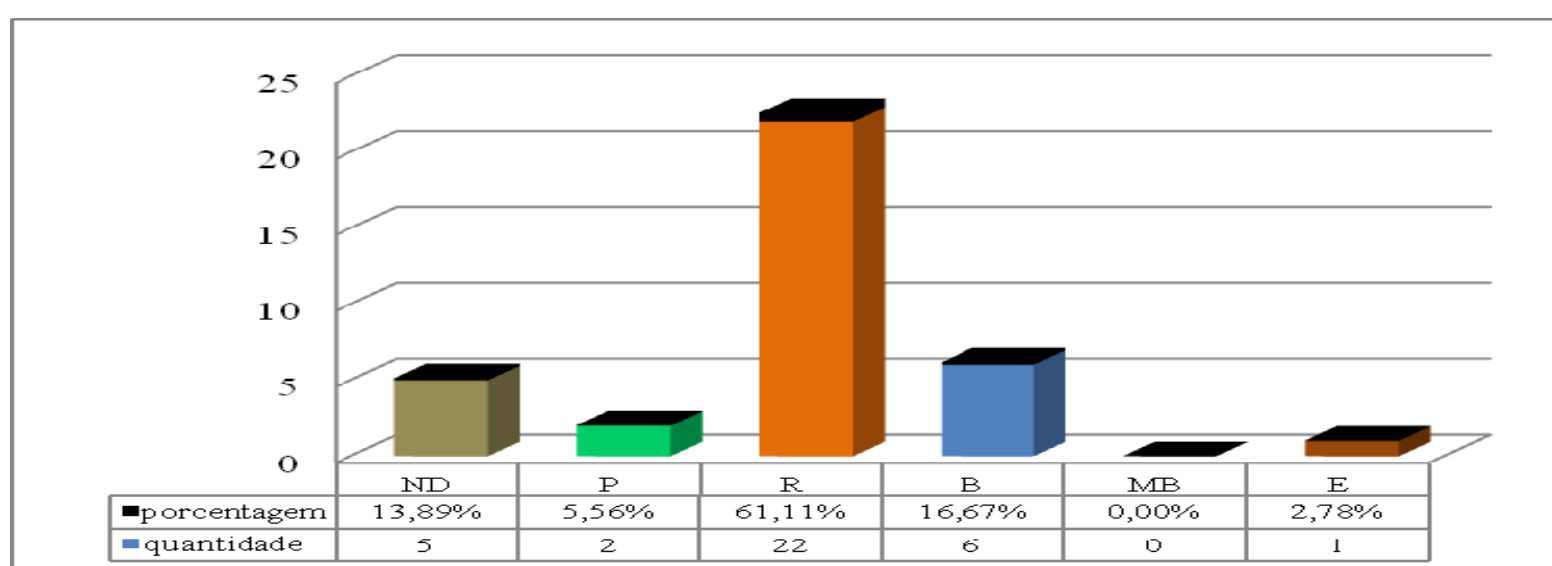


Fonte: Dados primários (2012).

De modo semelhante, os procedimentos de segurança hospitalar foram classificados pelos servidores que atuam nas áreas administrativas

do HU-UFSC como regular em 61%, e bom em 16,67%, havendo uma parcela de 13% que optou por não se manifestar a esse respeito. Observe-se que, ao cruzar as opiniões destes dois grupos de profissionais, percebe-se que mais da metade dos respondentes da área administrativa considerou regular, não havendo nenhuma classificação de muito bom (Figura 30).

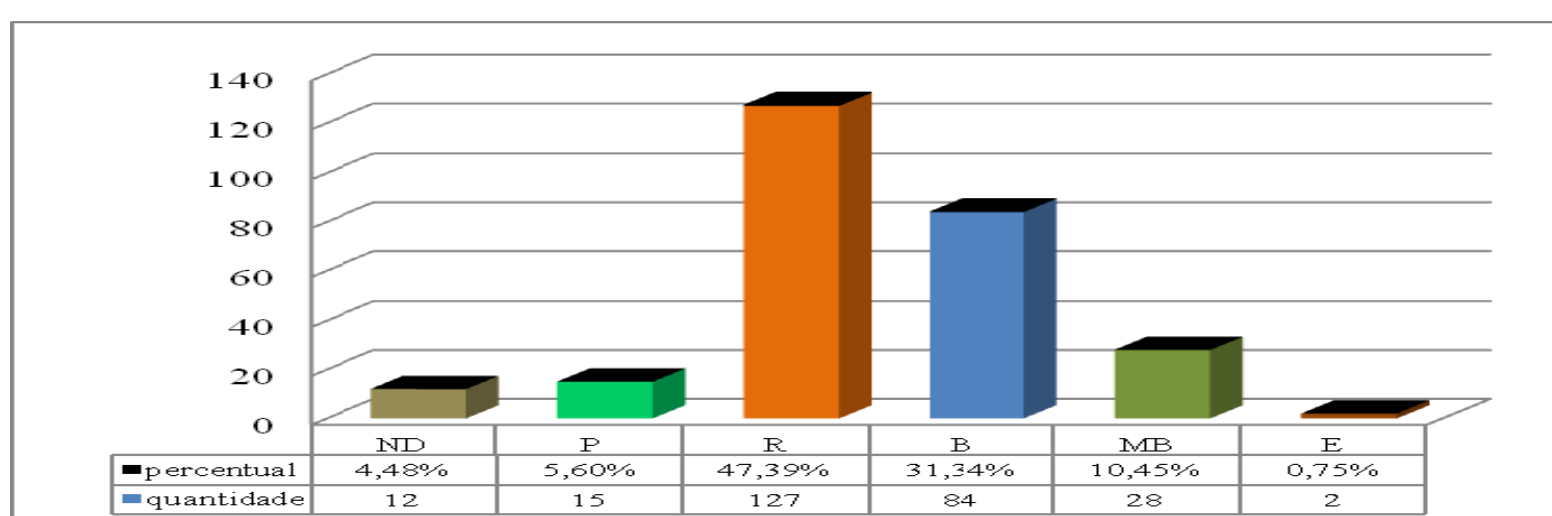
Figura 30: Critérios e procedimento de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, quando se acumulam as respostas, fica perceptível que os critérios de segurança hospitalar foram classificados em péssimo e regular para mais de 50% dos respondentes. Já cerca de 41% consideraram bom e muito bom esse quesito (Figura 31).

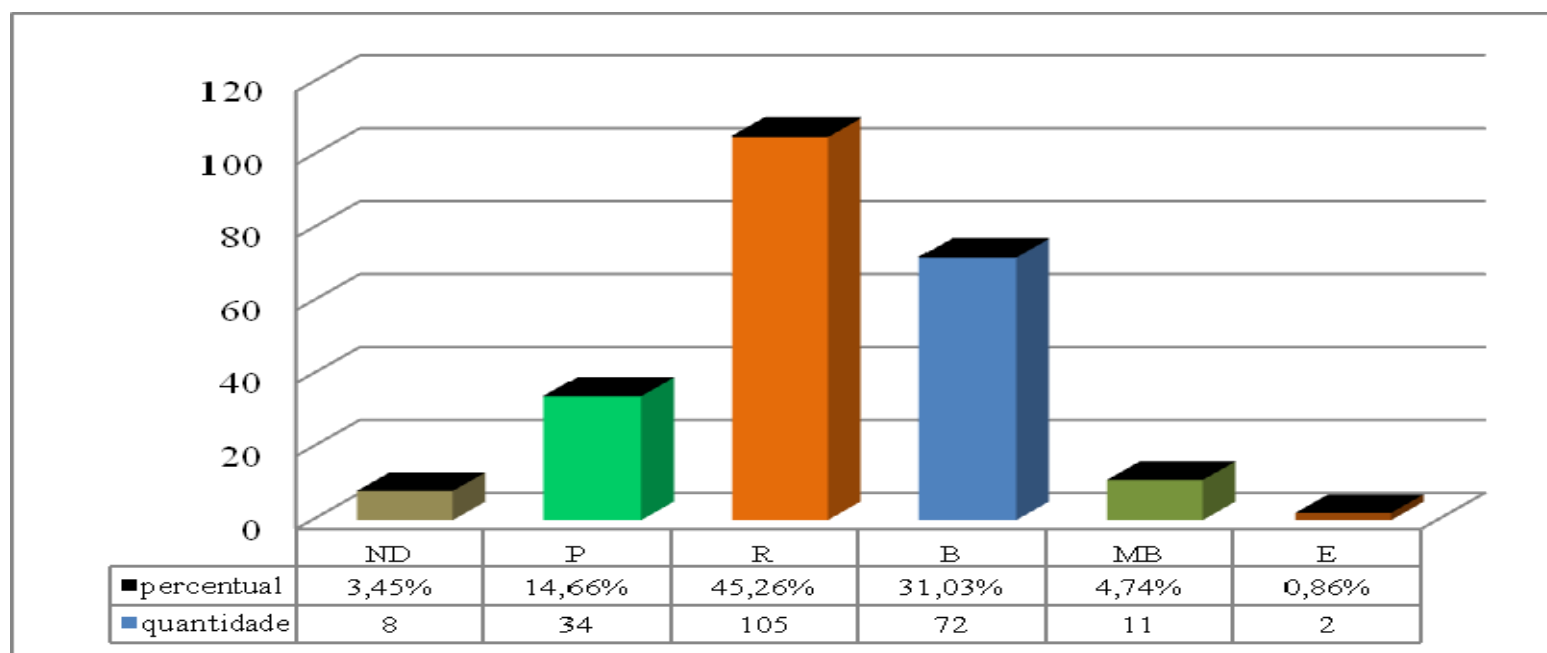
Figura 31: Critérios e procedimento de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

As organizações prestadoras de serviços de saúde acreditadas são aquelas que facilitam o acesso dos seus serviços aos clientes, quer exclusivamente por convênios, quer pela assistência pública e gratuita como os HUs. Sobre esta questão, para os servidores da área de assistência direta ao cliente, o acesso aos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC foi considerado por mais de 75% dos respondentes como regular ou bom, sendo que 45% responderam regular. As opiniões positivas a este respeito foram mínimas, em torno de 5% que optaram por muito boa e excelente. Destaca-se o fato de 14,66% respondentes classificarem como péssimo (Figura 32).

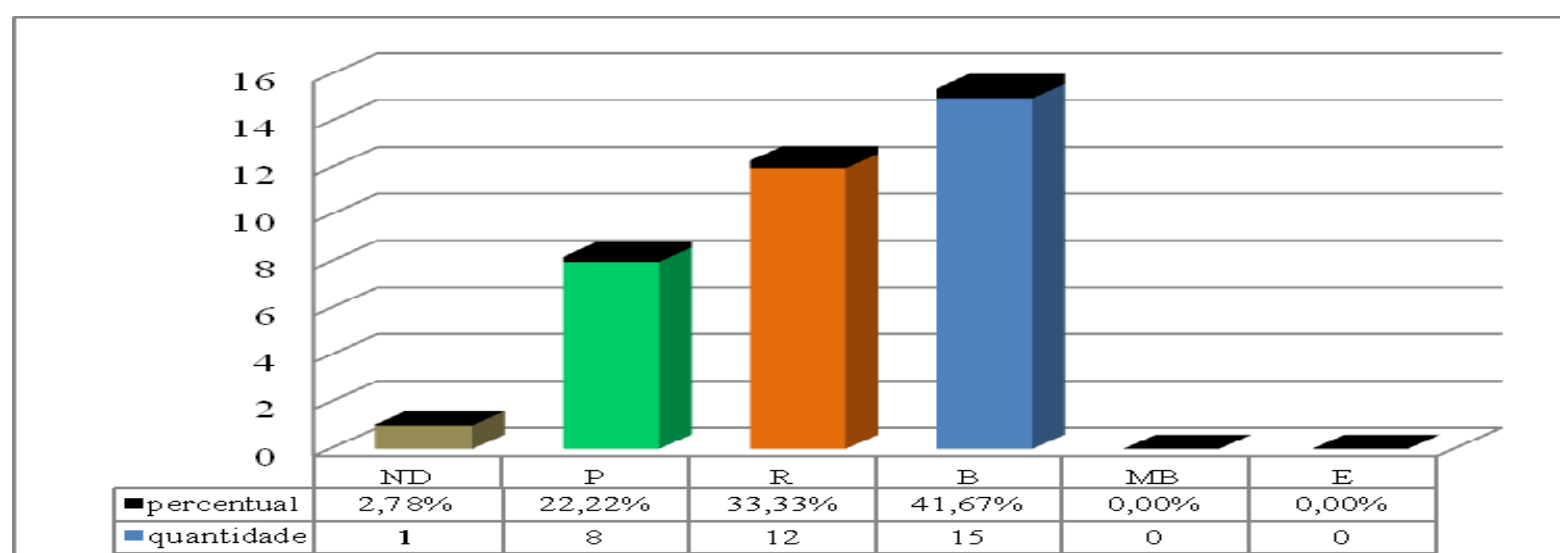
Figura 32: Acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, entre os servidores das áreas administrativas do HU-UFSC, acima de 95% consideraram este quesito péssimo, regular e bom, porém um terço das opiniões é de que o acesso aos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC é bom (Figura 33). Percebe-se que ao cruzarmos os dados das Figuras 32 e 33, entre o grupo de profissionais administrativos não há opiniões de que este quesito seja muito bom ou excelente, diferente da opinião dos profissionais que atuam na assistência direta ao cliente.

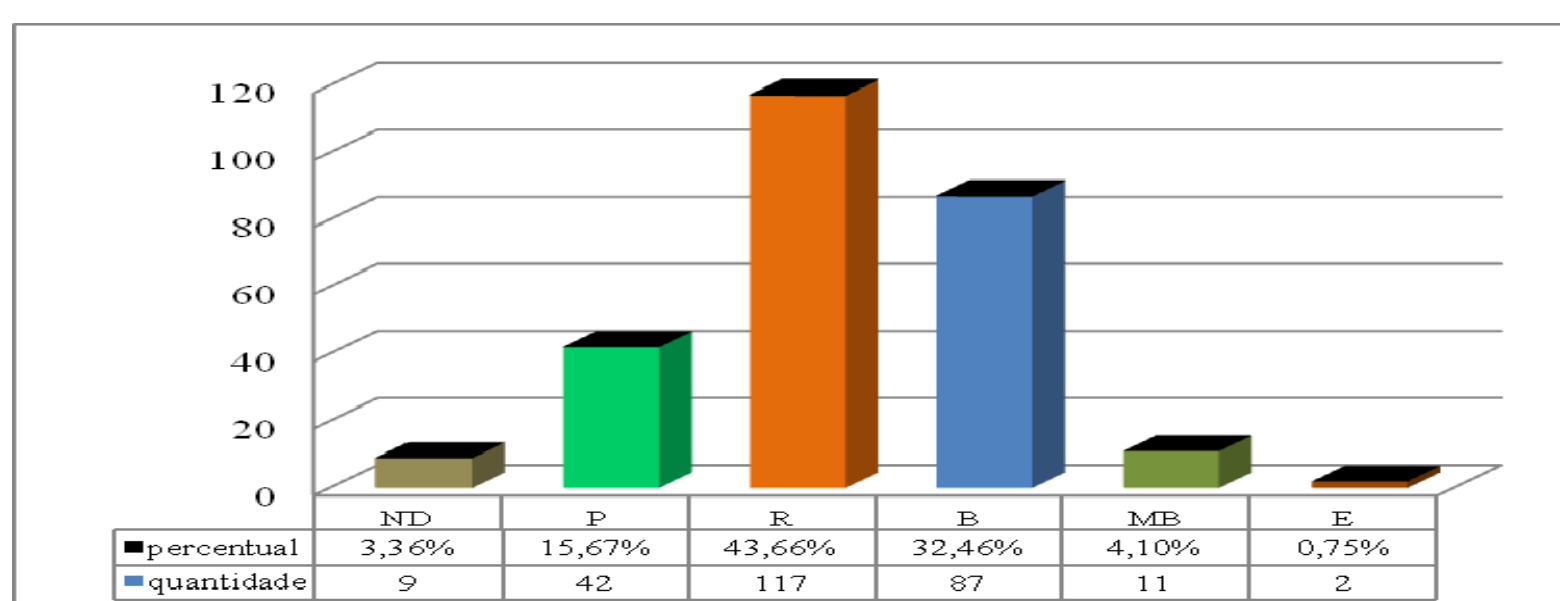
Figura 33: Acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Ao observar a opinião dos respondentes, percebe-se que os servidores do HU-UFSC têm uma percepção negativa a respeito deste quesito, pois como mostra a Figura 34, mais de 58% consideraram péssimo e regular o acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC. Porém, 36% classificaram este aspecto como bom e muito bom.

Figura 34: Acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e servidores administrativos).



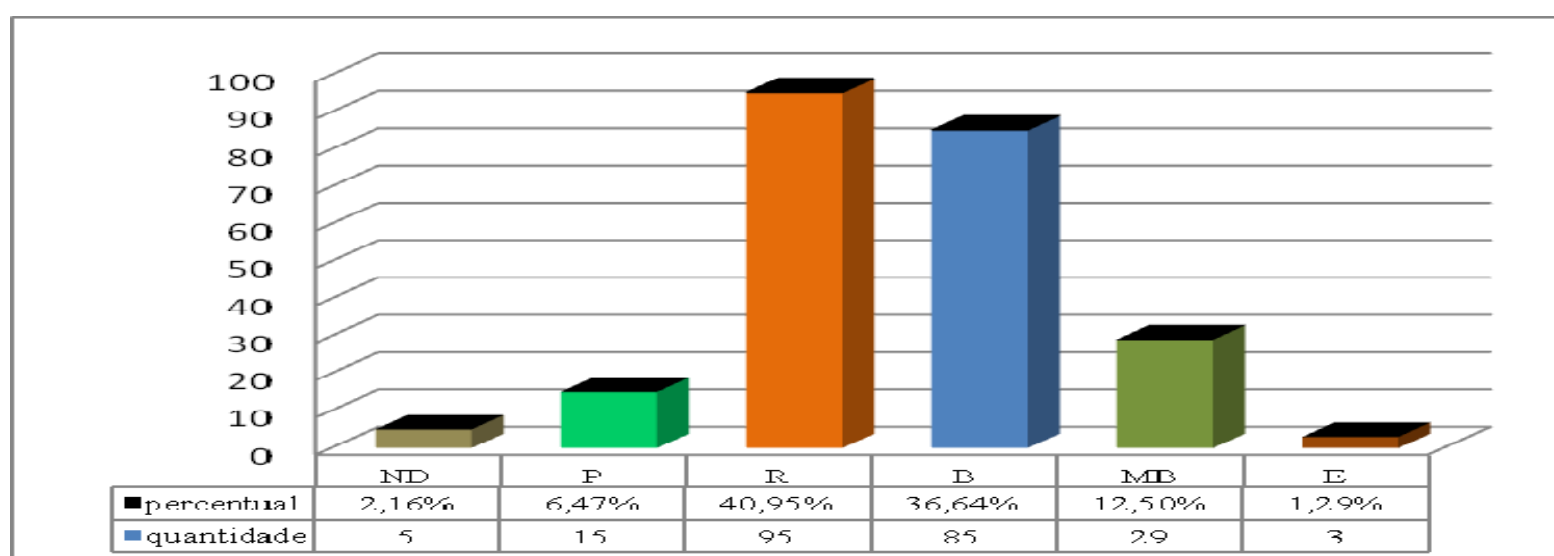
Fonte: Dados primários (2012).

Atualmente, o acesso aos serviços disponibilizados no HU-UFSC

está atrelado ao Sistema de Regulação Hospitalar (SISREGH), que é o sistema estadual que regula o agendamento de consultas e exames no hospital. Neste contexto, convergindo com o pensamento dos servidores a respeito do acesso aos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC, o entrevistado *San* salientou que o SISREGH tem sido tratado como um tabu, referindo-se à vontade de alguns profissionais da área da saúde em trazer as agendas de consultas e retornos para o HU-UFSC, alegando a dificuldade de o paciente retornar a ser atendido pelo mesmo profissional que o atendeu na primeira vez. Em sua opinião, esse é um problema que precisa ser resolvido com os gestores estaduais e municipais. Reforçando as palavras de *San*, o entrevistado *Etá* alertou que há muito a melhorar, principalmente no que diz respeito à rede de atendimento do SUS, cuja dificuldade está na falta de diálogo entre gestores de saúde municipais, estaduais e federais, havendo lacunas na formação de um sistema de saúde à população. Todavia, o entrevistado *San* realçou que, por se tratar de uma organização pública, no HU-UFSC há o mito de que “serviço público não tem qualidade, que tem muita fila, na verdade, a gente tem fila para algumas especialidades, mas a gente tem muita coisa que já foi resolvida e tem muita coisa que funciona”. Ele destacou que o SISREGH, implantado pioneiramente no Município de Florianópolis (SC) e que regula a marcação ou agendamento de consultas, fez diminuir as filas na busca de atendimento ambulatorial.

O suporte técnico é uma das fontes à Acreditação hospitalar Nível 1. Ele permite aos servidores atender seus clientes com eficácia e tem suas atividades operadas pelas ferramentas necessárias ao sucesso em suas atividades profissionais. Sobre este aspecto, pode-se verificar, na Figura 35, que na ótica dos servidores que atuam na assistência direta ao cliente, predominaram as percepções regular e bom, sendo que mais de 75% dos respondentes assinalaram tais alternativas. Deste percentual, mais de 40% indicaram regular.

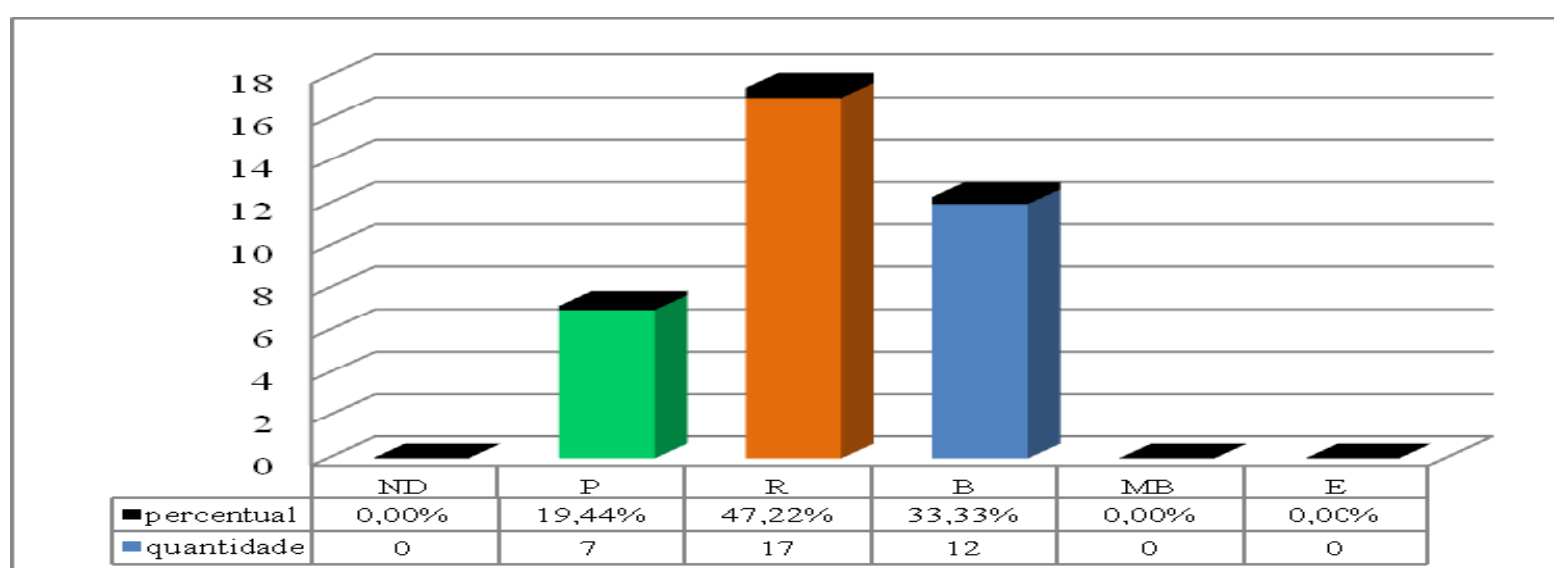
Figura 35: Suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, é possível observar, ao analisar a Figura 36, que entre os servidores administrativos, há unanimidade de 100% que responderam entre péssimo, regular e bom. Ao cruzar as opiniões destes dois grupos de profissionais, observa-se uma posição mais crítica deste quesito por parte dos servidores administrativos em relação aos servidores da assistência direta ao cliente.

Figura 36: Suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).

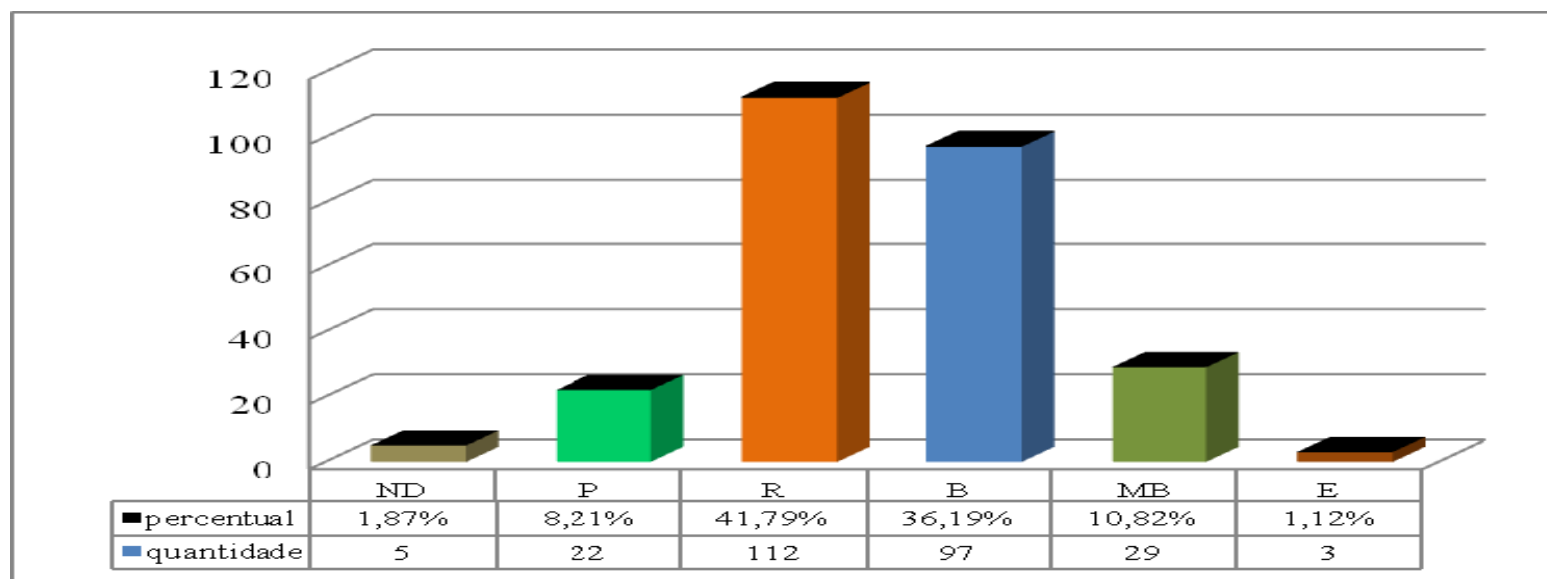


Fonte: Dados primários (2012).

Na opinião dos servidores a respeito do suporte técnico na sua área de atuação, houve a predominância de regular e bom em 77%,

sendo que 41% afirmou ser regular. Observe-se que 11,94% afirmaram ser muito bom e excelente, e 8,21% classificaram como péssimo este quesito (Figura 37).

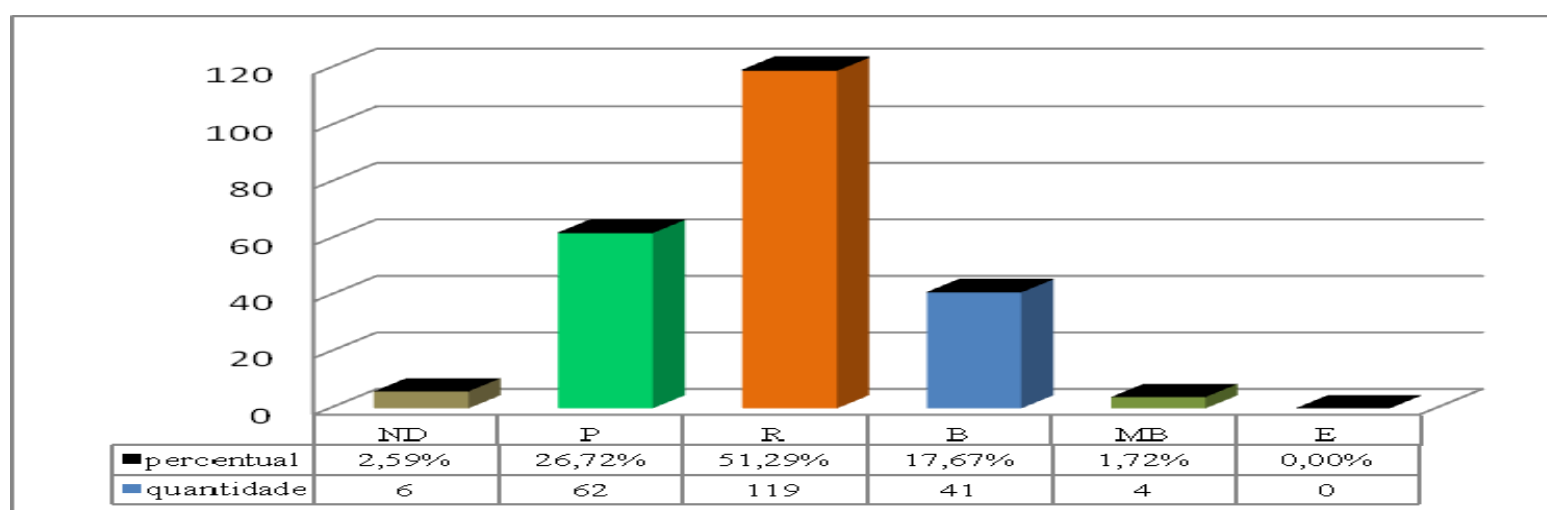
Figura 37: Suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

As condições físicas das organizações prestadoras de serviços de saúde é essencial à Acreditação hospitalar Nível 1. Na interpretação dos servidores que prestam assistência direta aos clientes no HU-UFSC, a manutenção preventiva e corretiva é de regular a péssimo para mais de 75% dos respondentes. Observa-se que menos de 20% assinalaram as alternativas bom ou muito bom, conforme se pode verificar na Figura 38. Estes dados são preocupantes e requerem medidas urgentes.

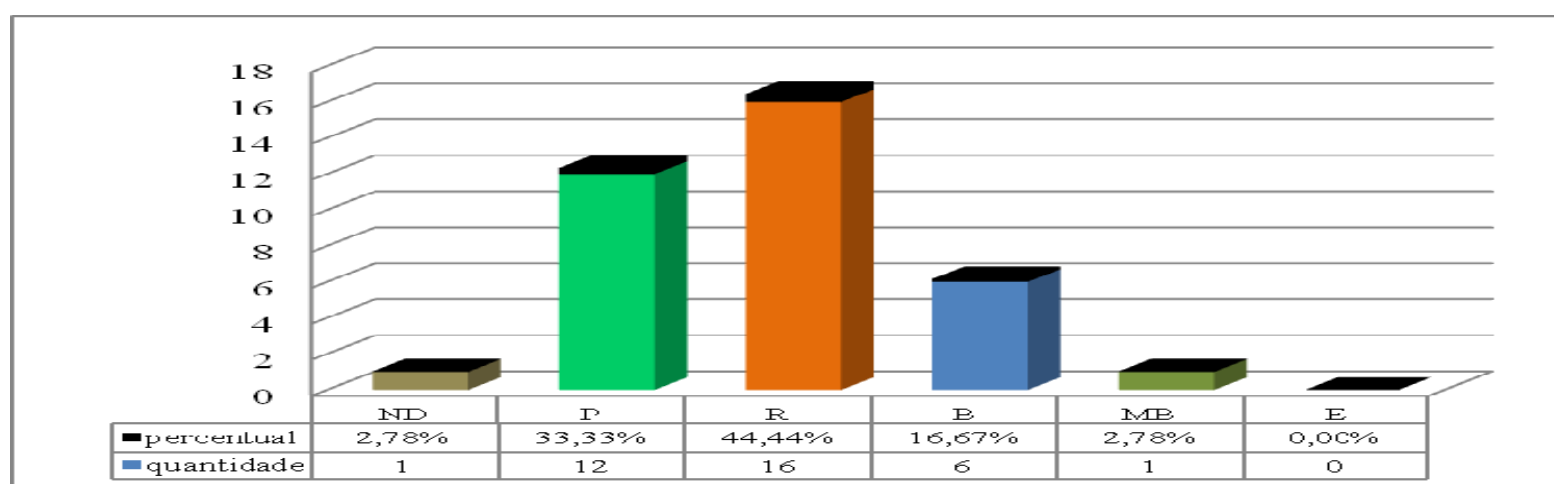
Figura 38: Manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Entre os servidores das áreas administrativas, 44% consideraram este quesito regular, e 33%, péssimo. Uma pequena parcela, de aproximadamente 20%, considerou bom e muito bom (Figura 39). Em análise das Figuras 38 e 39, pode-se observar que as opiniões são bem próximas entre estes dois grupos de profissionais, sublinhando o fato de que, em ambos, cerca de 2% não quiseram opinar a respeito do assunto.

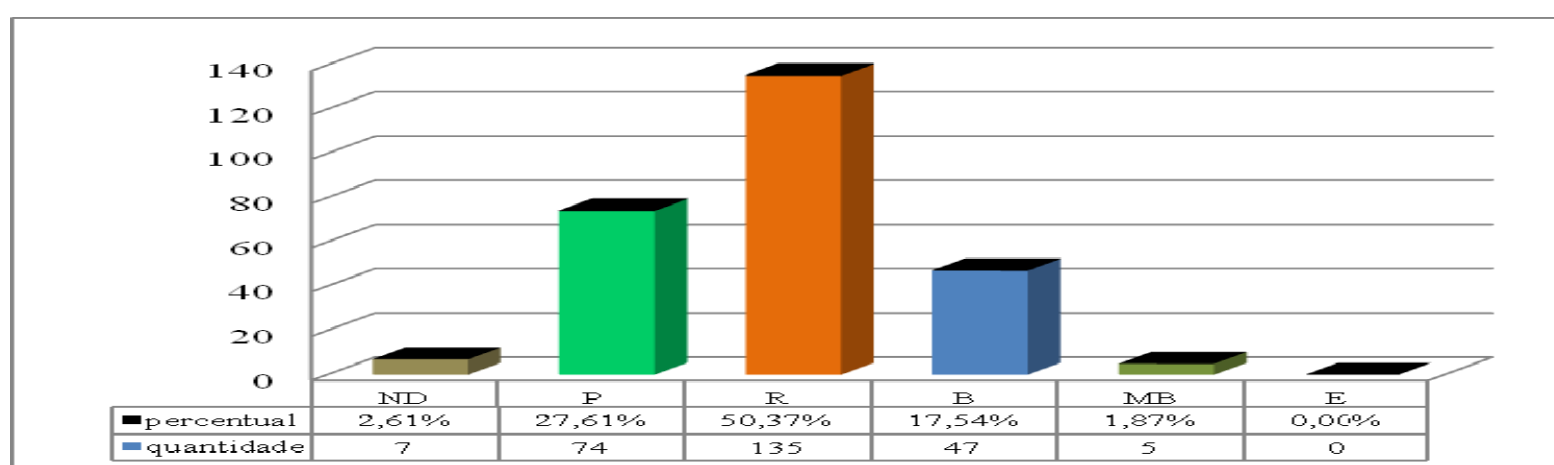
Figura 39: Manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A aglutinação dos dados permite visualizar na Figura 40 que este é um fator que merece atenção, visto que para a maioria dos servidores foi considerado péssimo e regular (77,98%), sendo que uma parcela pequena de cerca de 18% opinou como bom e muito bom, não havendo nenhuma opinião que considerou excelente.

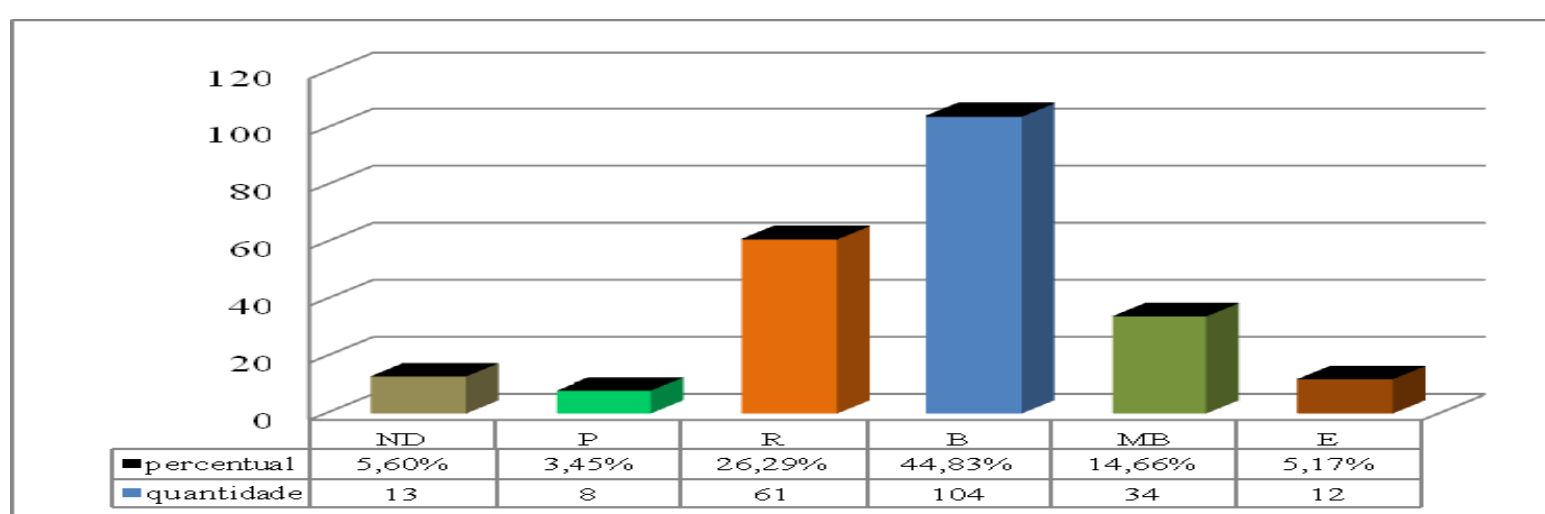
Figura 40: Manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Outro fator crucial à Acreditação e para a vida hospitalar está associado aos cuidados necessários e indispensáveis na prevenção e controle de infecções. Por esta razão, indagou-se aos servidores sobre suas opiniões a respeito desta questão, e as respostas são apresentadas nas Figuras 41, 42, e compiladas na 43. A Figura 41 mostra que, ao serem indagados em relação aos cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC, mais de 58% dos respondente da área de assistência direta ao cliente avaliaram como bom e muito bom e 5% consideraram excelente. Observe-se que apesar de mais de 60% ter uma opinião positiva a respeito deste quesito, aproximadamente 30% ainda consideraram péssimo e regular.

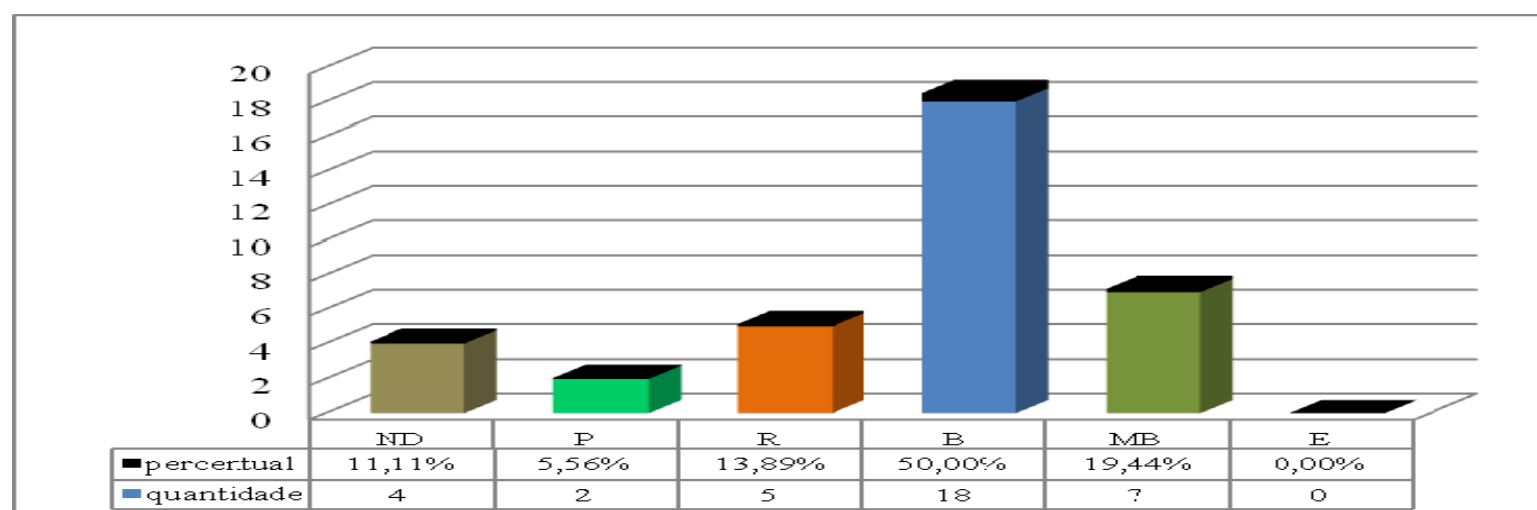
Figura 41: Cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Já na opinião de 70% dos servidores da área administrativa, este quesito foi considerado bom e muito bom, sendo que cerca de 19% classificaram como péssimo e regular. Cabe ressaltar que 11% preferiram não se manifestar sobre o assunto (Figura 42). Ao cruzar os dados das Figuras 41 e 42, verifica-se que os servidores das áreas de assistência direta ao cliente possuem uma opinião mais crítica em relação a dos profissionais que atuam nas áreas administrativas, pois como se pode perceber, mais de 30% assinalaram como péssimo e regular este tipo de prevenção.

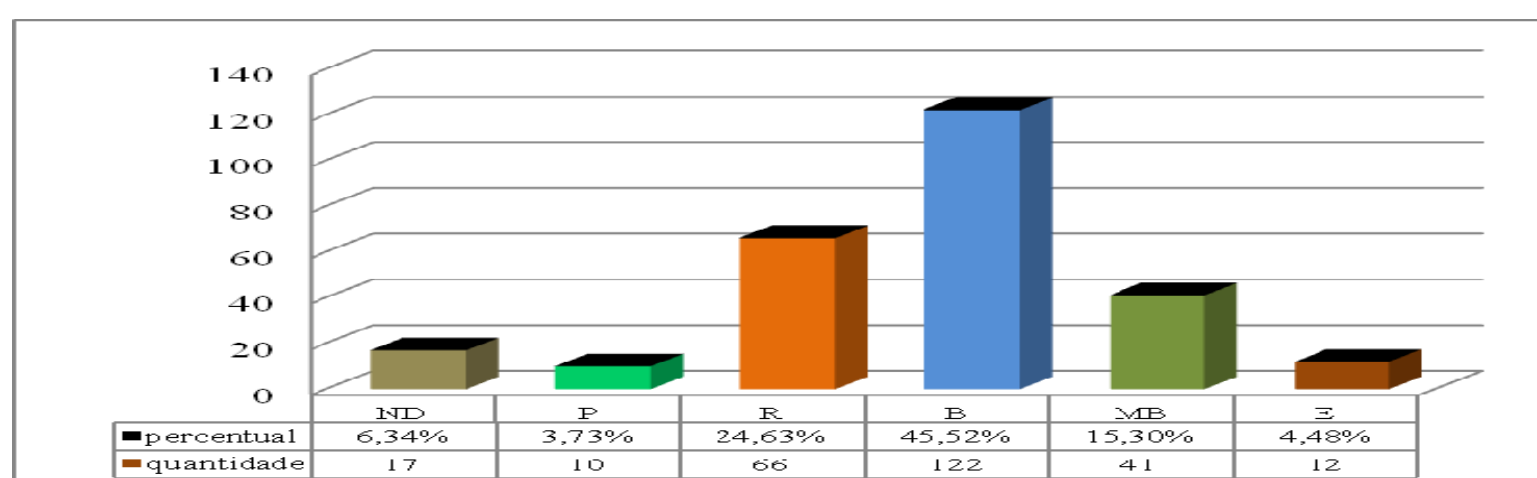
Figura 42: Cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

De um modo geral, ao se juntar as opiniões dos dois grupos de profissionais, percebe-se que a maioria assinalou bom, muito bom e excelente quando avaliou a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC. Ainda assim, mais de 27% assinalaram as alternativas péssimo e regular (Figura 43).

Figura 43: Cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).

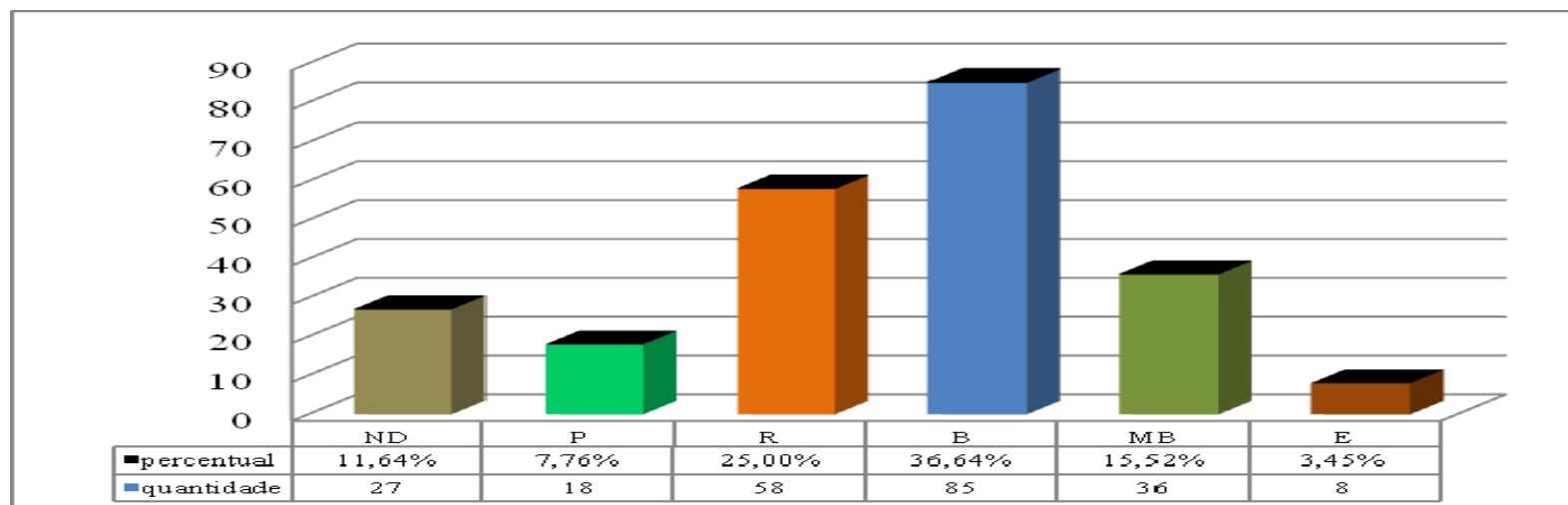


Fonte: Dados primários (2012).

Acompanhando o raciocínio da questão anterior, viu-se por bem entender a posição dos servidores sobre os cuidados com os resíduos hospitalares do HU-UFSC. A Figura 44 permite observar a opinião dos servidores que atuam nas áreas de assistência ao cliente em relação aos cuidados com o lixo hospitalar no HU-UFSC, sendo que acima de 50% consideraram bom e muito bom este quesito, e mais de 30% acharam péssimo e regular. Registra-se que 11% destes profissionais não

quiseram opinar.

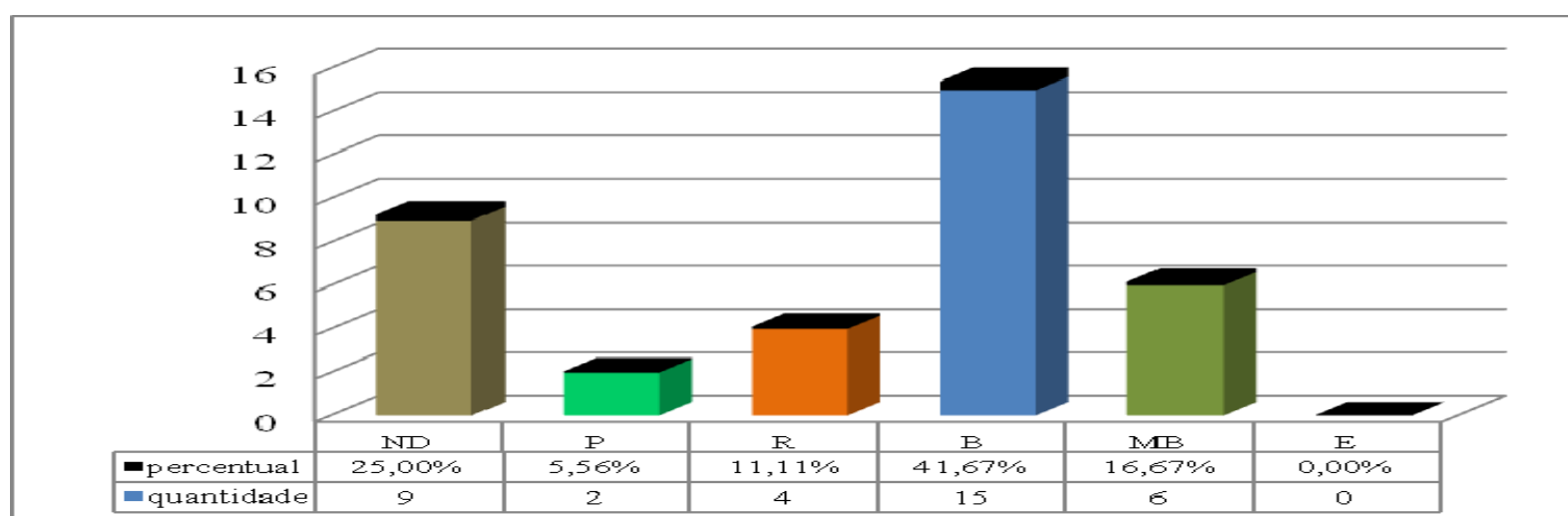
Figura 44: Cuidado com os resíduos hospitalares gerados no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, os entrevistados que atuam nas áreas administrativas assinalaram como sendo bom e muito bom os cuidados com o lixo hospitalar no HU-UFSC, perfazendo cerca de 57% das respostas. Observa-se que uma pequena parcela de 16% considerou esse quesito péssimo e regular, e que 25% dos entrevistados optaram por não se manifestar em relação ao assunto (Figura 45). Em análise das Figuras 44 e 45, percebe-se que, na ótica dos servidores administrativos, há uma satisfação maior com o tratamento do lixo hospitalar no HU-UFSC em comparação com a opinião dos servidores da assistência ao cliente, uma vez que em torno de 32% classificaram como péssimo e regular.

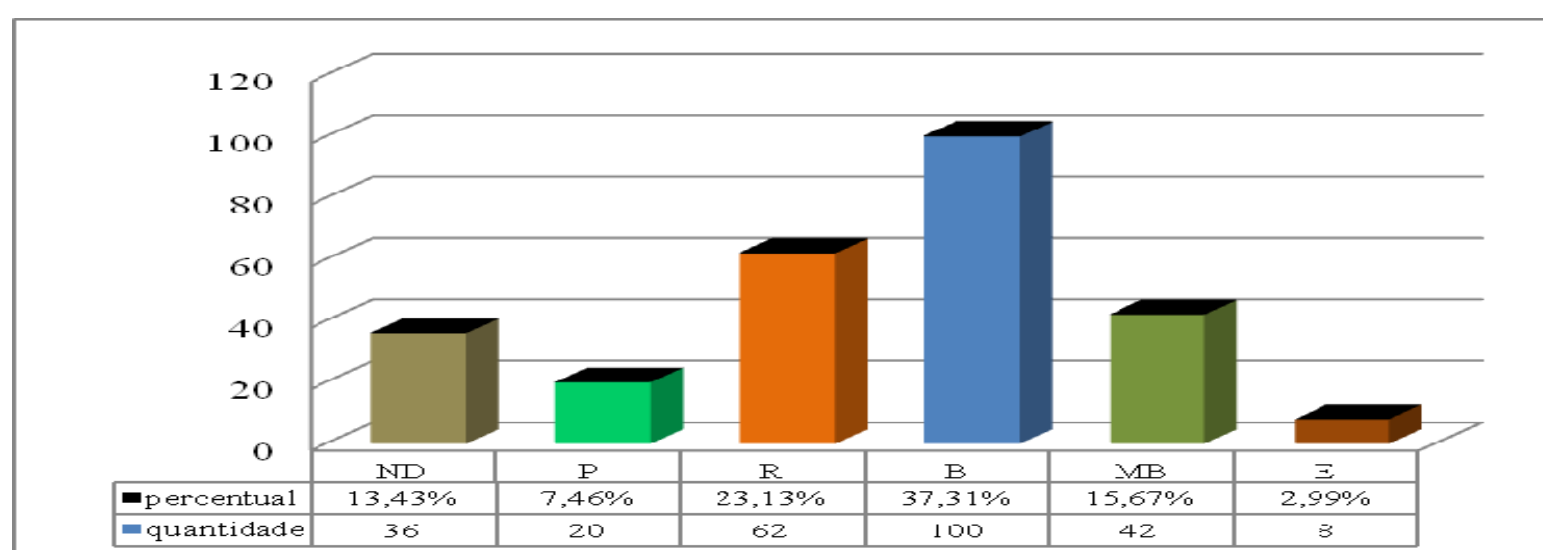
Figura 45: Cuidado com os resíduos hospitalares gerados no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Ao observar a Figura 46, pode-se perceber que, na percepção de 52,98% dos respondentes, o HU-UFSC tem um cuidado bom e muito bom com os resíduos hospitalares, todavia, cerca de 30% responderam péssimo e regular. Dos entrevistados, 43% preferiram não se manifestar a respeito do assunto.

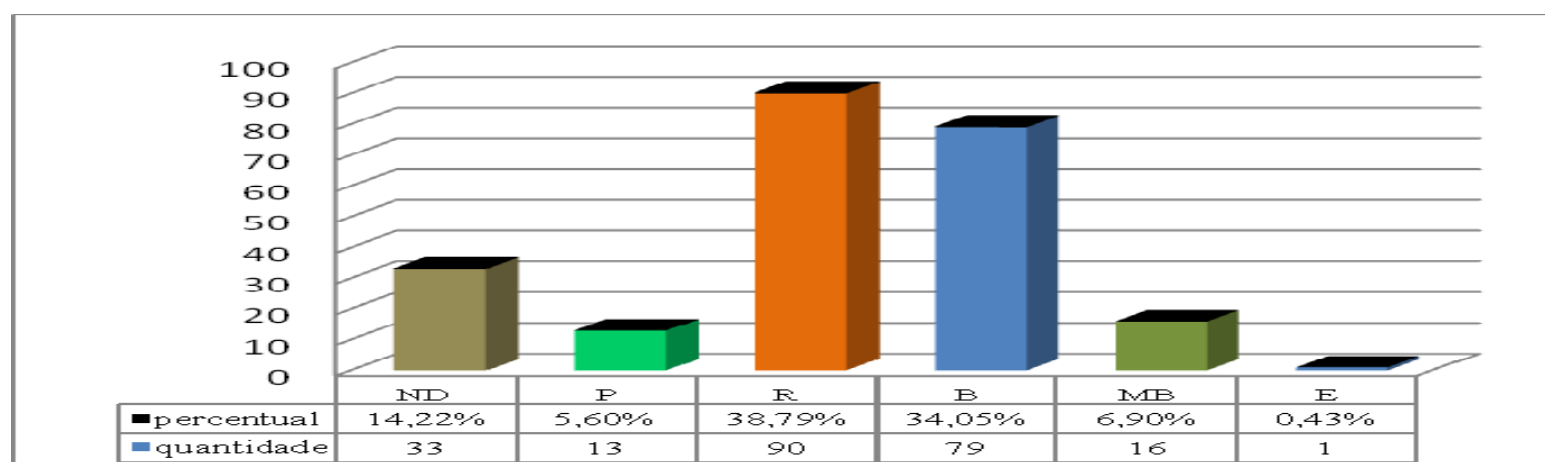
Figura 46: Cuidado com os resíduos hospitalares gerados no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Buscou-se averiguar vários riscos inerentes às atividades hospitalares cruciais à obtenção da Acreditação Hospitalar. Sobre esta questão, quando questionados a respeito dos riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC, os servidores de assistência direta ao cliente consideraram de regular a bom este quesito, perfazendo em torno de 72% com essa opinião. Mesmo assim, pode-se observar que 5% acharam péssimo e aproximadamente 7% consideraram muito bom. Cabe salientar que 14% não quiseram emitir sua opinião a respeito deste quesito, conforme mostra a Figura 47.

Figura 47: Riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

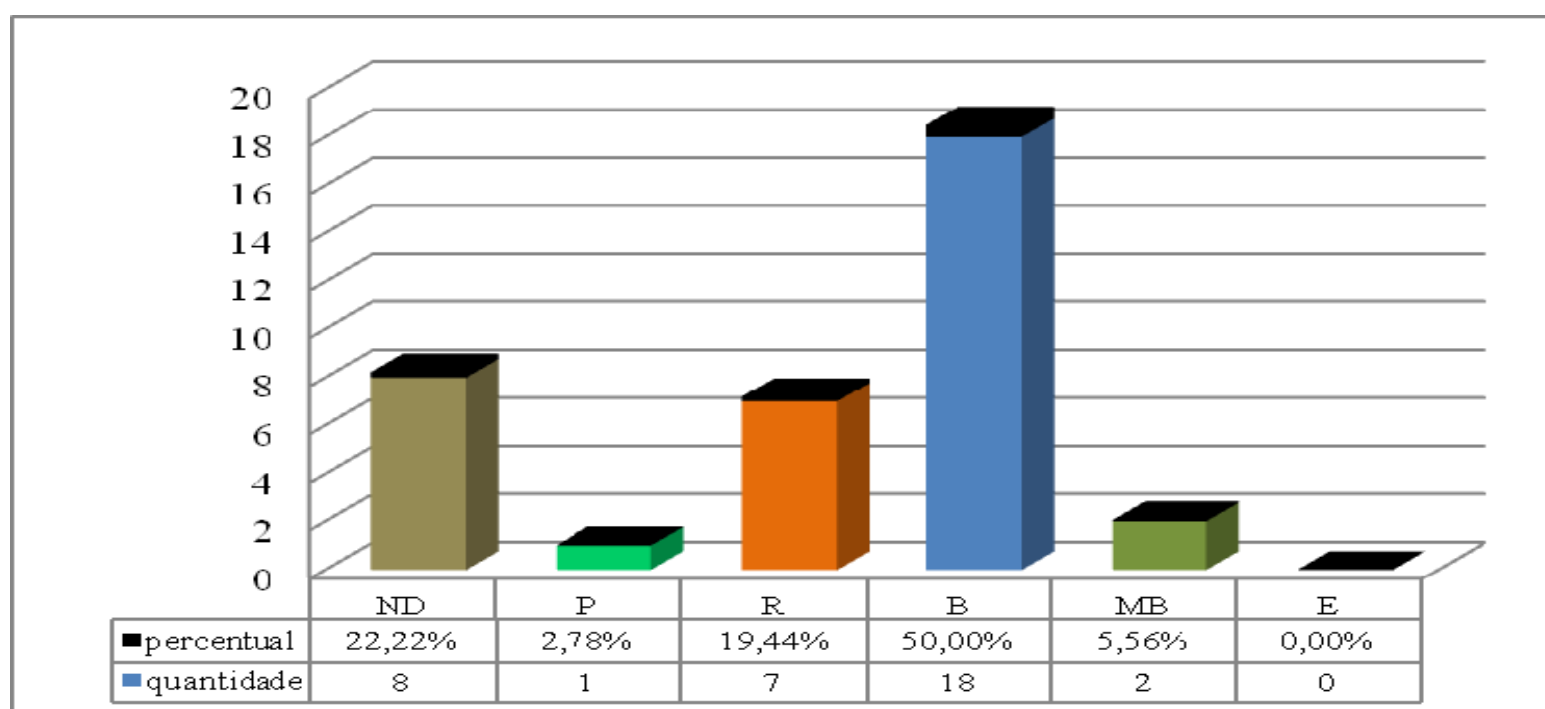


Fonte: Dados primários (2012).

Já em relação aos entrevistados que atuam na área administrativa, os dados observados na Figura 48 demonstram que 55,56% consideraram este quesito bom e muito bom, podendo-se notar inclusive que 50% consideraram bom. Mesmo assim, mais de 20% avaliaram como péssimo e ruim, cabendo sublinhar que 22% não quiseram opinar sobre o assunto em questão.

Observe-se que no cruzamento das Figuras 47 e 48, as opiniões são bastante semelhantes, predominando nos dois grupos de profissionais os conceitos de regular e bom, embora 50% dos servidores administrativos tenham assinalado como bom.

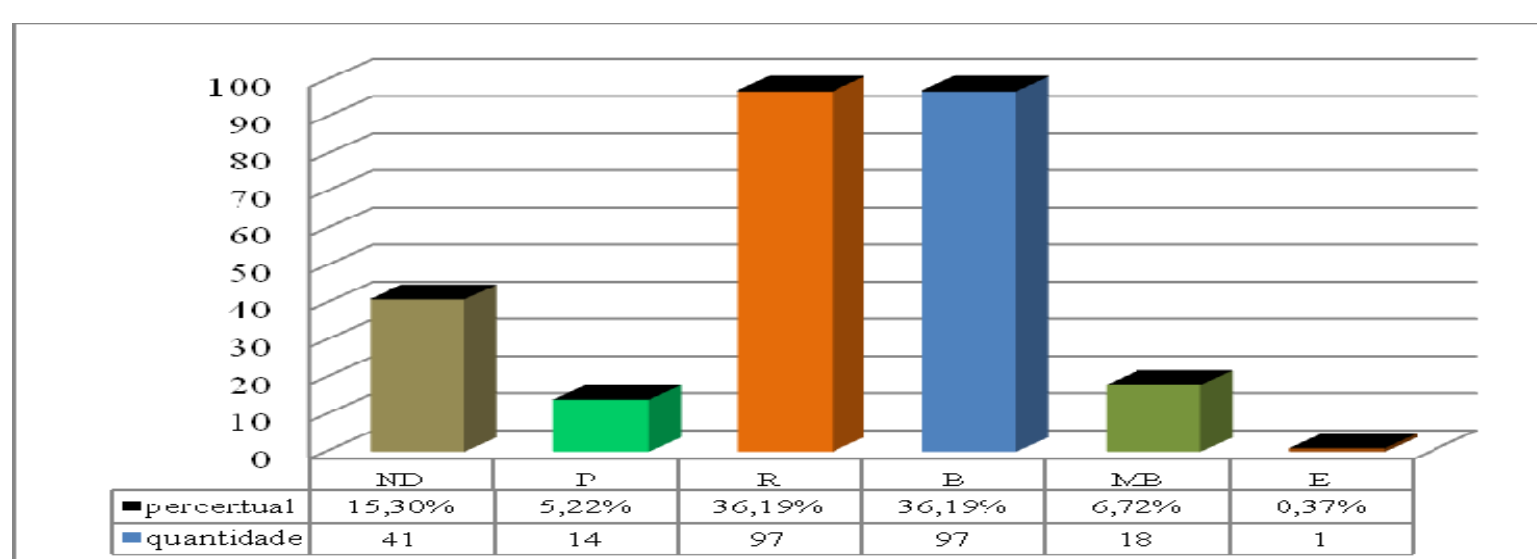
Figura 48: Riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A aglutinação das respostas permite perceber a predominância da opinião que aponta como regular e bom os riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC. Salienta-se que 15,30% preferiram não emitir opinião sobre o assunto. Observe-se que as opiniões estão bem divididas em péssimo e regular, enquanto 41,41% e 42,91% em bom e muito bom (Figura 49).

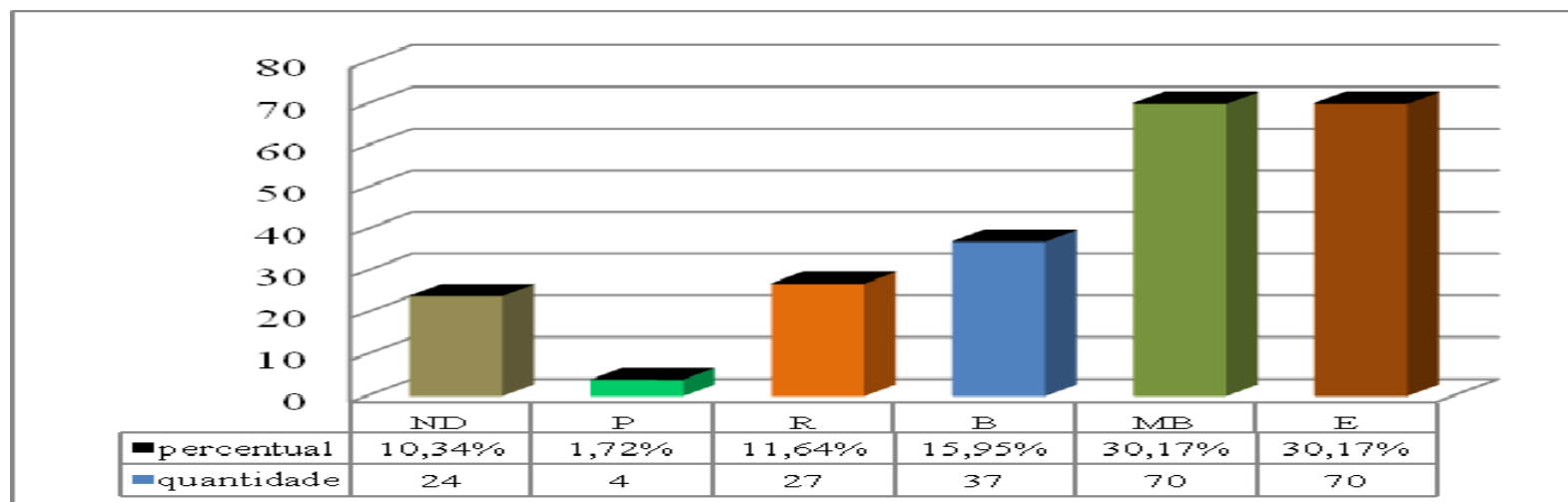
Figura 49: Riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A respeito da posição dos servidores sobre a implantação da Acreditação Hospitalar no HU-UFSC, percebe-se que entre os servidores que atuam nas áreas de assistência ao cliente existe um sentimento bastante positivo em relação à implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC, uma vez que, como se pode observar na Figura 50, mais de 75% dos respondentes classificaram de bom a excelente este quesito. Entretanto, observe-se que 10% preferiram não se manifestar a esse respeito e mais de 13% consideraram que é péssima ou regular a implantação deste programa no HU-UFSC.

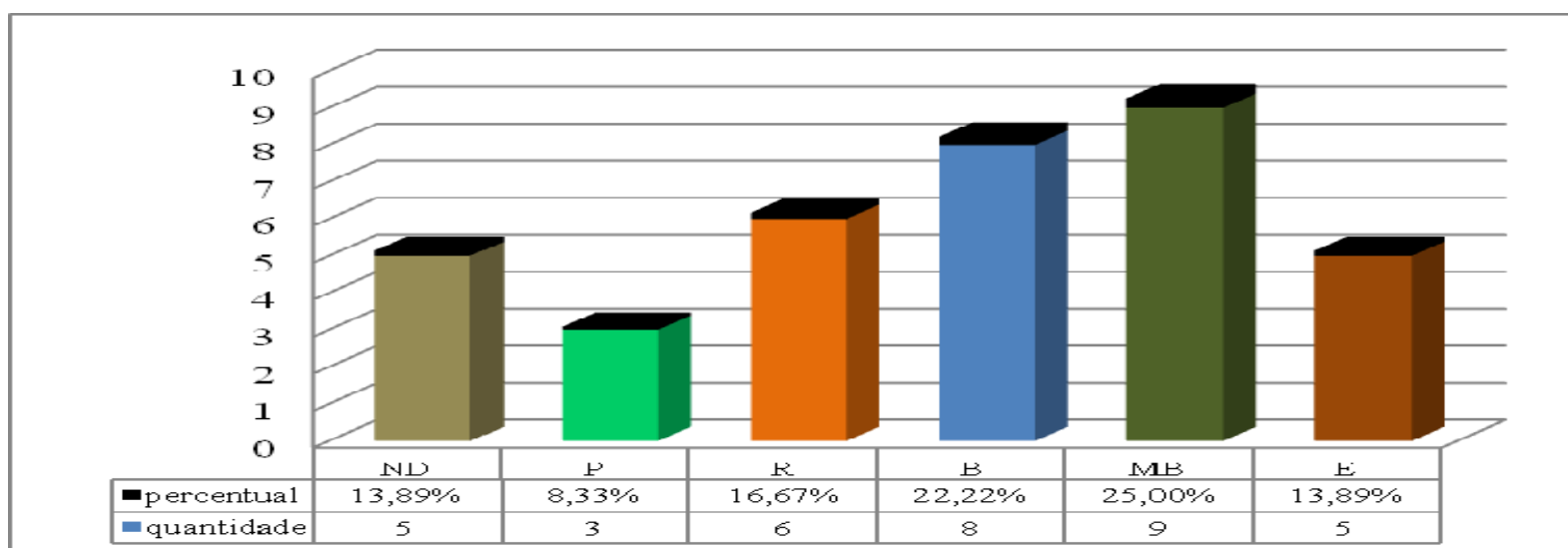
Figura 50: Visualiza a implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por outro lado, cerca de 60% dos servidores lotados nas atividades administrativas consideraram de bom a excelente um programa de Acreditação no HU-UFSC, todavia mais de 16% consideraram regular e acima de 13% preferiram não se manifestar sobre o assunto. No cruzamento das Figuras 50 e 51, é perceptível que entre os servidores administrativos há um pessimismo mais acentuado em relação à implantação da Acreditação, principalmente porque cerca 24% optaram por péssimo e regular, e somente 13% dos servidores da área de assistência ao cliente classificaram este quesito desta forma.

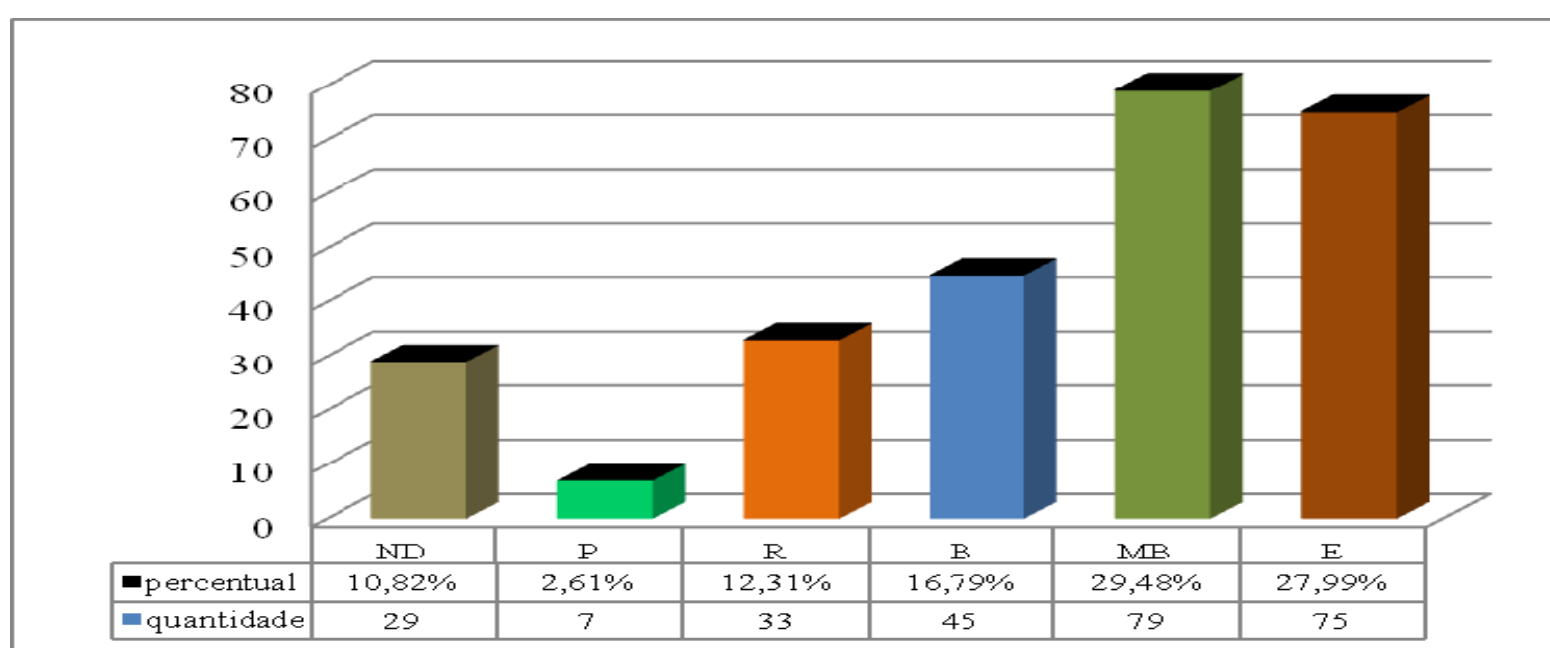
Figura 51: Visualiza a implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A ideia de implantação de um programa de Acreditação é bem recebida pelos servidores do HU-UFSC, pois como se pode observar na Figura 52, cerca de 74% consideraram bom, muito bom e excelente, sendo que deste percentual, 27,99% classificaram como excelente. Mesmo assim, uma pequena parcela de 14,92% considerou péssimo e regular este quesito, e 10,82% preferiram não responder.

Figura 52: Visualiza a implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

O sentimento positivo em relação à implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC também foi observado nas colocações dos dirigentes de 1º escalão, todavia foi perceptível a preocupação nas palavras dos entrevistados com as dificuldades advindas deste processo. Para entrevistado *Lambda*, “a Acreditação traz aspectos positivos, aliando a informação com a informatização e antecipando a resolução de problemas, pois há uma preocupação com a prevenção e com isso a qualidade assistencial será elevada”. O anseio pela Acreditação em Nível 1 pode ser percebido na fala do entrevistado *Tau*, quando asseverou: “creio que nosso HU deve urgentemente buscar o Nível 1 – Segurança. O objetivo do HU é a excelência no atendimento do paciente, para isso, precisamos investir em melhorias de estrutura básica, inicialmente. O REHUF é o primeiro passo para isso”.

É importante lembrar que a Portaria Interministerial nº 883, de 05 de julho de 2010, que regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), estabelece no Anexo III,

que trata das melhorias dos processos de gestão dos hospitais, que deverá, no mínimo, incluir: “(...) VIII – definição de metodologia de Acreditação hospitalar, por meio de organismos externos à rede de HUs e o estabelecimento de metas e prazos para obtenção da certificação adotada”. O entrevistado *Tau* salientou a importância dos programas de qualidade aplicados às organizações prestadoras de serviços de saúde, porém ressaltou que o HU-UFSC tem um longo caminho a percorrer para alcançar um bom nível de qualidade, sublinhando, mais uma vez, que o REHUF e, ainda, o programa de humanização, a Acreditação hospitalar e o planejamento estratégico são passos importantes para o alcance da excelência na qualidade.

Para a maioria dos entrevistados pertencentes ao grupo de primeiro escalão, a Acreditação é algo complicado de ser conseguido, porém é um aspecto importante que necessita de esforços, uma vez que a partir do alcance do selo de qualificação, a instituição caminha em direção à qualidade. Estas interpretações são paralelas ao pensamento de Quinto Neto (2000), que assinala que a Acreditação tem como fundamento principal a melhoria da qualidade da assistência.

Na aceção do entrevistado *Kappa*, a implantação de um programa de Acreditação requer “uma gestão e uma programação que atinja todas as áreas da estrutura hospitalar”. Este pensamento foi reforçado nas palavras do entrevistado *Etá*, ao dizer que “é necessário colocar isso como prioridade; isso me preocupa porque o que eu tenho percebido é que outros hospitais universitários estão trabalhando dentro dessa lógica de Acreditação”. Do mesmo modo, acrescentou *Kappa*: “a questão da Acreditação hospitalar precisa estar na preocupação, na cabeça e na boca do povo inteiro, que cada um, quando for tirar isso daqui para cá, pense se está fazendo desse jeito para que o hospital consiga atingir a Acreditação”.

A abordagem a respeito dos programas de qualidade nas organizações prestadoras de serviços de saúde contemplou ainda a normalização ISO aplicável ao segmento de prestação de serviços de saúde, visando à percepção dos dirigentes do primeiro escalão. Inclusive o entrevistado *San* fez questão de enfatizar sua opinião sobre o tema, afirmando considerar que este tipo de certificação é restrito. Advoga que os preceitos descritos na Acreditação da ONA são mais abrangentes e adequados às organizações de saúde, haja vista que os padrões já estão identificados para cada serviço. Esta posição vai ao encontro do que Couto e Pedrosa (2007) advertem quando sugerem que a Normalização ISO é interpretada, especialmente no Brasil, como sendo de utilização somente na indústria, e de difícil aplicação na saúde. Porém, estudos

desenvolvidos pelos referidos autores revelaram que especificamente a ISO 9001-2000 “serve de base para a implementação dos princípios orientadores da ONA, facilitando o desenvolvimento de estratégias que garantam o pleno atendimento às especificações do setor hospitalar” (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 365).

Desta forma, dentre os dirigentes de primeiro escalão, todos concordaram que os programas de qualidade são bons, porém houve algumas colocações que assinalaram para a inquietação a despeito da dificuldade de implantação desses programas, principalmente em instituições públicas. Conforme argumentação de *Alfa*, “esses programas são muito bons enquanto as pessoas estão envolvidas, o que eu vejo é que não dura muito, não persiste, principalmente no serviço público. Enquanto está sob uma administração, o programa está sendo aplicado, mas quando substitui a administração, substitui as pessoas, aquele programa acaba sendo deixado de lado”. Concluindo seu pensamento, afirmou que a alternância de gestão, de quatro em quatro anos, ocasiona muitos problemas administrativos.

Entretanto, é importante lembrar que as pressões da sociedade e da legislação em saúde que se intensificaram com a criação do SUS não permitem mais que os hospitais se comportem como se estivessem à margem de um movimento que iniciou na indústria e que vem se desenvolvendo e tomando lugar de destaque em outros segmentos da economia. Na opinião de Antunes (2002), o setor da saúde não pode ficar alheio aos processos em desenvolvimento na sociedade, entre eles, o movimento da qualidade.

Salienta-se que os entrevistados foram indagados a respeito do papel dos dirigentes e dos servidores no sentido de vencer os desafios acerca da implantação do programa de Acreditação. Com o intuito de facilitar a visualização por parte do leitor destas opiniões, optou-se por aglutiná-las, conforme *Apêndices 06 e 07*. Complementando as informações percebidas na pesquisa a respeito do programa de Acreditação, os dirigentes de primeiro escalão foram questionados sobre o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde da ONA. Observou-se que somente os entrevistados *Epsilon*, *Etá*, *Kappa* e *San* emitiram opinião a respeito do referido manual.

As opiniões emitidas são positivas no sentido do consenso de que o manual está muito bem elaborado e de que ele fornece os caminhos a serem seguidos pela organização que quer ser acreditada. Neste sentido, *Kappa* asseverou que este documento “tem um papel orientador, porque não é uma coisa fechada, cada instituição vai fazer chegar naquele lugar a sua maneira, ele não é prescritivo, na verdade, ele não tem uma

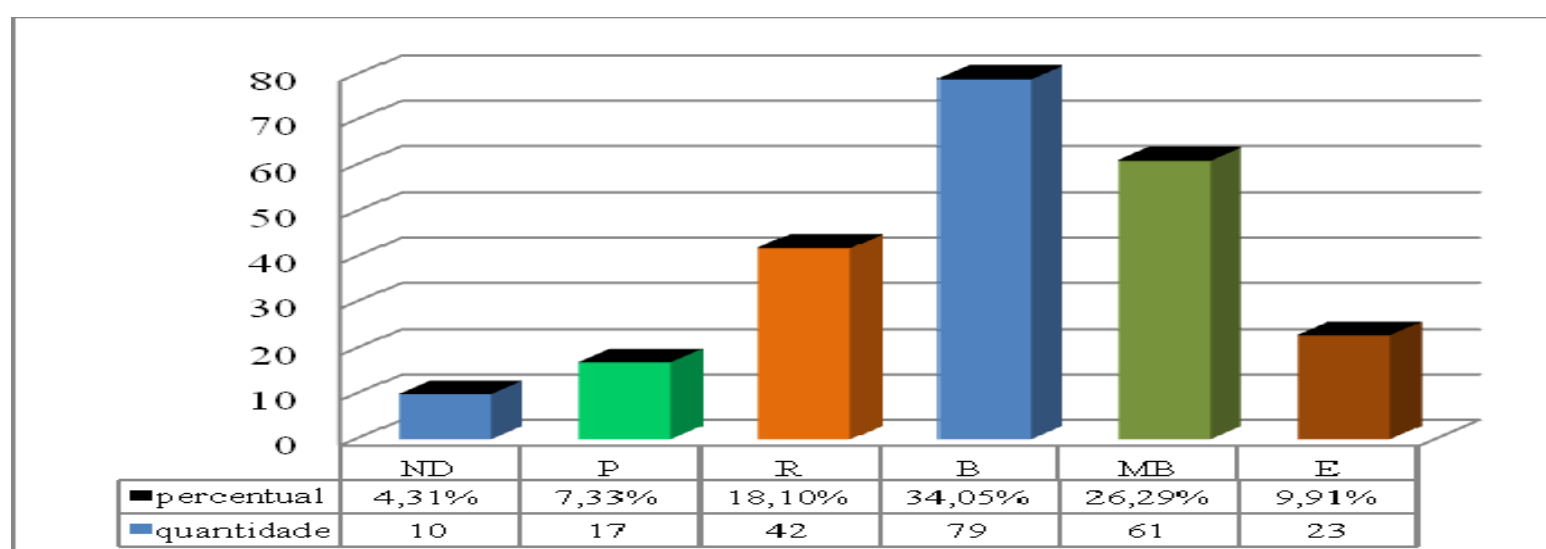
prescrição, tem que fazer exatamente assim, diz que você tem que chegar neste nível, mas como vai chegar lá, ele não diz”. A esse respeito, Couto e Pedrosa (2007) assinalam que o Manual Brasileiro de Acreditação contém os requisitos para um sistema de gestão, definindo “o que fazer”, sem, porém, explicitar “o como fazer”. Os autores advertem inclusive que “a não explicitação das ferramentas de atendimento aos princípios dos três níveis talvez seja, provavelmente, um dificultador da compreensão do caminho a ser percorrido e das ações necessárias a serem implementadas” (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 364). Ele é um instrumento que não permite que a organização caminhe no vazio: “juntos eu e tu vamos discutir como é o melhor caminho, se deu certo em tal lugar, mas aqui como é que vai dar certo, o manual não te tira isso, acho que neste sentido de orientação ele é um instrumento útil”, acrescentou o entrevistado *Kappa*.

Na fala do entrevistado *Etá*, o referido manual tem o papel de fazer o hospital olhar para si: “quando a gente olha, eu acho que ele é até fácil de manuseio e entendimento. Eu penso que ele foi elaborado exatamente para que a própria instituição consiga olhar para si. Eu acho que o grande ‘*tcham*’ da Acreditação é essa possibilidade de fazer essa autoavaliação, no sentido de buscar melhorias principalmente na questão da qualidade”. O entrevistado *Epsilon* acredita que o manual é desconhecido pela grande maioria dos servidores, e em sua opinião, ele foi muito bem elaborado, dando as diretrizes a serem seguidas.

Como já mencionado, a outra variável privilegiada na pesquisa foi a cultura organizacional do HU-UFSC. Sabe-se que esta variável pode ser interpretada sobre diferentes ângulos analíticos. Vale lembrar que, nesta dissertação, privilegiou-se o enfoque contributivo deste fenômeno organizacional como elo à Acreditação no Hospital estudado, abordando-se alguns aspectos preconizados nos requisitos de padronização da certificação em Nível 1.

Sob este aspecto, a Figura 53 revela que os servidores da assistência direta ao cliente são favoráveis à inserção de novas técnicas de trabalho que contribuam com suas atividades no HU-UFSC, uma vez que, aproximadamente, 69% responderam entre bom, muito bom e excelente. Verifica-se que, mesmo assim, cerca de 25% consideraram péssimo e regular e que 4% não quiseram se manifestar sobre o quesito em questão.

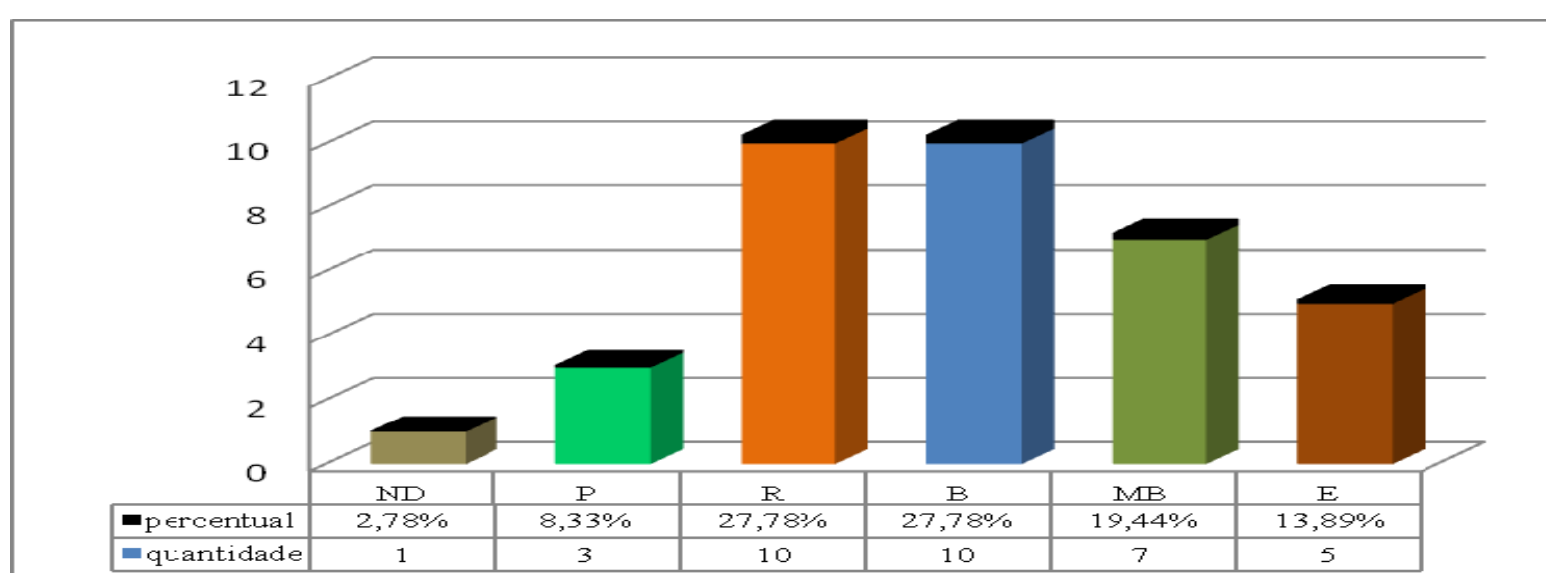
Figura 53: Inserção de novas técnicas de trabalho que contribuam com suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, entre os servidores que atuam nas áreas administrativas, nessa questão predominaram os conceitos de regular e bom, obtendo um número de respostas igual. Mesmo assim, pode-se dizer que este grupo se mostra favorável à inserção de novas técnicas de trabalho que contribuam para suas atividades, uma vez que as respostas muito bom e excelente perfazem 32%. Percebe-se que 8% acharam péssimo este quesito (Figura 54). Nas Figura 53 e 54, pode-se observar que tanto para os servidores que atuam nas áreas de assistência direta ao cliente quanto os que atuam na área administrativa, há uma aceitação satisfatória de novas técnicas de trabalho, embora os profissionais administrativos sinalizem maior resistência.

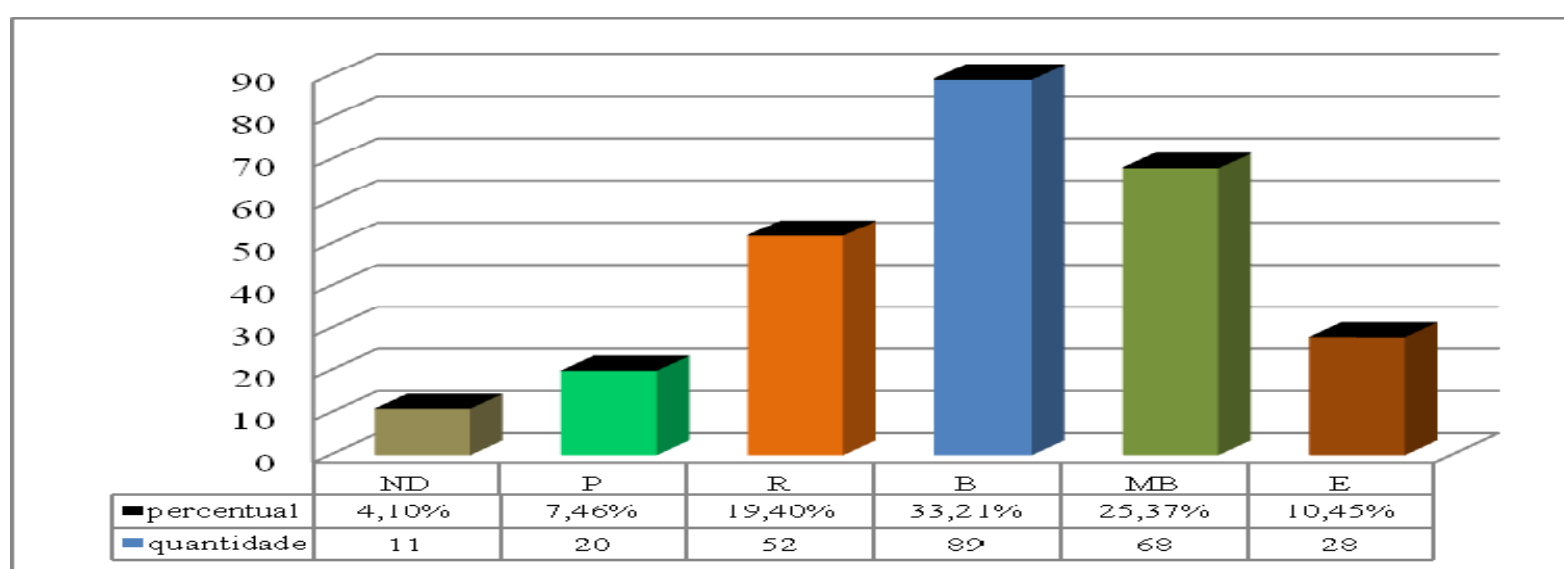
Figura 54: Inserção de novas técnicas de trabalho que contribuam com suas atividades no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, quando se acumulam as respostas, percebe-se que há uma perspectiva positiva em relação à inserção de novas técnicas de trabalho, pois mais de 68% consideraram este quesito bom, muito bom e excelente. Por outro lado, há uma pequena parcela de 26,86% que opinou como péssimo e regular. Observe-se que 4,10% preferiram não opinar sobre o assunto (Figura 55).

Figura 55: Inserção de novas técnicas de trabalho que contribua com suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



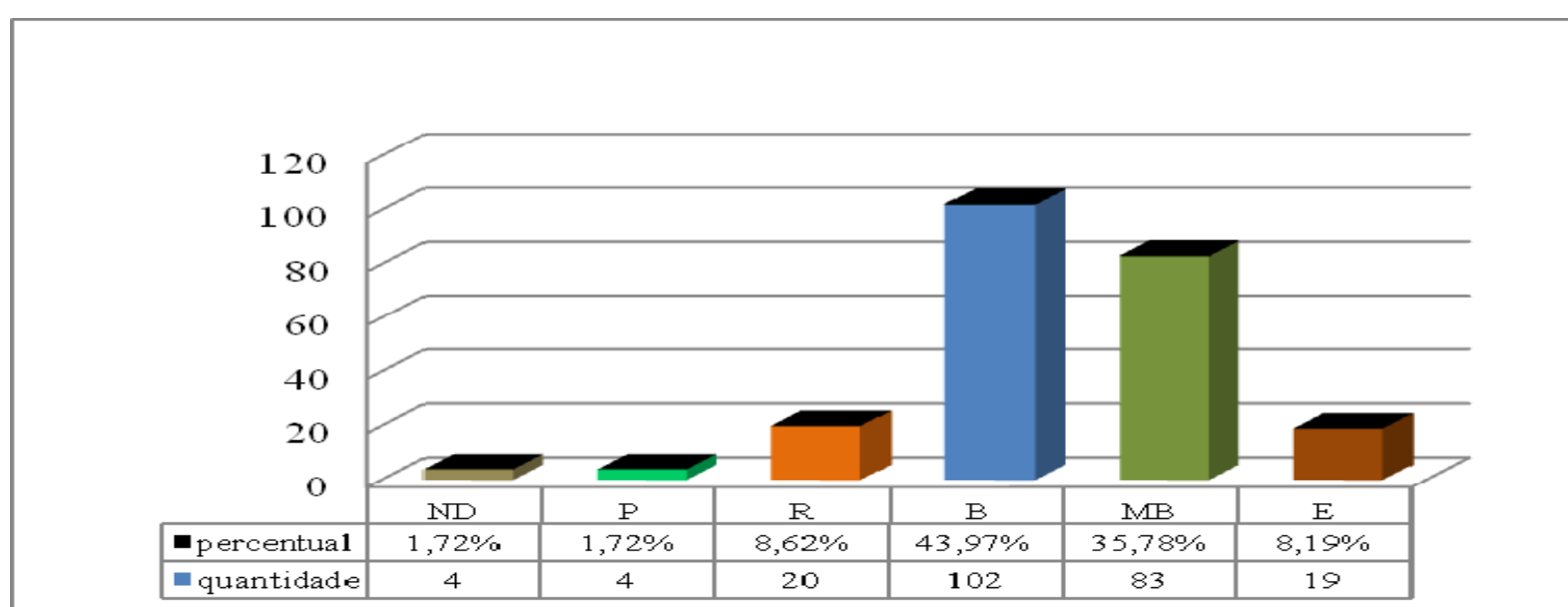
Fonte: Dados primários (2012).

Todavia, apesar de a pesquisa apontar para uma reação positiva dos servidores de aderirem a novas técnicas de trabalho que facilitem suas atividades, percebe-se na resposta do entrevistado *Beta* certa inquietação no que concerne à resistência dos servidores às mudanças, quando afirmou que “a cultura do servidor, ele é resistente a isso. Ele é resistente a mudanças, ele é resistente a controles, ele é resistente a ser desafiado no seu conhecimento. Por isso, eu já tinha dito que quando a gente vai fazer um programa como esse num hospital que vai fazer 30 anos, você encontra o pessoal acomodado”. Sua preocupação vai além, ao afirmar que no HU-UFSC existem servidores que estão perto da aposentadoria e que estão acomodados, não concebendo novas ideias, salientando que “o hospital tem um perfil individualizado, eles não aceitam ainda um perfil institucionalizado. A dificuldade que nós temos é a resistência pelo tempo”.

O desempenho profissional foi outro item averiguado para se entender a cultura organizacional do HU-UFSC. Observa-se que na

Figura 56 é possível perceber que os servidores que atuam na assistência direta ao cliente possuem uma posição positiva quando indagados sobre seu desempenho profissional, uma vez que mais de 86% avaliaram como bom, muito e excelente sua atuação profissional. Mesmo assim, cerca de 10% classificaram como péssimo e regular seu desempenho profissional.

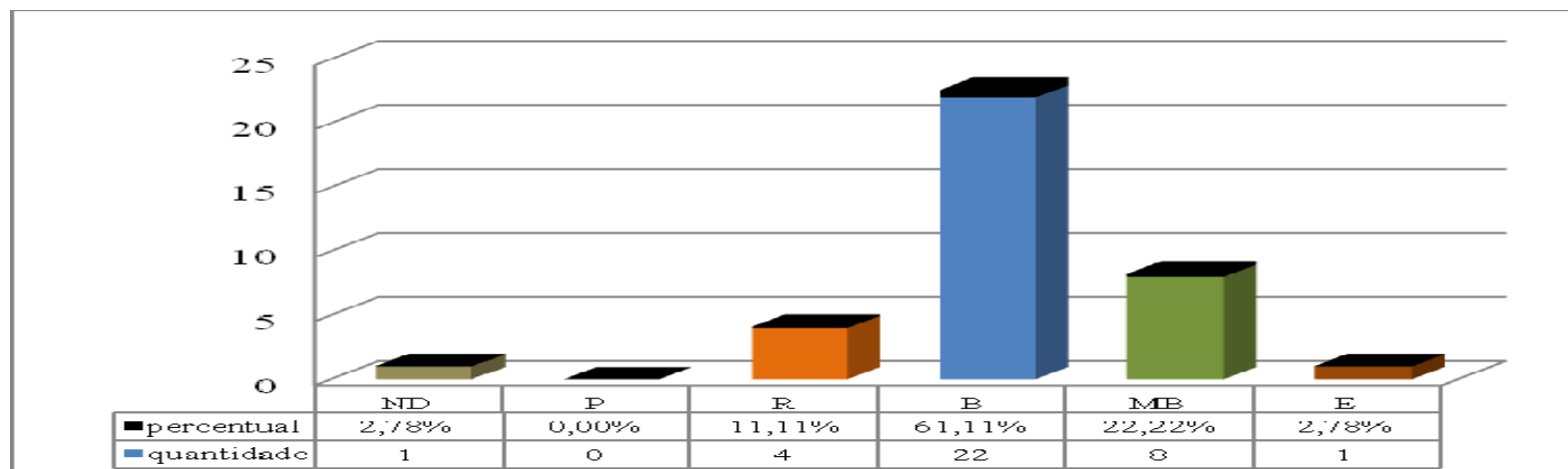
Figura 56: Seu desempenho profissional no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Opinião semelhante tem os servidores administrativos, uma vez que, conforme pode ser visualizado na Figura 57, cerca de 85% classificaram seu desempenho profissional no HU-UFSC como bom, muito bom e excelente. Percebe-se que 11% consideraram regular este quesito. Ao cruzar a opinião dos profissionais das duas áreas de atuação no HU-UFSC, nota-se que os servidores da assistência direta ao cliente mostraram-se mais satisfeitos com seu desempenho, enquanto que na área administrativa, embora satisfeitos, há predominância do conceito bom (61%) no total das respostas.

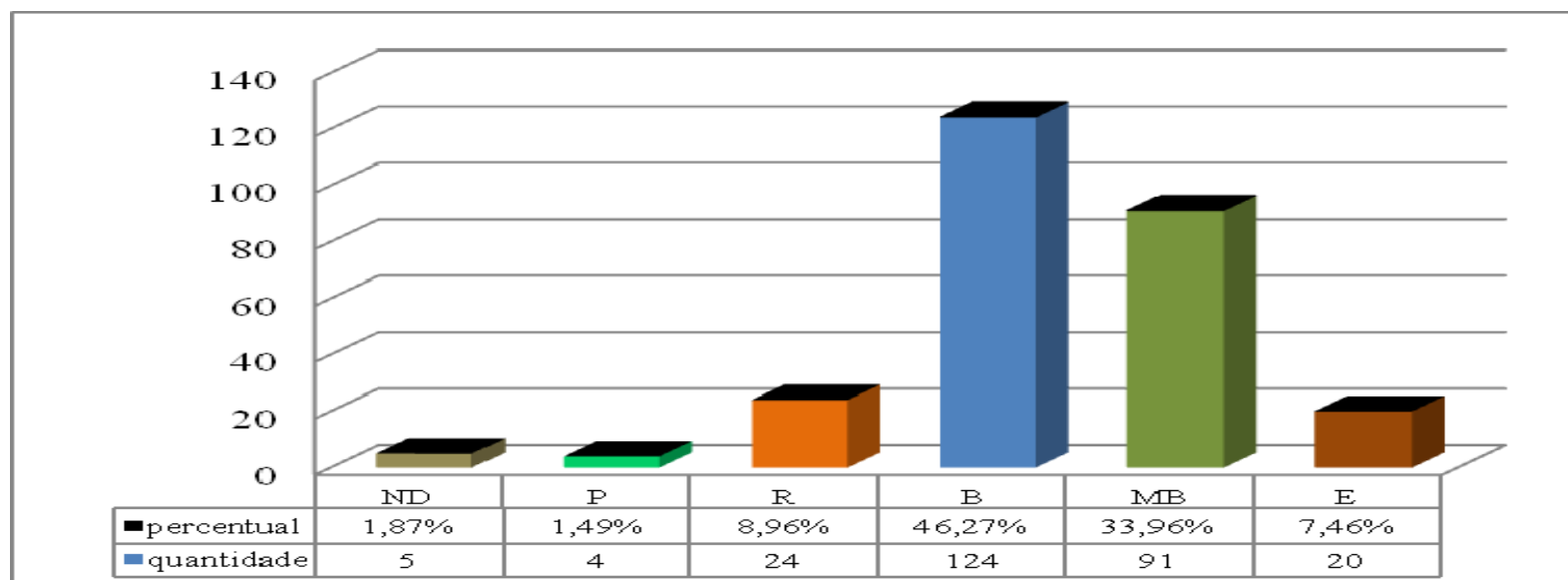
Figura 57: Seu desempenho profissional no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

No âmbito geral, pode-se dizer, ao analisar a Figura 58, que os servidores opinaram positivamente a respeito de seu desempenho profissional, uma vez que 87,69% classificaram como bom, muito bom e excelente, destacando-se que 46,27% sinalizaram para bom. Somente 11,11% dos entrevistados avaliaram esta questão como regular.

Figura 58: Seu desempenho profissional no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).

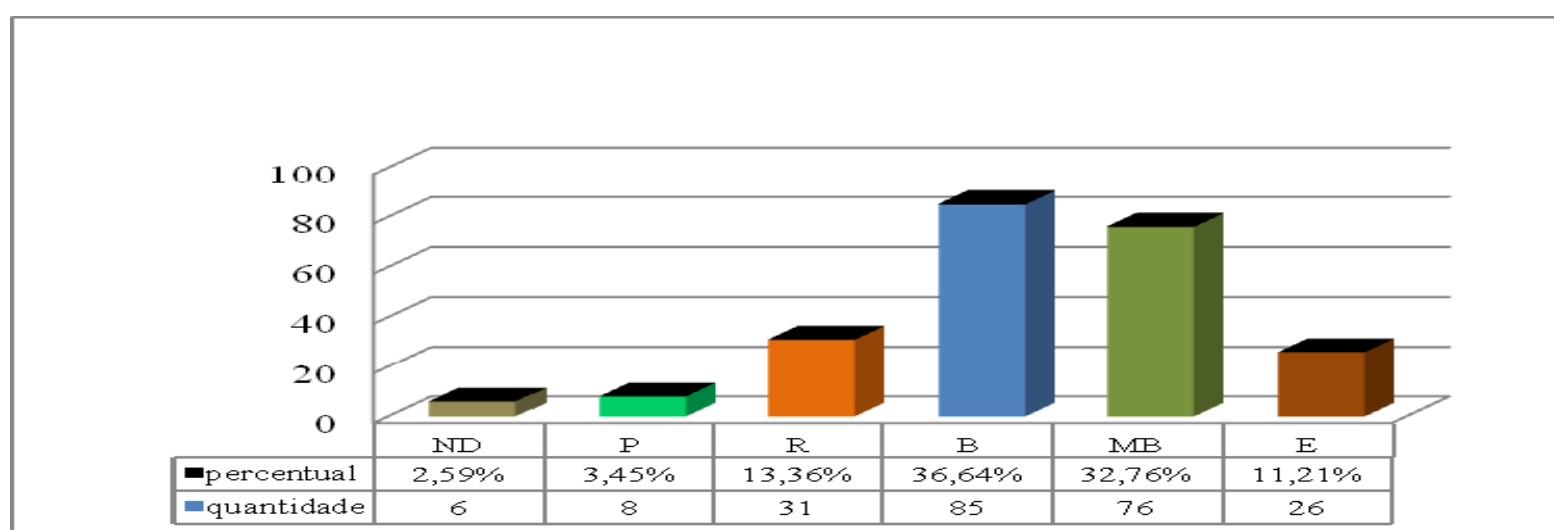


Fonte: Dados primários (2012).

Um dos fenômenos organizacionais que espelha a Cultura Organizacional é a interpretação dos servidores sobre o reconhecimento dos dirigentes sobre suas atividades profissionais. Neste sentido, a Figura 59 mostra que os servidores lotados nas áreas de assistência à

saúde consideraram, em sua maioria, bom, muito bom e excelente o reconhecimento profissional por parte de sua chefia imediata, atingindo um percentual de satisfação de 79%. Dos respondentes deste quesito, mais de 16% acharam regular o reconhecimento de seu desempenho e 2% não emitiram opinião.

Figura 59: Reconhecimento profissional pela sua chefia imediata no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

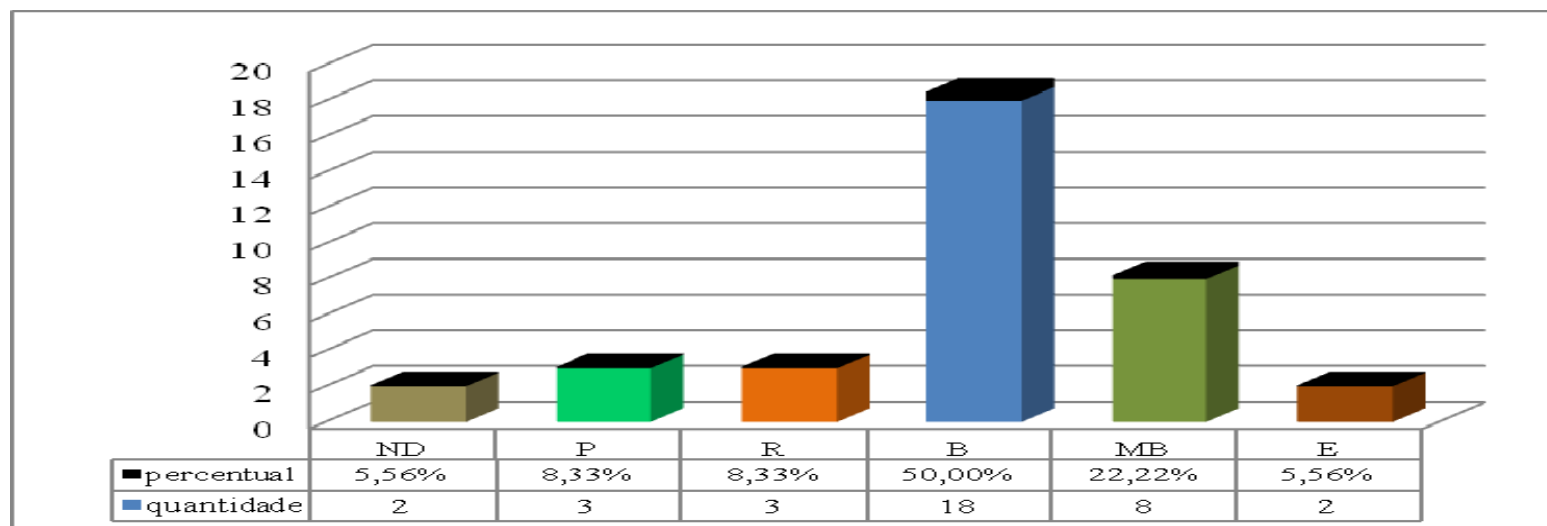


Fonte: Dados primários (2012).

De modo semelhante, percebe-se, na Figura 60, que os servidores que atuam nas áreas administrativas do HU-UFSC estão satisfeitos com o reconhecimento de seu desempenho profissional, pois cerca de 77% consideraram bom, muito bom e excelente, e 16% não estão satisfeitos, pois conceituaram como péssimo e regular este quesito.

Na análise das Figuras 59 e 60, pode-se perceber que há opiniões bem semelhantes entre os dois grupos de profissionais atuantes no HU-UFSC, pois, em ambos os casos, a satisfação e a insatisfação com o reconhecimento por parte da chefia apresentaram percentuais bem próximos.

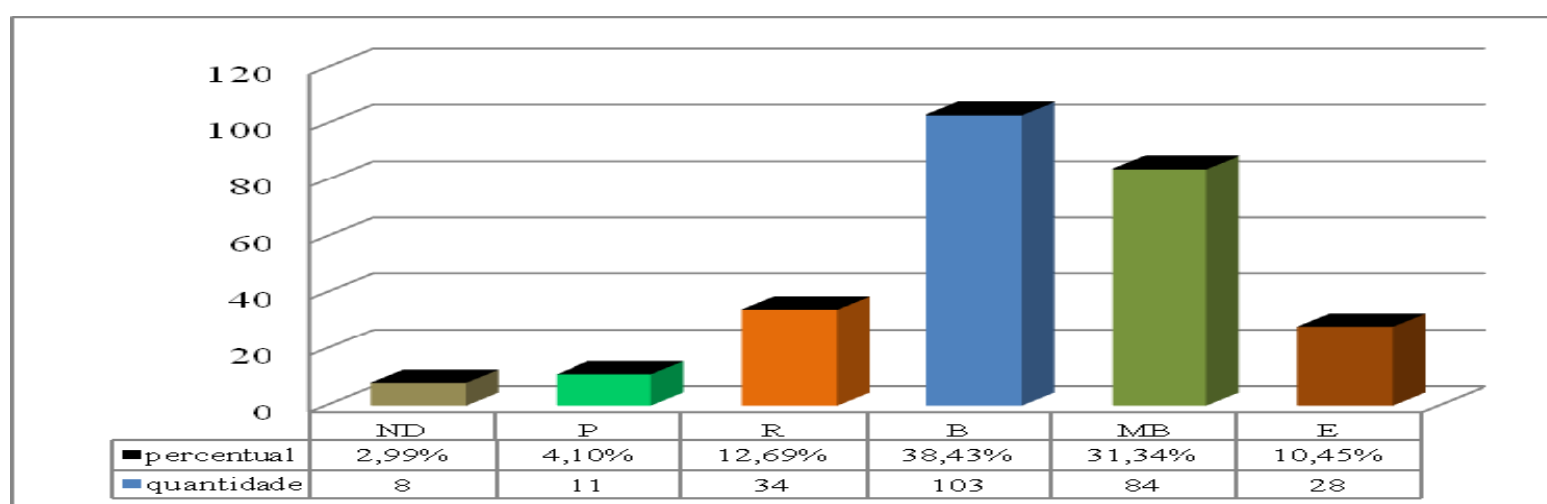
Figura 60: Reconhecimento profissional pela sua chefia imediata no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Observa-se, na Figura 61, que os servidores do HU-UFSC consideraram de forma positiva o reconhecimento profissional por parte de sua chefia, haja vista que 80,22% classificaram como bom, muito bom e excelente. Este fato vem ao encontro da opinião que os servidores tem de seu desempenho profissional. Somente 16,79% classificaram como péssimo e regular este quesito.

Figura 61: Reconhecimento profissional pela sua chefia imediata no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



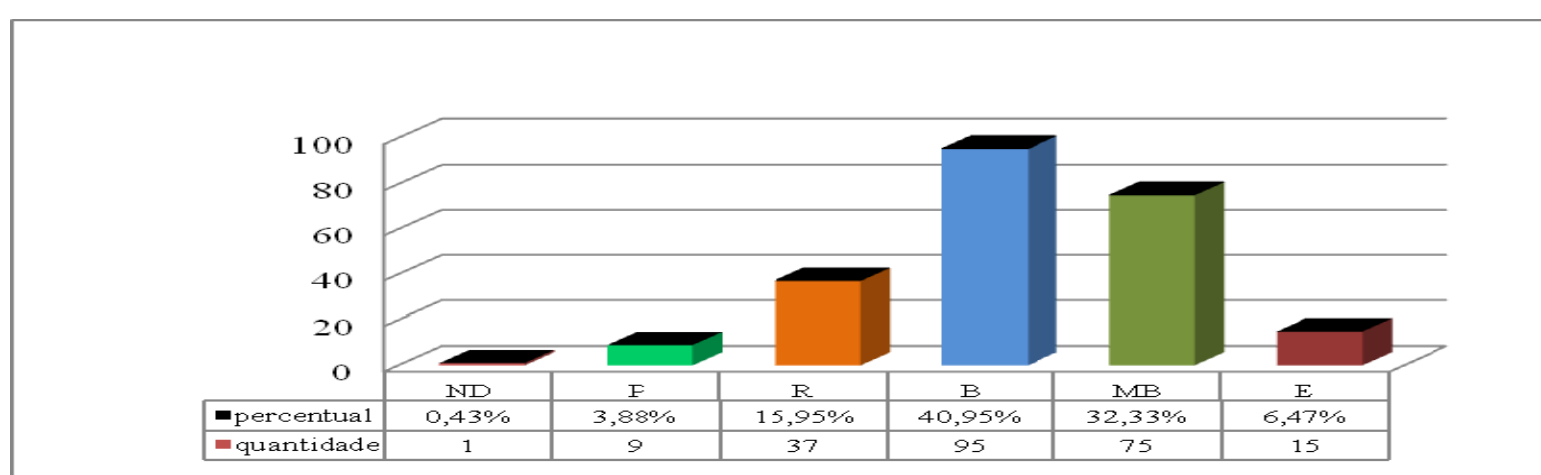
Fonte: Dados primários (2012).

Embora a pesquisa tenha indicado que os servidores se sentem reconhecidos profissionalmente por sua chefia, este não é a posição do dirigente de primeiro escalão *Epsilon*, pois de acordo com o que ele

ressaltou, a avaliação de pessoal é um dos pontos que precisa ser trabalhado no HU-UFSC. Para tanto, afirmou: “eu julgo que é um ponto essencial ainda para nós, enquanto instituição, melhorarmos a maneira de avaliar os nossos servidores”.

A capacitação profissional é um dos fatores indispensáveis à satisfação dos servidores e que está estreitamente associada à Cultura Organizacional. Ao observar a Figura 62, pode-se perceber que 72% dos respondentes consideraram bom e muito bom a capacitação dos profissionais em sua área de atuação. Inclusive, 6% do total classificaram como excelente. Entretanto, 19% das opiniões ficaram situadas como regular e péssimo.

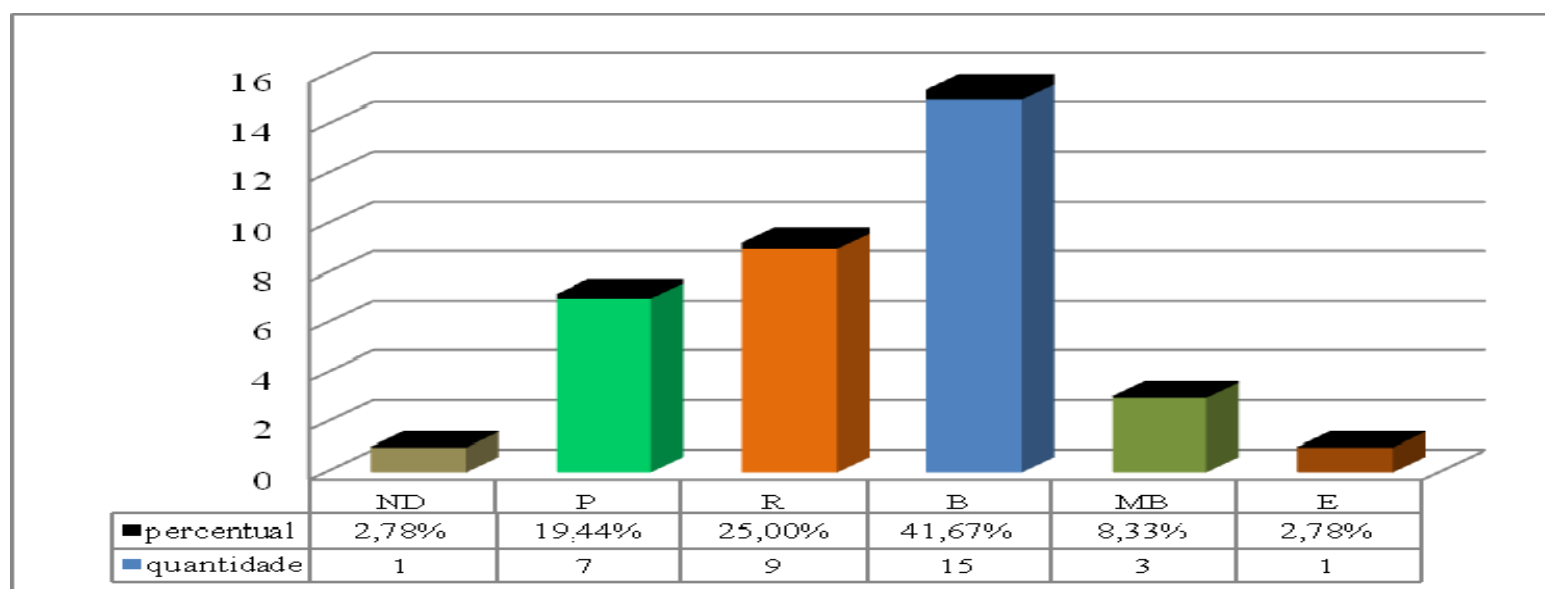
Figura 62: Capacitação dos profissionais na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Já na Figura 63, para os respondentes da área administrativa, a capacitação dos profissionais em sua área de atuação variou de bom, muito bom e excelente em 51% das respostas. Há, neste grupo de profissionais, um percentual de 44% que assinalaram para péssimo e regular este quesito. Percebe-se que, no cruzamento das opiniões dos dois grupos de entrevistados, os servidores que atuam na área de assistência ao cliente estão mais satisfeitos com a capacitação dos profissionais atuantes neste segmento de atividades.

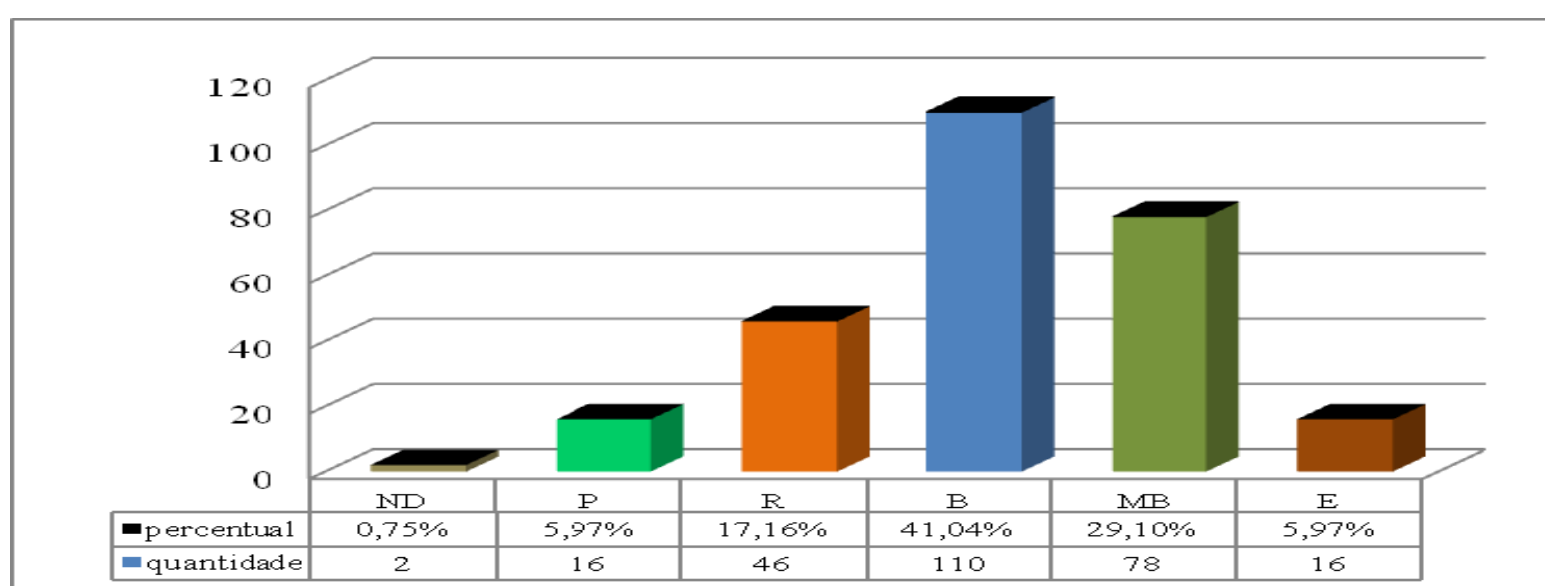
Figura 63: Capacitação dos profissionais na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A aglutinação das respostas dos entrevistados dos grupos de profissionais permitiu observar que há uma opinião positiva a respeito da capacitação dos profissionais que atuam no HU-UFSC, pois 76,11% optaram por bom, muito bom e excelente. Apenas 23,13% consideraram péssimo e regular este quesito (Figura 64).

Figura 64: Capacitação dos profissionais na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A respeito da capacitação dos profissionais atuantes no HU-UFSC, merece destaque o que apontaram os dirigentes de primeiro escalão e que reforça a opinião dos servidores sobre este quesito.

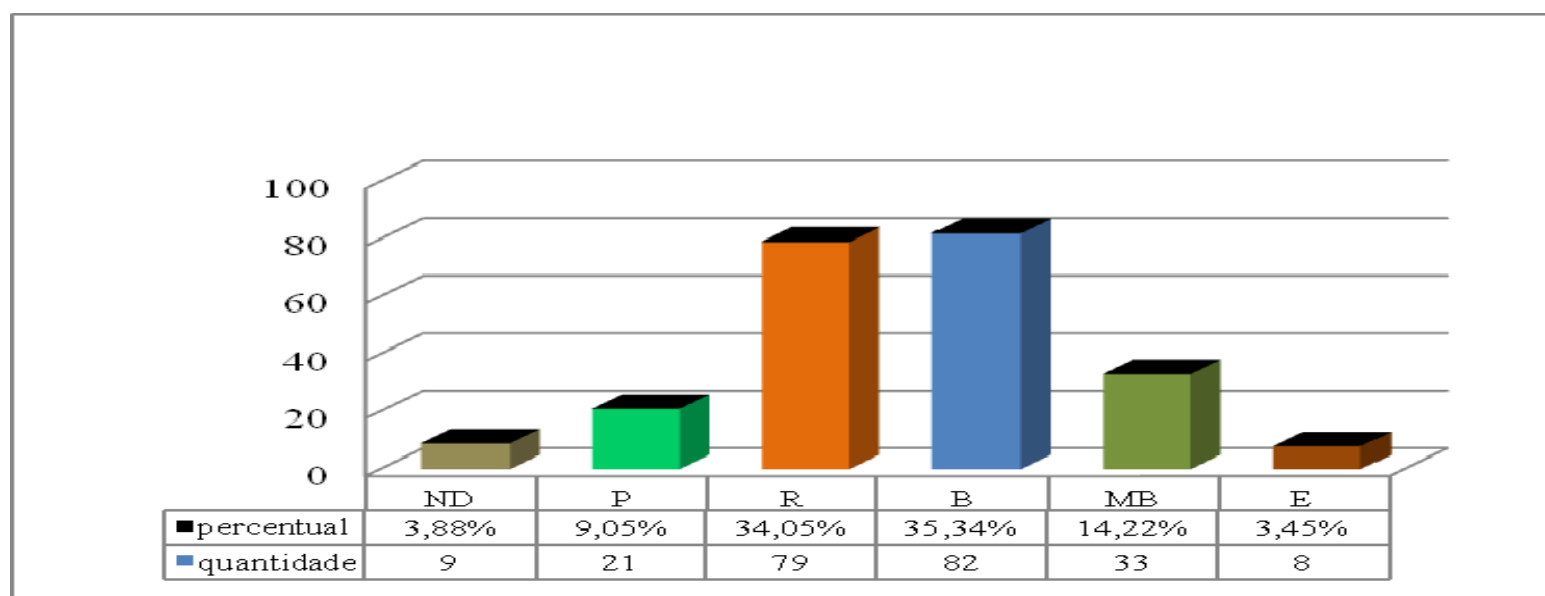
Alguns afirmaram que existem vários fatores de qualidade na assistência prestada pelo HU-UFSC que possibilitam ao cliente a resolução de seus problemas de saúde, ou seja, o grande número de especialidades médicas, pesquisas clínicas e científicas em benefício do tratamento das enfermidades, equipe multiprofissional e equipe de saúde capacitada em sua área de atuação, bem como as comissões que orientam a assistência segura e de qualidade. Também foi sublinhado o fato de que o HU-UFSC está alicerçado no ensino, pesquisa e assistência.

Na perspectiva de profissional capacitado, a experiência da residência multiprofissional está sendo muito positiva no HU-UFSC. Em decorrência, além da formação, da integração de vários profissionais da instituição, segundo *San*:

a residência multiprofissional ta [sic] trazendo um diferencial na melhoria da qualidade do atendimento porque os residentes estão trabalhando muito com a questão de protocolos. Os TCCS da residência têm uma aplicação direta nos serviços buscando sempre uma forma multiprofissional. Já fizemos um projeto em que no momento do acolhimento não é cada profissional que vai falar com o paciente, nós temos um formulário multiprofissional em que uma pessoa vai buscar todas as informações num momento único.

Um dos fatores motivacionais positivos à integração de servidores à Acreditação Hospitalar está associado às alternativas de treinamento e desenvolvimento oferecidos aos seus colaboradores. Pode-se perceber que, na opinião dos respondentes que atuam na área de assistência à saúde, as alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizada pelo HU-UFSC é satisfatória, uma vez que mais de 69% avaliaram como regular e bom, cabendo sublinhar que mais de 17% consideraram muito bom e excelente. Todavia, há uma pequena parcela de 9% que considerou péssima as alternativas de treinamento profissional (Figura 65).

Figura 65: Alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

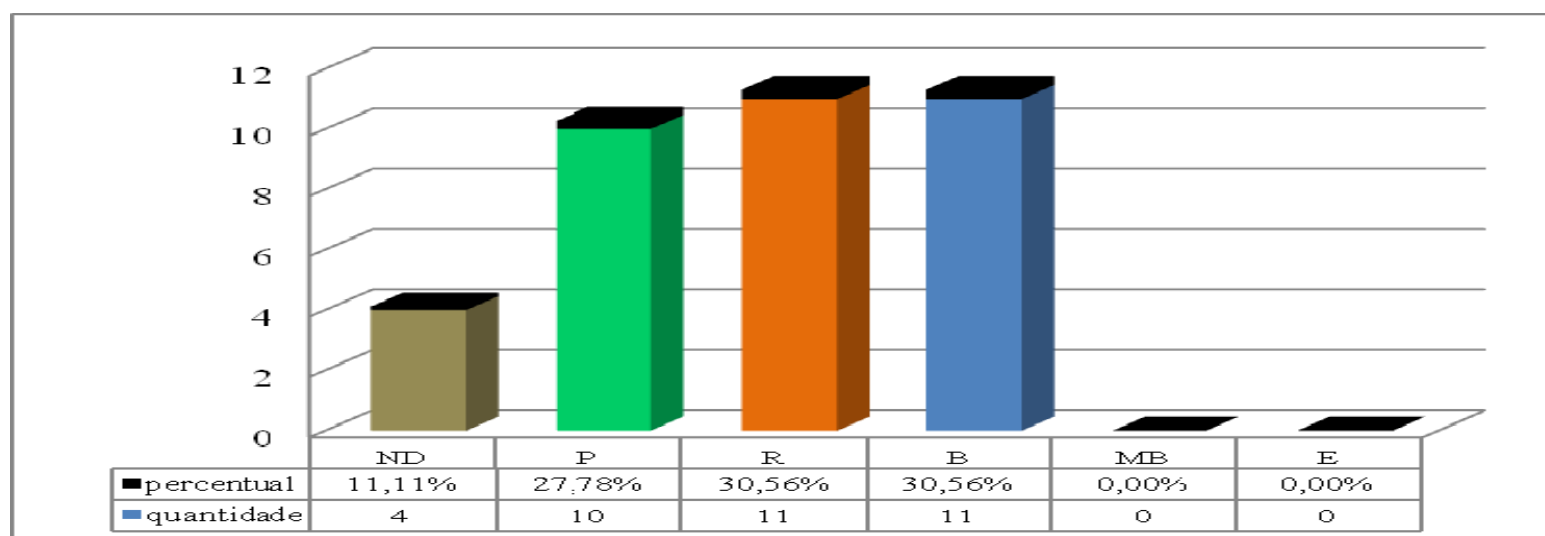


Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, ao observar a Figura 66, pode-se perceber que entre os servidores lotados nas áreas administrativas, mais de 55% consideraram péssimo e regular os treinamentos e desenvolvimento profissional disponibilizados na sua área de atuação pelo HU-UFSC. Somente 30% dos entrevistados responderam bom e 11% não manifestaram sua opinião sobre esse quesito.

Na análise das Figuras 65 e 66, pode-se notar que na ótica dos profissionais que atuam na área administrativa, há uma insatisfação quanto aos treinamentos disponibilizados pelo HU-UFSC.

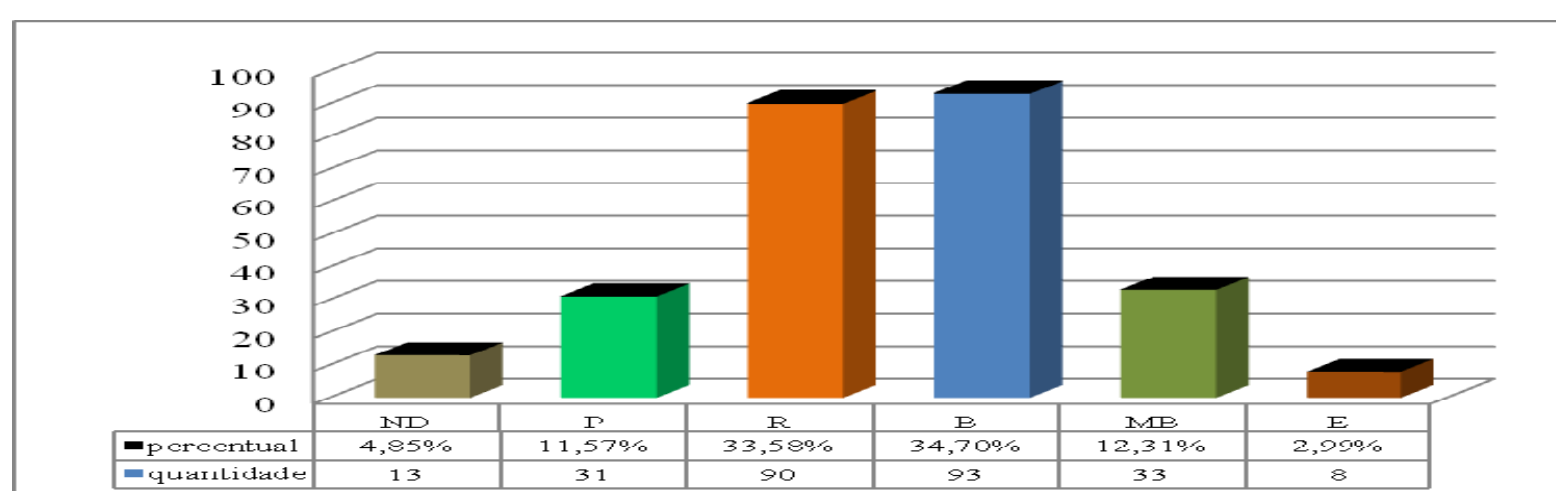
Figura 66: Alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A Figura 67 permite observar que os treinamentos e desenvolvimento profissional disponibilizados pelo HU-UFSC são satisfatórios, pois as opiniões se concentraram em regular e bom em 68,28% das respostas. Nos extremos, tem-se 11,57% que classificaram como péssimo, e 12,31%, como muito bom. Mesmo assim, há uma pequena parcela de 2,99% que considerou excelente e 4,85% não quiseram se manifestar sobre o assunto.

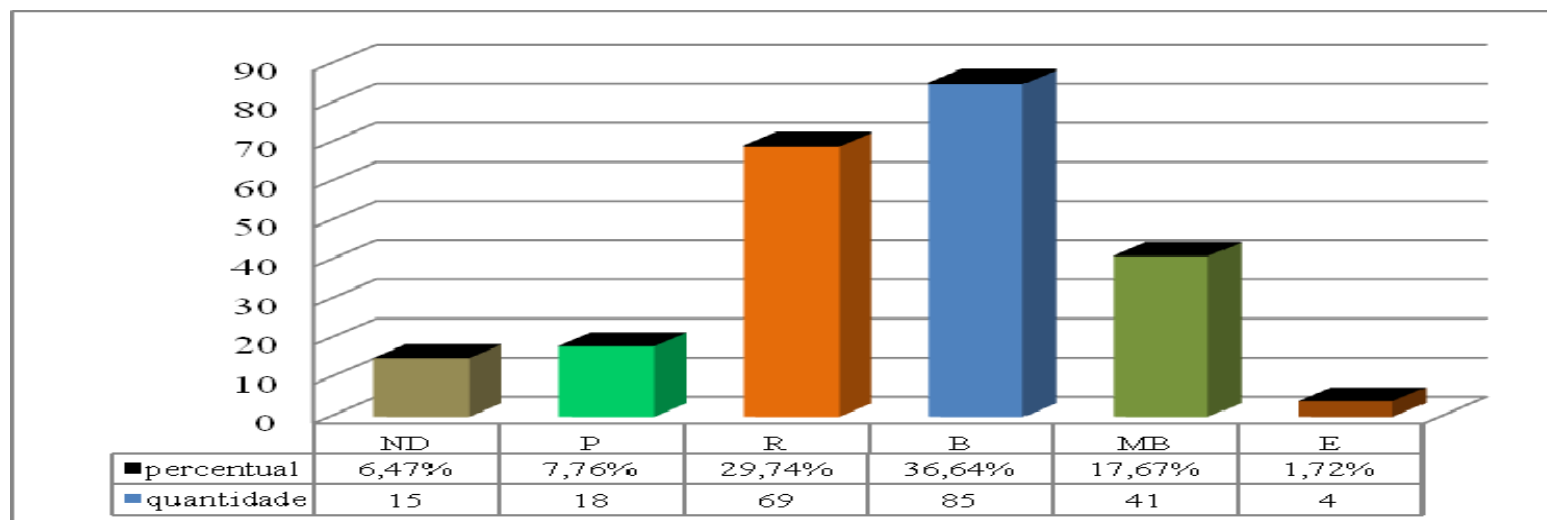
Figura 67: Alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

As atividades operacionais nas organizações hospitalares precisam de acompanhamento, visando à manutenção da qualidade dos serviços. Por isso, foi crucial verificar o pensamento dos servidores sobre este tema. A Figura 68 mostra que, para 54% dos servidores lotados nas áreas de assistência ao cliente, este quesito é bom, muito bom e excelente. Observe-se que cerca de 36% responderam entre péssimo e regular, e 6% não opinaram a respeito do acompanhamento operacional de suas atividades.

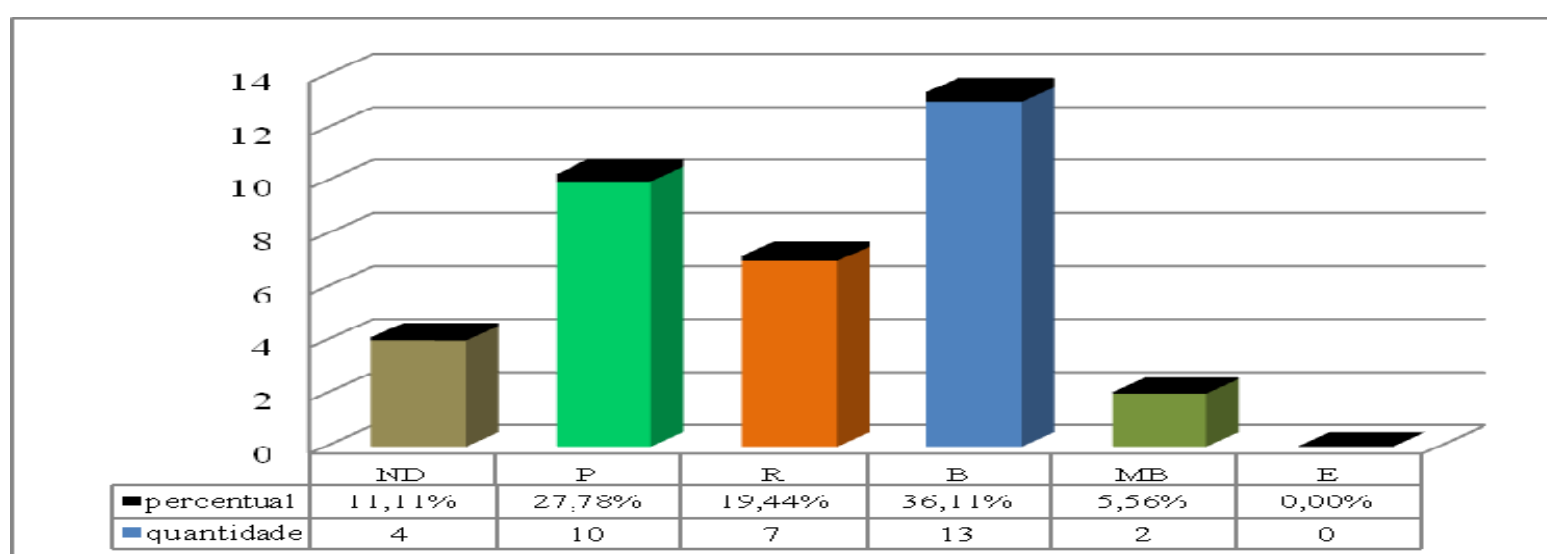
Figura 68: Acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, as opiniões dos servidores lotados nas áreas administrativas do HU-UFSC a respeito deste quesito estavam divididas, haja vista que 46% opinaram entre péssimo e regular e 41% classificaram como bom e muito bom. Entre os respondentes, 11% não opinaram a este respeito. Percebe-se que, entre os servidores administrativos, há uma insatisfação maior com relação ao acompanhamento operacional de suas atividades por parte de seu superior (Figura 69).

Figura 69: Acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC (servidores administrativos).

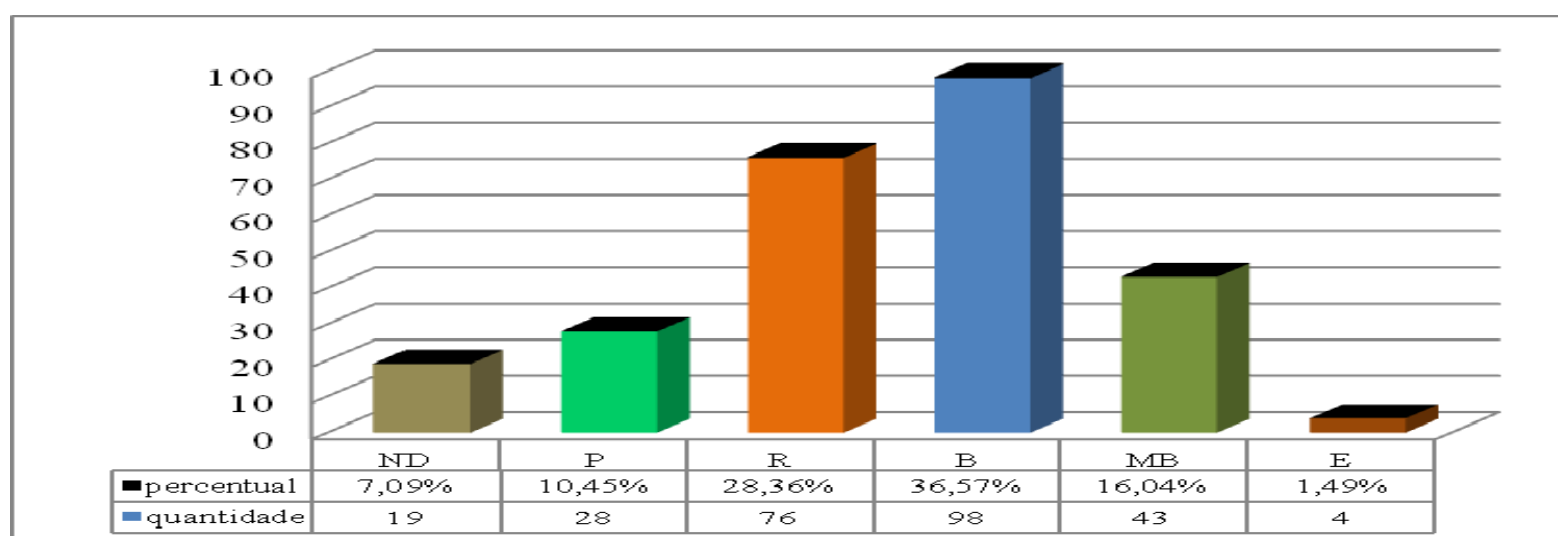


Fonte: Dados primários (2012).

No âmbito geral, há percepção positiva a respeito do

acompanhamento operacional das atividades pelos servidores do HU-UFSC, pois como é possível observar na Figura 70, 54,10% opinaram como bom, muito bom e excelente. Todavia, mais de 38% classificaram como regular e péssimo, e 7,09% preferiram não emitir opinião.

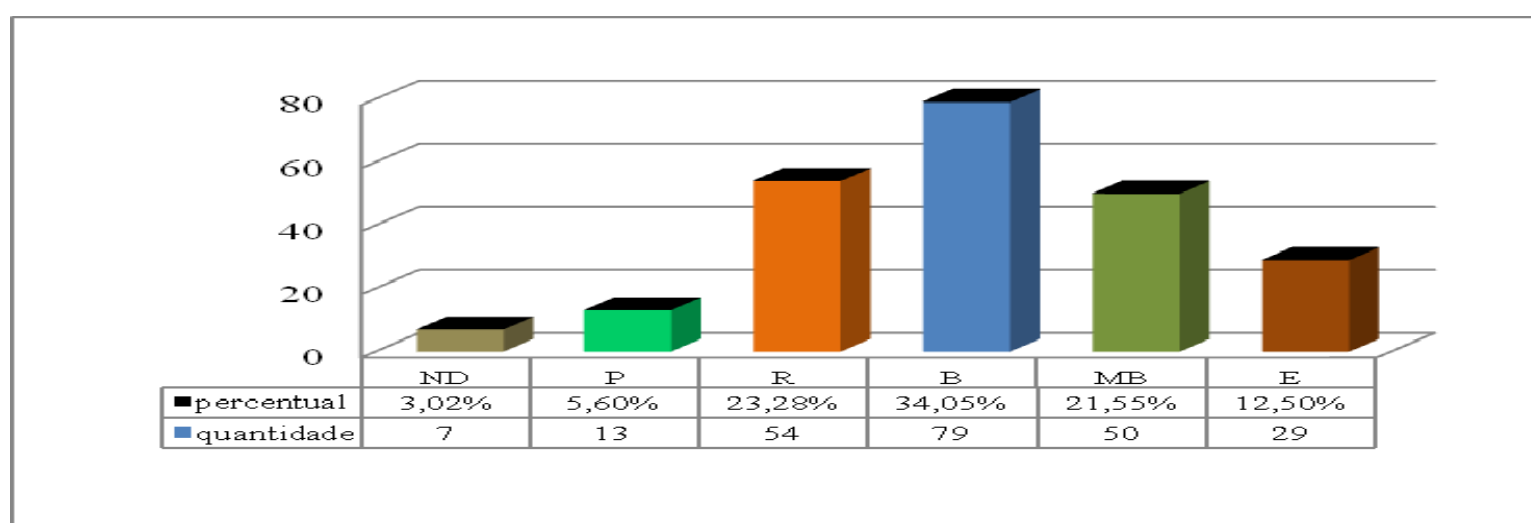
Figura 70: Acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A Cultura Organizacional também encontra explicações nas posturas de liderança e relacionamento entre servidores e chefias. No caso do HU-UFSC, observa-se, na Figura 71, que na ótica dos servidores que atuam na assistência direta ao cliente, aproximadamente 35% dos respondentes entendem ser muito bom e excelente este quesito. Em outro extremo, verifica-se que cerca de 29% não entendem da mesma forma, pois classificaram de péssimo a regular. Registre-se também que 34,05% optaram por opinar como boa.

Figura 71: Liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

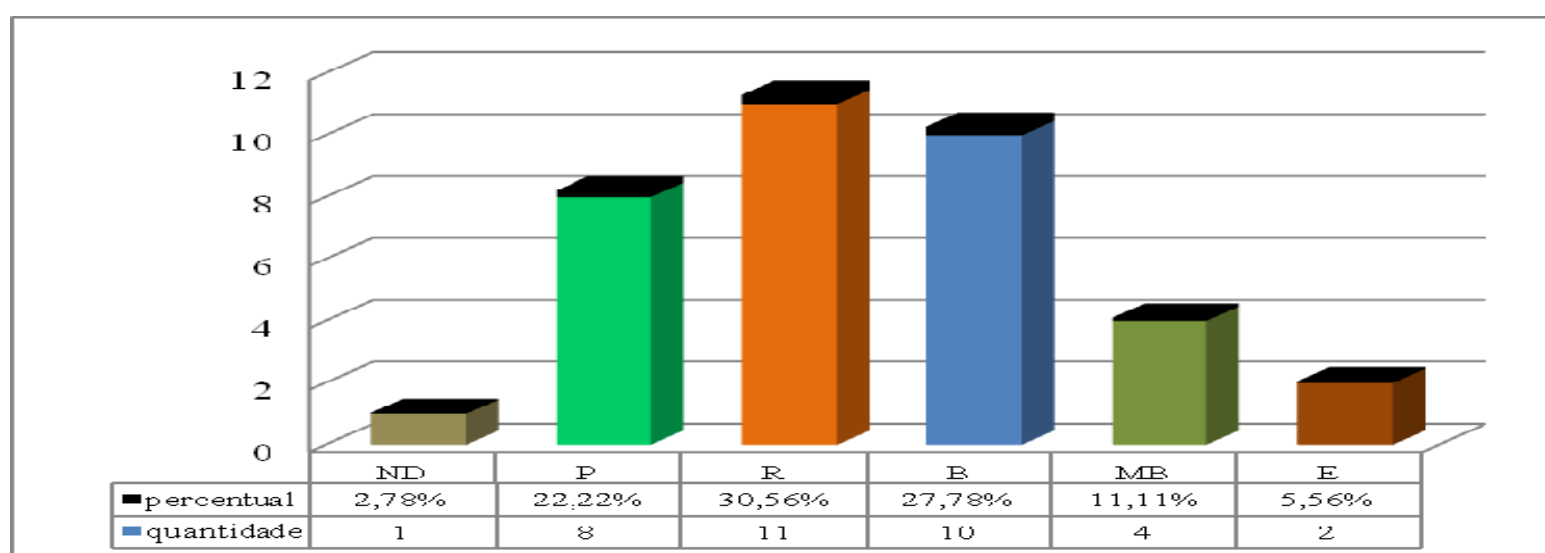


Fonte: Dados primários (2012).

Já os servidores que atuam nas áreas administrativas concentraram-se mais em péssimo e regular, em um total de 52% neste quesito. Vê-se ainda que somente 16,67% entendem ser muito bom e excelente. Salienta-se a opção bom em 27,78% (Figura 72).

Em análise dos dados das Figuras 71 e 72, percebem-se opiniões contraditórias a respeito de suas lideranças, observando-se respostas mais satisfatórias por parte dos servidores que atuam na assistência ao cliente.

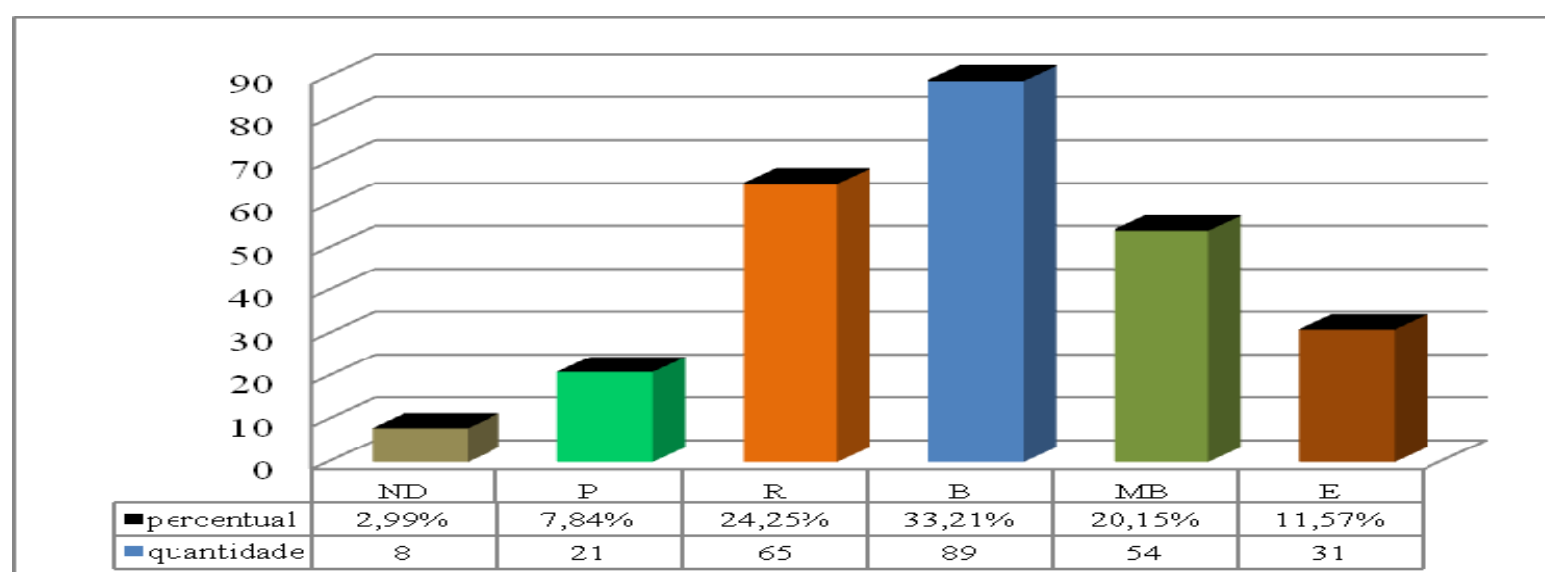
Figura 72: Liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Quando se aglutinam as respostas obtidas na pesquisa entre os dois grupos de servidores, percebe-se que as opiniões estão concentradas em bom, muito bom e excelente em 64,93%. Em contrapartida, 32,09% classificaram a liderança e o relacionamento do seu superior imediato no HU-UFSC como péssimo e regular (Figura 73).

Figura 73: Liderança e o relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Sobre este aspecto, os dirigentes de primeiro escalão interrogados destacaram que os atuais chefes do HU-UFSC são heróis, uma vez que para *San*, “todas as chefias de um modo geral procuraram vestir a camisa e acho que são verdadeiros heróis da instituição, porque sem planejamento, conseguiram segurar as pontas”. Por outro lado, o entrevistado *Etá* afirmou que existe um mito no HU-UFSC que precisa ser desconstruído, referindo-se ao:

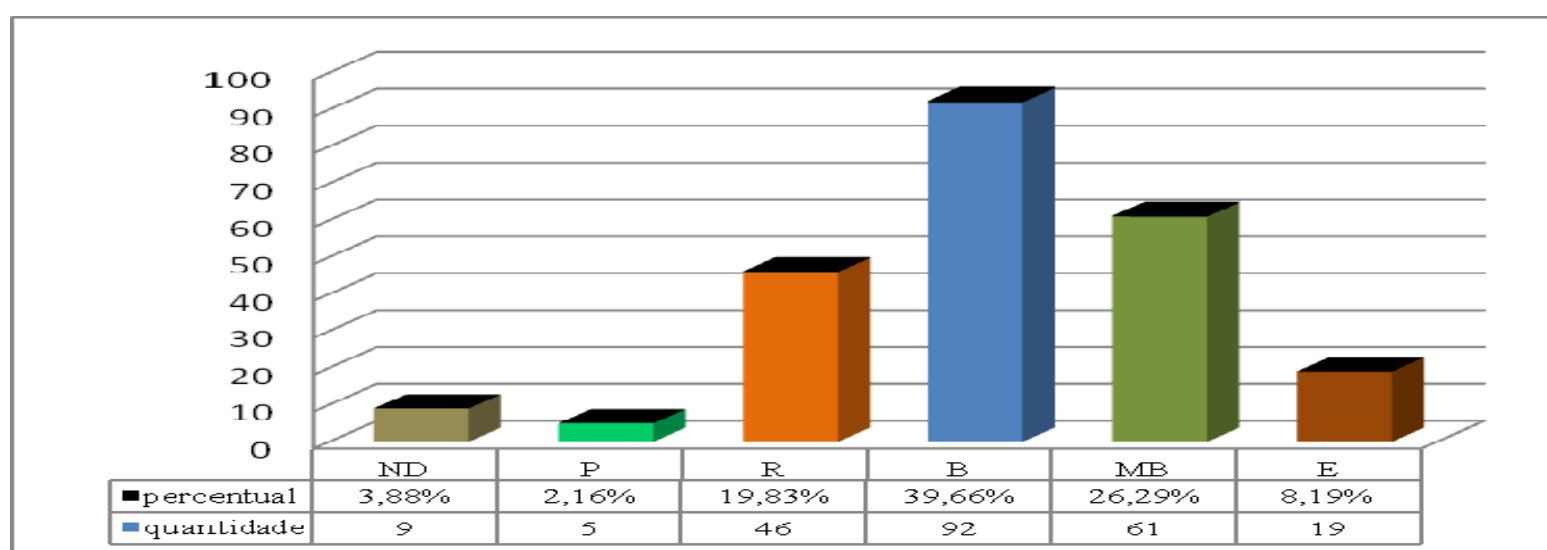
papel da chefia como aquele que resolve tudo, sem que as pessoas entendam que cada um tem responsabilidade. Pensando isso na questão da cultura organizacional, esse é um mito que tem que ser desfeito. Todos nós colaboramos com a instituição, talvez as chefias sejam um grande maestro, no sentido de que a orquestra funcione, mas se esse maestro sair, essa orquestra tem que continuar funcionando.

A liderança foi destacada como fator relevante à implantação do programa de Acreditação, pois deve haver a convocação de chefias de divisão e serviços para exposição dos objetivos e elaboração de cronograma de trabalho personalizado com características de cada serviço.

A interpretação do relacionamento dos servidores com as diversas unidades também foi questionada, visando compreender como a cultura organizacional do HU-UFSC pode contribuir à Acreditação hospitalar,

pois este programa requer ações interligadas e “afinadas” à missão e à visão das organizações prestadoras de serviços de saúde. A Figura 74 mostra que o relacionamento dos servidores de atuação na área de assistência a saúde com os gestores das diversas unidades em que atuam é considerado por mais de 73% como bom, muito bom e excelente. Todavia, há ainda uma pequena parcela de 21% que opinou como regular e péssimo no que se refere a este tipo de relacionamento no HU-UFSC.

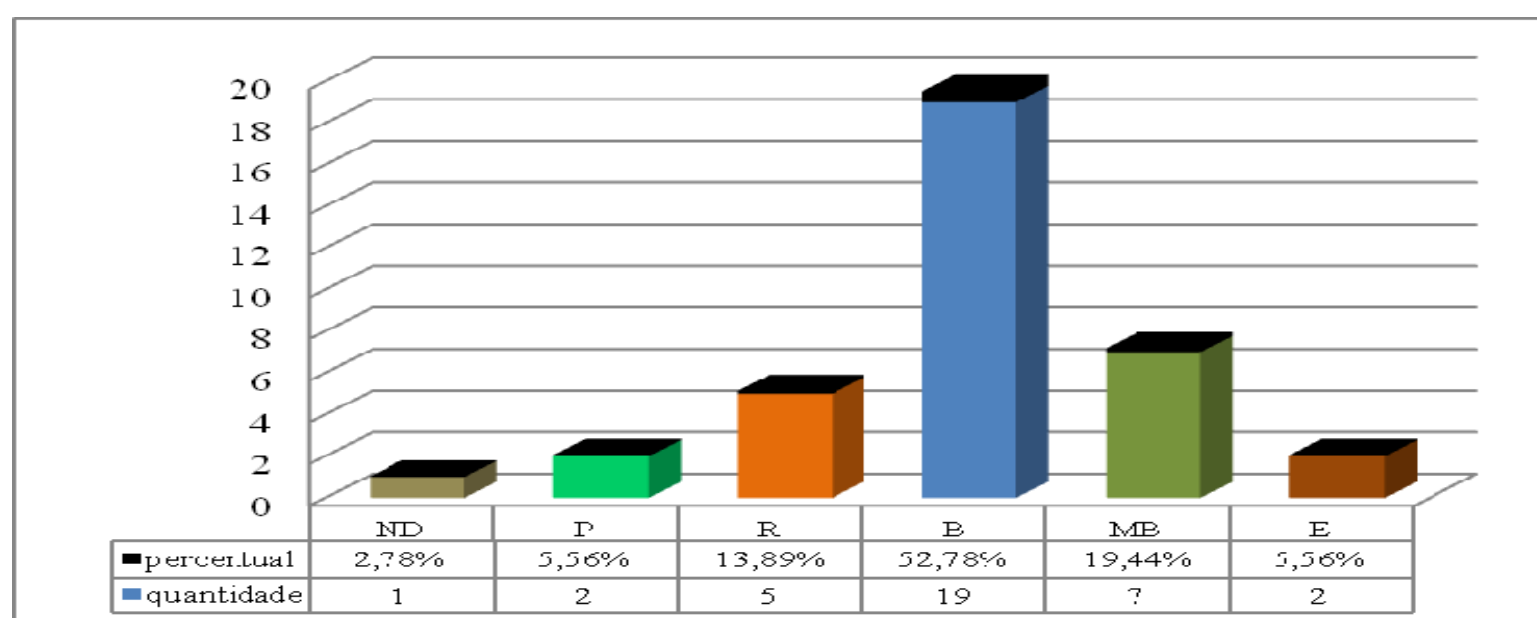
Figura 74: Relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Na opinião dos servidores administrativos, a respeito de seu relacionamento com os gestores das diversas unidades de sua área de atuação, também foi considerado bom, muito bom e excelente para a maioria dos respondentes (76%), sendo que 18% assinalaram péssimo e regular (Figura 75). Na análise das Figuras 74 e 75, percebe-se que as opiniões dos servidores entrevistados são semelhantes no que se refere à proximidade de percentuais dos conceitos emitidos para este quesito.

Figura 75: Relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC (servidores administrativos).

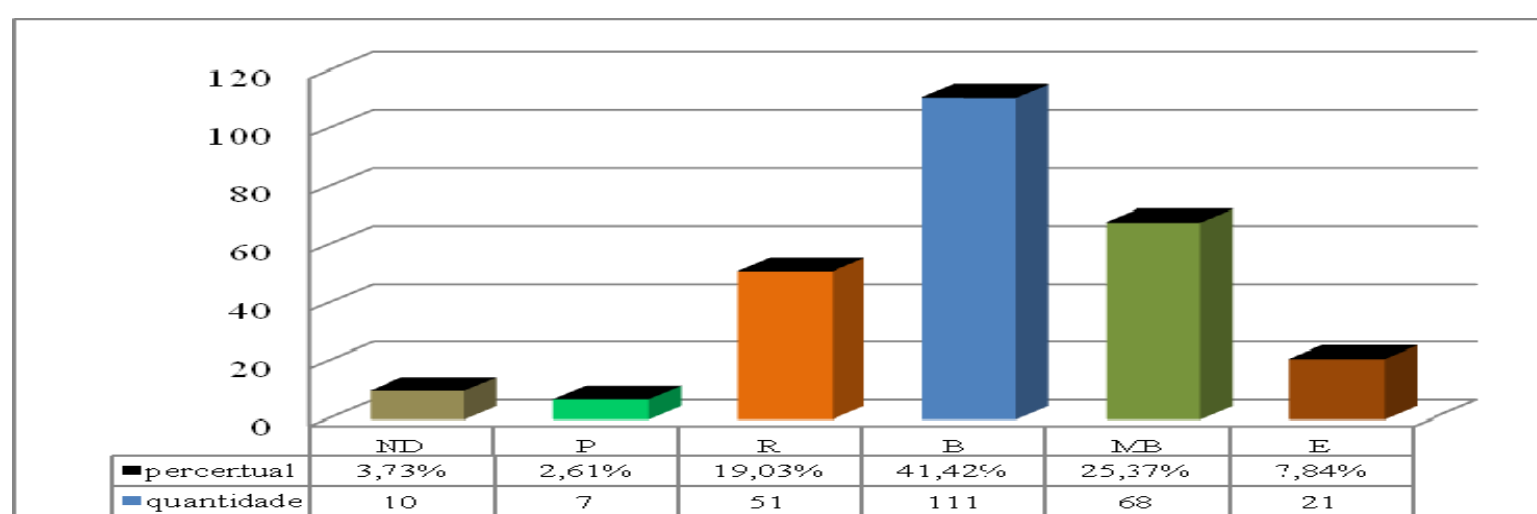


Fonte: Dados primários (2012).

Todavia, o entrevistado *Lambda* destaca a necessidade de estar alerta para “a crença na instituição de que quem faz deve fazer mais, ou seja, essas pessoas ficam sobrecarregadas. Isso é bastante visível na Diretoria [em minha opinião]”, afirmou.

A Figura 76 mostra que o relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC é percebido de maneira positiva por 74,63% dos entrevistados, que classificaram como bom, muito bom e excelente. Observe-se que somente 21,64% dos respondentes classificaram como péssimo e regular.

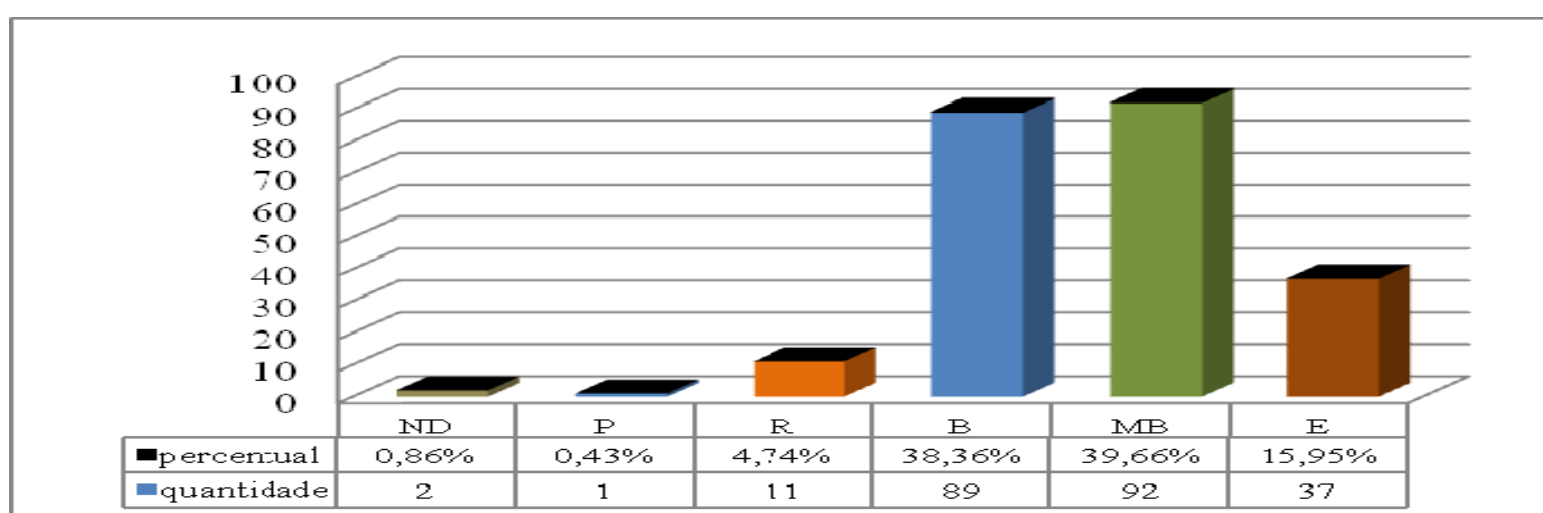
Figura 76: Relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

De modo idêntico à preocupação anterior, viu-se por bem averiguar o relacionamento longe das esferas hierárquicas. Sob este ponto de vista, a Figura 77 mostra como os servidores lotados nas áreas de assistência ao cliente percebem o relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC. Mais de 90% consideraram esse relacionamento bom, muito bom e excelente e somente 4% avaliaram como regular.

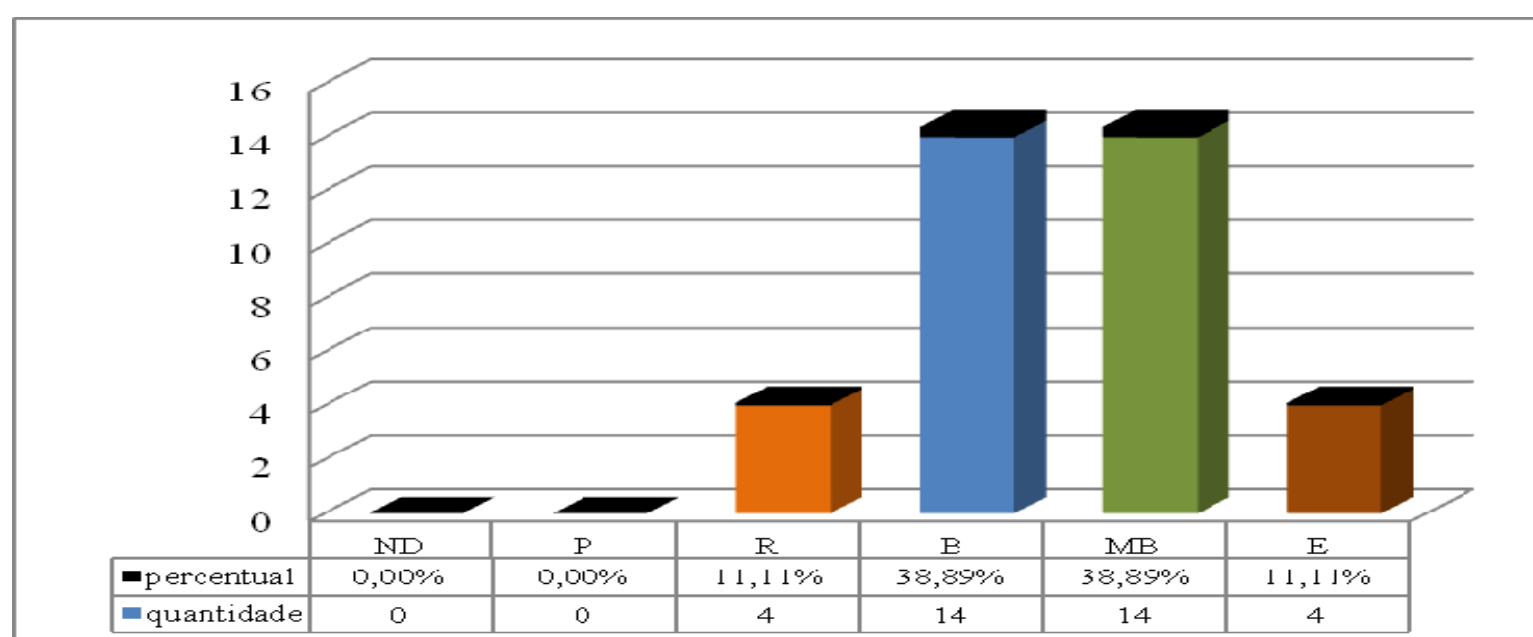
Figura 77: Relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, para os servidores lotados nas áreas administrativas do HU-UFSC, cerca de 87% consideraram bom, muito bom e excelente, ficando as opiniões bom e muito bom com o mesmo quantitativo de respostas. Todavia, 11% dos respondentes consideraram regular esse quesito (Figura 78). Analisando-se as Figuras 77 e 78, observa-se que as opiniões do conjunto de respostas dos servidores são semelhantes, essencialmente por apontarem para esta questão as alternativas bom e muito bom.

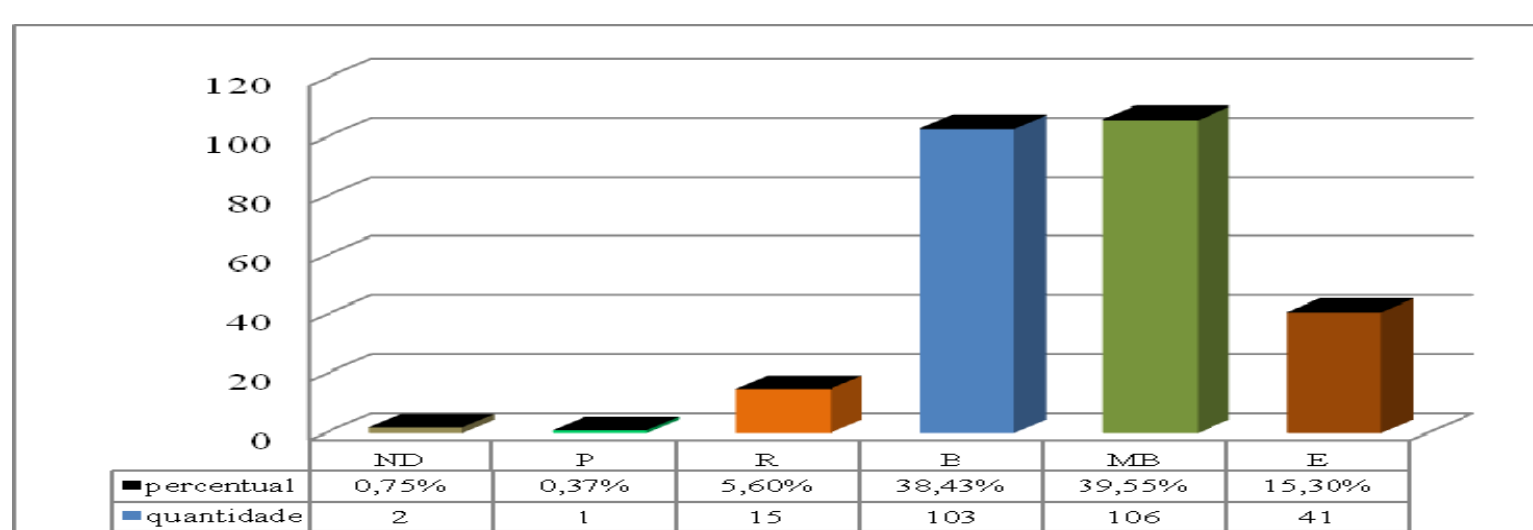
Figura 78: Relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Observe-se que sob o ponto de vista dos relacionamentos entre os colegas de trabalho que atuam na mesma profissão, há sentimento positivo, pois cerca de 93,28% assinalaram como bom, muito bom e excelente este quesito. Somente 5,60% opinaram como regular (Figura 79).

Figura 79: Relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A maneira positiva como os servidores percebem o relacionamento entre seus colegas de profissão é reforçado pela

afirmação do entrevistado *Etá*, que destacou a solidariedade no trabalho, aspecto que vem sendo focado por uma das diretorias do HU-UFSC, buscando fazer com que os servidores conheçam as rotinas de seus colegas: “a gente começou a fazer com que os trabalhadores circulassem um pouco mais, que entendessem um pouquinho mais o serviço dos outros, porque só assim eles conseguem ver que não é o seu serviço que é pesado, não é só a sua unidade que é pesada, existem outras realidades”. Outro comentário ressalta a disponibilidade do trabalho em equipe, que pode surgir do bom relacionamento profissional. Desta maneira, o entrevistado *Tau* apontou para um aspecto cultural relacionado à crença de que “podemos fazer algo a mais e melhor para os que mais precisam dessa instituição. Certeza de que, com o trabalho de equipe, o peso de sobrecarga será melhor assimilado por todos com resultados mais expressivos”.

Para compreender a cultura organizacional, foi indispensável indagar os dirigentes de primeiro escalão sobre suas opiniões a respeito dos fatores latentes desta variável predominante no HU-UFSC, a fim de se verificar a ótica dos que são responsáveis em pensar de forma estratégica o hospital. Desta forma, foi possível confrontar os pontos de vistas dos dois escalões estudados. Do ponto de vista da literatura especializada, vale lembrar que Freitas (1991) preconiza que existem vários elementos intrínsecos à cultura organizacional, ou seja, valores, crenças e pressupostos, ritos, rituais e cerimônias, estórias e mitos, tabus, heróis, normas. Muitos dos elementos intrínsecos à cultura organizacional já foram destacados por estarem relacionados às interrogações feitas aos servidores. Todavia, os elementos observados nas entrevistas, abordados a seguir, merecem destaque, pois estão estreitamente relacionados aos pontos assinalados pelos servidores, tanto que atuam na assistência direta ao cliente quanto os que dão o suporte administrativo indispensável à Acreditação Hospitalar Nível 1.

Por ser um hospital associado à UFSC, o trinômio – assistência, ensino e pesquisa – foi um forte valor referendado nas entrevistas. A este respeito, o entrevistado *Kappa* assinalou que esse é um dos principais valores que norteiam o hospital, afirmando que:

nossos valores estão formados em cima disso, nós somos um hospital que presta uma assistência de excelência, que o ser humano é o principal, ele está na frente das nossas ações, nós temos um valor de atender com segurança, com qualidade, de não causar nenhum dano a pessoa que procura o HU, nós somos um hospital público e gratuito,

nosso atendimento é público, gratuito e de qualidade, ética, respeito, tudo isso são valores que norteiam a atenção no HU.

Cabe destacar que, para os dirigentes de primeiro escalão que foram entrevistados, a ética, o compromisso, a honestidade, a solidariedade, o bom senso, o trabalho, a humanização, a competência profissional e a qualidade são características associadas aos valores positivos que permeiam as ações no HU-UFSC. Uma das diretorias de assistência direta ao cliente procura direcionar as questões assistenciais com foco nas necessidades humanas básicas, realçada pelo entrevistado *Kappa* ao asseverar que “temos como valores que o ser humano não é uma pessoa isolada, que ele tem família, que ele tem todo um mundo lá fora e que a hospitalização não tira esse direito dele, então por isso se trabalha pela presença do acompanhante, além de ética, segurança, são valores que a equipe também têm adotado no atendimento ao doente”. Pensamento semelhante possui *Etá*, quando afirmou que este segmento profissional possui uma filosofia escrita desde a criação do HU-UFSC, e que é transmitida aos servidores para que faça parte do cotidiano de cada um. Esta mesma área de atuação profissional busca criar para seus funcionários espaços democráticos, realizando assembleias gerais, onde cada um pode expressar suas ideias.

Os valores relacionados ao outro grupo de profissionais estão diretamente ligados a cada especialidade, porém *Sigma* destaca: o que é comum está no fato de os “(...) profissionais que trabalham aqui, sejam eles docentes ou não docentes, (...) ou servidores, [eles tem] necessitam ter um espírito que além de dar assistência aos doentes, que é uma coisa intrínseca, eles têm o espírito de ensinar [...], não podemos perder a visão do hospital, que é o hospital que tem como princípio formar pessoas, dando uma assistência de excelência”. Importante lembrar que, em Freitas (1991), esta preocupação foi um dos pontos de sua obra, quando salienta que os valores de uma organização sinalizam que questões são prioritárias e comunicam ao mundo exterior o que se pode esperar da organização. Tais declarações permitem admitir que o HU-UFSC, por ser um hospital de ensino, o “espírito de ensinar” está imbuído nas suas atividades, inerente à assistência prestada naquele nosocômio, visto ter sido concebido com o compromisso de ser um hospital de ensino, pesquisa e extensão, o que foi explícito no discurso inaugural de seu idealizador, Dr. Polydoro (SÃO THIAGO, 1983).

Os valores supramencionados pelos entrevistados sinalizam para

uma cultura organizacional que busca a qualidade no atendimento ao cliente, onde está arraigado o cuidado e respeito ao ser humano que busca a resolução de seus problemas de saúde nas dependências do HU-UFSC. Neste contexto, vale lembrar a complexidade imbuída nas atividades que se desenvolvem numa organização hospitalar. O processo de tratamento de uma enfermidade envolve diversos profissionais, com saberes, condutas e culturas próprias de sua formação, envolvendo aspectos emocionais e sentimentais, tornando este processo peculiar e específico.

Dentre os ritos, rituais e cerimônias destacados nas entrevistas, foram citados: a jornada científica do HU-UFSC, que era uma cerimônia que acontecia anualmente e que, ao longo do tempo, deixou de acontecer. Com isso, eventos científicos desse porte passaram a ser promovidos isoladamente por categorias profissionais e não mais como um evento único que envolvia todas as categorias profissionais no HU-UFSC. Outras cerimônias que marcam datas festivas, como o dia do servidor e o aniversário do hospital, deixaram de acontecer. Na opinião de *Etá*, “essas datas festivas como a data do aniversário do HU, dia do servidor, tudo isso eram datas importantes, que nós tínhamos como algo de fortalecimento, e que também acho que ao longo do tempo se perdeu”. Sobre este aspecto, vale lembrar a posição de Freitas (1991), quando assinalou que os rituais de cerimônia são momentos de confraternização configurados como ritos de integração que permitem momentos de descontração, de liberação de emoções de afrouxamento momentâneo das normas.

O entrevistado *Kappa* fez questão de realçar que a passagem de plantão, as eleições aos cargos de chefias e o remanejamento interno são rituais que acontecem numa das diretorias de assistência à saúde. Outro ritual destacado foi o treinamento de inserção dos novos profissionais e acompanhado operacionalmente por 60 dias, a fim de ter seu desempenho avaliado. Neste período, o servidor é orientado sobre a maneira de execução de suas atividades. Sobre o remanejamento de pessoal, como ritual de valorização do servidor, advertiu: “o funcionário melhor, que tem uma avaliação de desempenho melhor, que participa mais de cursos de capacitação, [então] a gente faz essa avaliação para que as vagas melhores sejam ocupadas por aquelas pessoas que realmente tenham uma maior dedicação à profissão, e não por gostar de um fulano”, isto é, seguindo o princípio do merecimento. Este é um aspecto interessante que vai ao encontro da percepção dos servidores sobre a capacitação dos profissionais na sua área de atuação.

Por sua vez, *Alfa* sinalizou para o mito desconstruído no HU-

UFSC, em “que o acompanhante, na hora do parto, não ia se comportar direito, ia atrapalhar, ia contribuir de maneira negativa no processo de assistência e a gente demonstrou que, pelo contrário, até contribui para a colaboração da paciente, por melhores resultados, isto até tem trabalhos, isso gerou dentro do serviço alguns trabalhos interessantes”. Como mencionado no Capítulo 2, nas palavras de Freitas (1991), os mitos caracterizam-se por simbolismos flexíveis que podem ser mudados e reinterpretados de acordo com o contexto e no momento em que estão inseridos.

Sobre a questão relacionada às normas do HU-UFSC, *San* destacou que há em seu âmbito um “regimento interno que define as atribuições de cada nível, do Diretor, do Vice, das diretorias, serviços e seções e, claro, à medida que vai descendo, as atribuições são menores”. Convém destacar que o HU segue legislações específicas da área da saúde, o código de ética do servidor e o plano de cargos e salários, dentre outras.

Para grande parte dos entrevistados, a norma se faz necessária para o bom andamento das organizações, por isto, na compreensão de *Ômega*, “as normas são indispensáveis para que se consiga que um grupo de pessoas trabalhe para um objetivo comum, seguindo um caminho tido como adequado, com comportamentos esperados”. Nesta perspectiva, *Epsilon* referiu que “algumas normas bem importantes devem ser observadas ou lembradas, e eu acho assim, que se você quer realmente que um setor, um serviço evolua, que as coisas melhorem, você tem que usar das normas”.

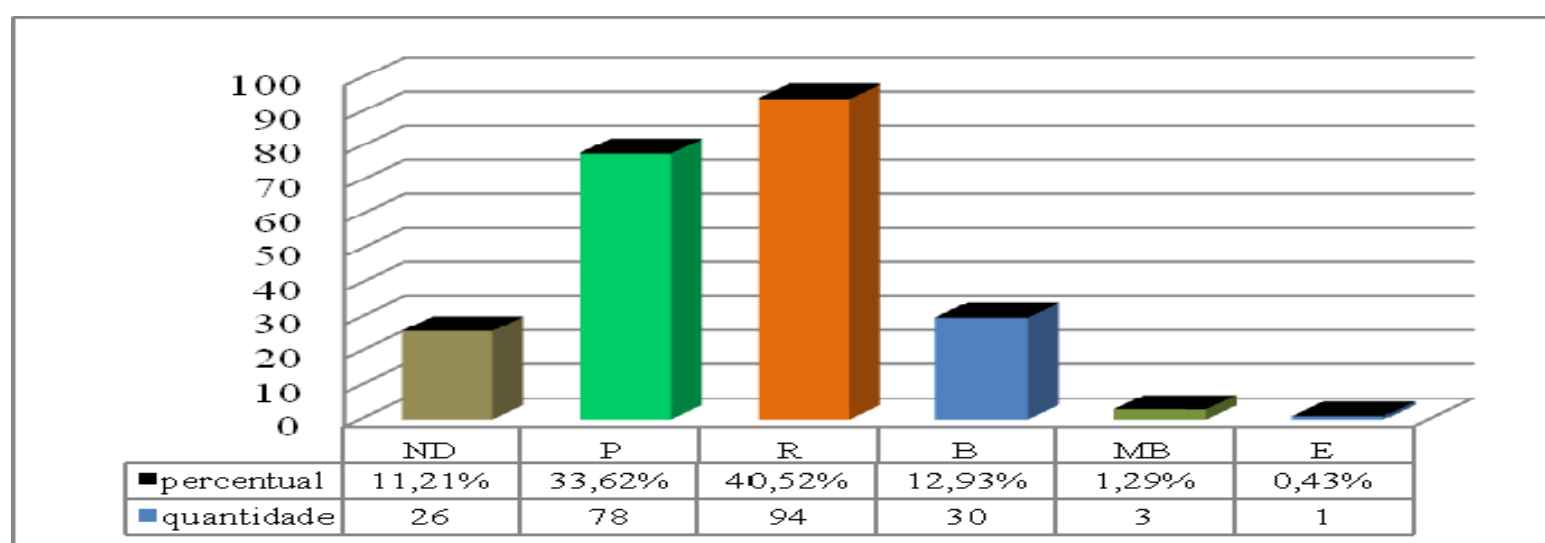
Os preceitos culturais abordados na entrevista podem facilitar a implantação de um programa de Acreditação. Na opinião do entrevistado *Kappa*, “não tem uma coisa específica que diga: isso só ajuda; depende, como tudo, do uso que as pessoas fazem, do uso que os gestores fazem, principalmente porque essas coisas precisam ser compreendidas pelos gestores e saber o lado positivo [*também*], porque se não souber, claro que vai sobressair o negativo”. *Alfa* possui uma opinião semelhante à de *Kappa*, pois sublinhou que “todos podem facilitar e todos podem dificultar [...], tanto podem ajudar no sentido positivo, quanto negativo”. Relembrando Quinto Neto e Bittar (2004, p. 15), pode-se perceber que estas posições convergem quando afirmam que “a cultura influencia a qualidade de maneira positiva ou negativa, de acordo com os atributos e comportamentos que impregnam na instituição”.

Na opinião de *Etá*, as normas podem facilitar “(...) se elas forem bem elaboradas, se elas forem claras, se elas forem compreendidas por

todos e se elas forem aplicadas a todos (...)”, e por outro lado, advertiu que elas podem dificultar “(...) quando não são claras, quando a gente faz uma norma, um setor faz e outro não”. Entende que os outros preceitos de cultura podem ser superados com uma boa comunicação, porém no caso das normas – não, haja vista que “as normas são necessárias para a vida institucional, mas elas precisam ser claras, e elas estão inclusive na acreditação, porque a acreditação, me pergunta se eu tenho normas, se eu tenho normas para gestão de pessoas, se eu tenho normas para isso, norma para aquilo, então isso tem que estar estabelecido”. A afirmativa fortalece o entendimento da autora desta dissertação sobre o elo do endomarketing no processo de Acreditação Hospitalar.

A sensibilização dos servidores sobre a implementação de qualquer tipo de programa gerencial que altere a zona de conforto nas organizações exige a utilização de técnicas e ferramentas de comunicação interna, isto é, do endomarketing. Por estas razões, analisou-se esta variável como facilitadora e elo da gestão da cultura organizacional, visando a Acreditação hospitalar Nível 1. Sobre esta variável, pode-se constatar, na interpretação da Figura 80, que os servidores que atuam na assistência direta ao cliente consideraram péssimo e regular a divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC. Observa-se que somente cerca de 13% consideraram bom e muito bom e que 11% nada declararam a respeito da divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação).

Figura 80: Divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

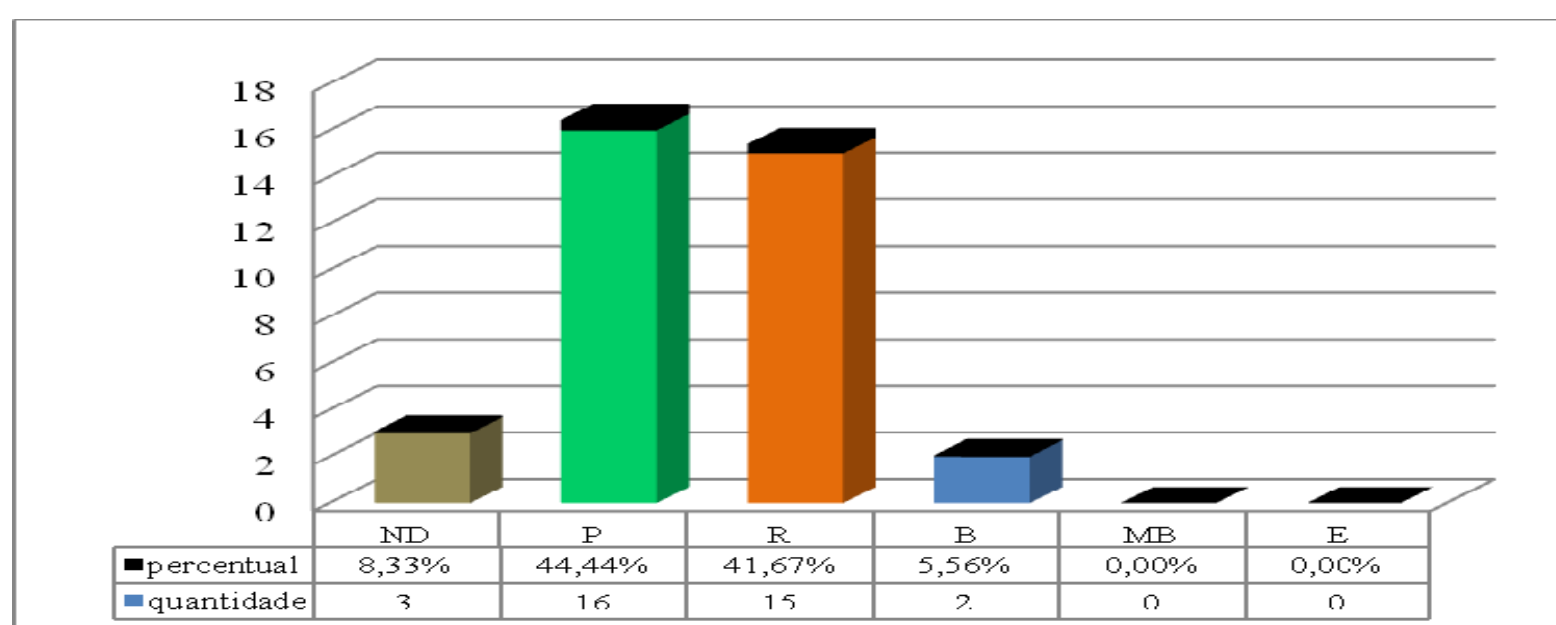


Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, entre os respondentes que atuam nas áreas administrativas, cerca de 85% consideraram a circulação deste tipo de informação péssimo e regular e somente 5% consideraram boa. Percebe-se que 8% preferiram não opinar (Figura 81).

Em análise das Figuras 80 e 81, nota-se que as opiniões são bastante semelhantes entre os profissionais das duas áreas de atuação, o que permite afirmar que há uma lacuna na divulgação deste tipo de informação no HU-UFSC.

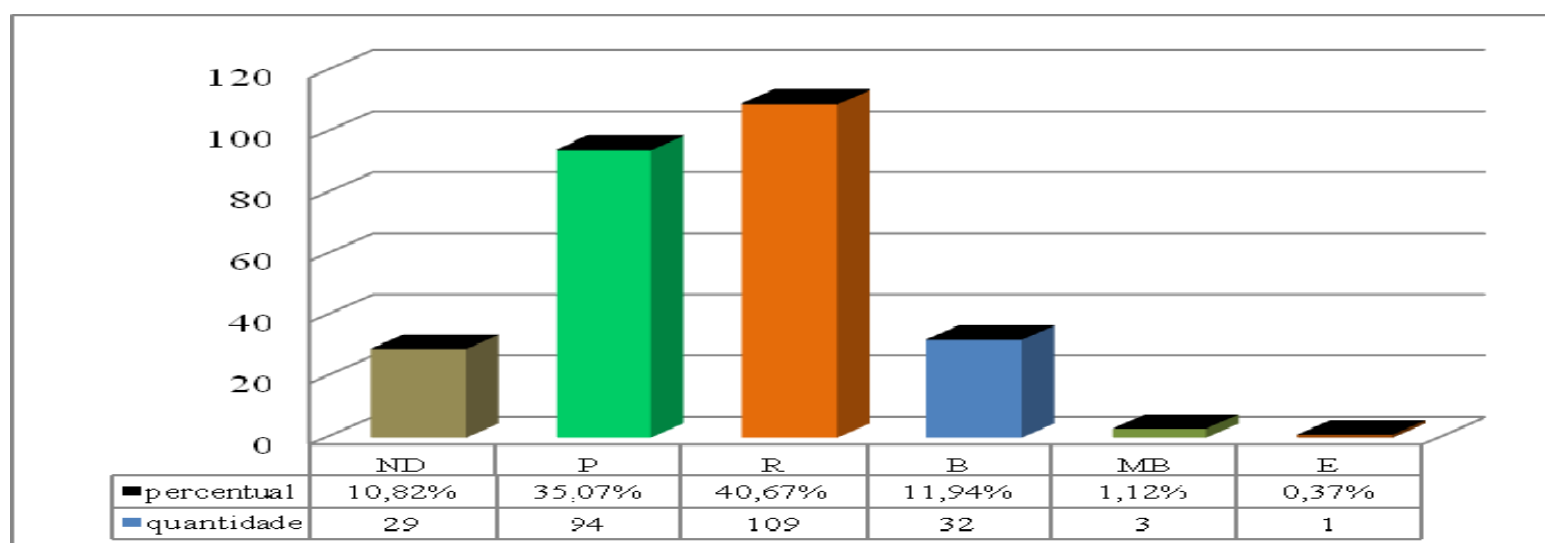
Figura 81: Divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Ao aglutinar as opiniões emitidas pelos dois grupos de servidores, constatou-se que esta questão merece atenção, uma vez que as respostas concentraram-se em péssimo (35,07%) e regular (40,67%). Salienta-se que 10,82% não opinaram e que somente 13,06% classificaram como bom e muito bom, sendo que 1,12% considerou muito bom (Figura 82).

Figura 82: Divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação) no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

De acordo com os dirigentes, no que concerne ao papel dos funcionários na implantação da Acreditação, as opiniões se assemelham no sentido de que é necessário o envolvimento e comprometimento de todos neste trabalho, bem como entender o programa de Acreditação e participar ativamente do processo de implantação. Vale lembrar que, na ótica de Cerqueira (1994), o envolvimento e o comprometimento possuem conotações distintas, uma vez que o indivíduo envolvido está descompromissado, aderindo ao novo somente de forma superficial, não havendo uma aceitação individual. Por sua vez, ele adverte que o comprometido é aquele sujeito que incorpora a ideia e dá o máximo de si para fazer o que precisa ser feito. Isto reforça o fato de que os servidores sejam sensibilizados da importância da assistência de qualidade para que possam defender e aplicar os preceitos da Acreditação hospitalar.

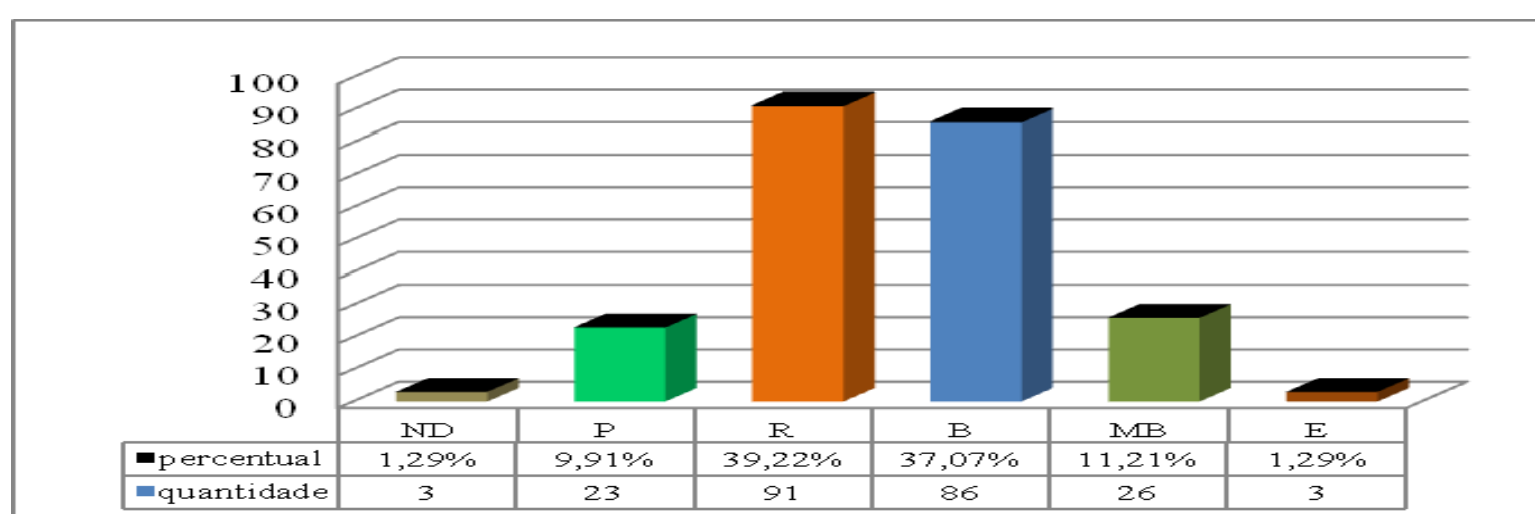
Reforçando o exposto, o envolvimento das pessoas na implantação da Acreditação é um passo relevante para o sucesso deste programa. Inclusive, no entendimento de alguns entrevistados, o endomarketing terá papel crucial de sensibilizar as pessoas. Por exemplo, o entrevistado *Kappa* afirmou que a referida ferramenta “(...) é um instrumento que pode contribuir para que tu trabalhes com as pessoas aonde tu queres chegar, então ele pode funcionar como instrumento de comunicação que permita que as pessoas discutam, ampliem seus conhecimentos, amplie a participação de todos”. Por sua vez, *Ômega* acredita que o endomarketing “é a ferramenta para que os

funcionários saibam o que a instituição quer deles”.

O registro de informações é outro requisito básico à obtenção da certificação de Nível 1 e imprescindível aos processos de trabalho desenvolvidos numa organização prestadora de serviços de saúde, por isso é relevante a opinião dos entrevistados a respeito do registro de informações em geral utilizados pelo HU-UFSC.

Desta forma, a Figura 83 revela o que os servidores lotados nas áreas de assistência direta ao cliente pensam sobre os registros de informações em geral utilizados pelo HU-UFSC, mostrando que as opiniões estão divididas em 48%, que consideraram este quesito péssimo e regular, e 48%, que acharam bom e muito bom. Percebe-se ainda que o mesmo percentual (1%) se aplicou ao conceito excelente e aos que não quiseram opinar.

Figura 83: Registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

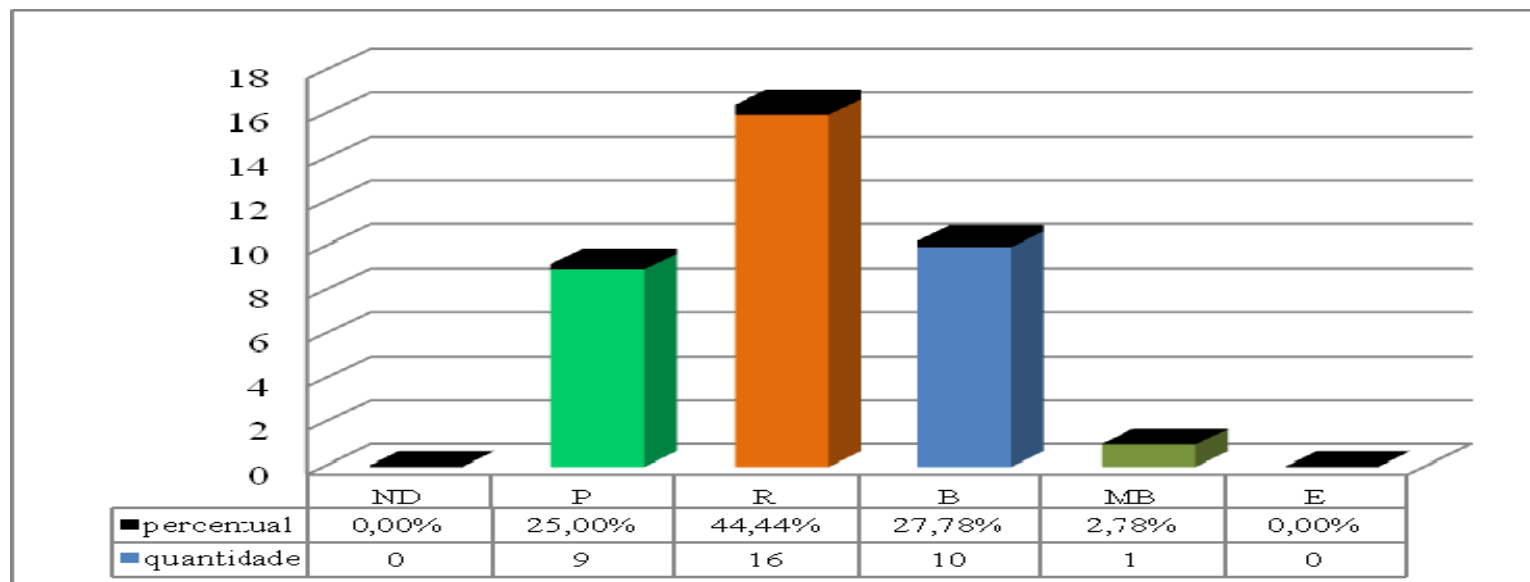


Fonte: Dados primários (2012).

Para os servidores administrativos, a opinião que predomina sobre o registro de informações em geral no HU-UFSC é o regular, com 44%. Mesmo assim, 27% consideraram bom, e 25%, péssimo (Figura 84).

Na análise das Figuras 83 e 84, pode-se perceber que as opiniões são semelhantes, porém os servidores administrativos são mais críticos em relação aos registros de informações no HU-UFSC.

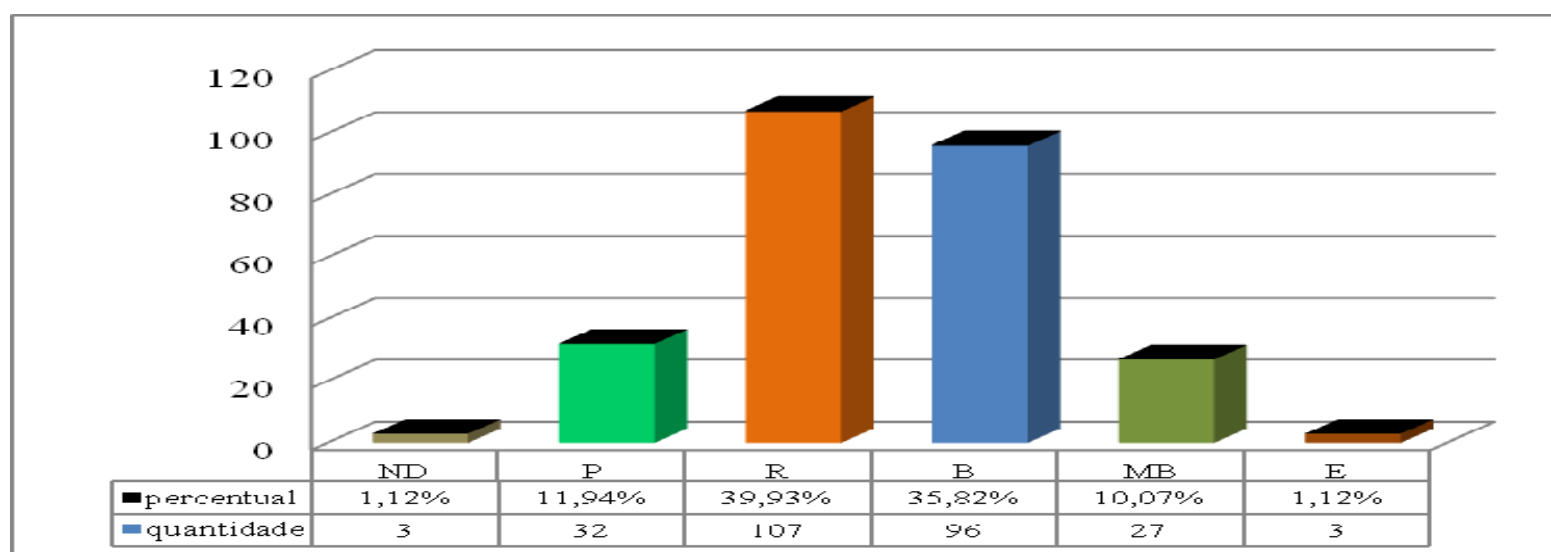
Figura 84: Registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A Figura 85 permite constatar que para os servidores que participaram da pesquisa, o registro de informações no HU-UFSC foi considerado como regular e boa na sua maioria. Destes respondentes, 11,94% assinalaram para péssimo e 10,07% responderam muito bom.

Figura 85: Registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



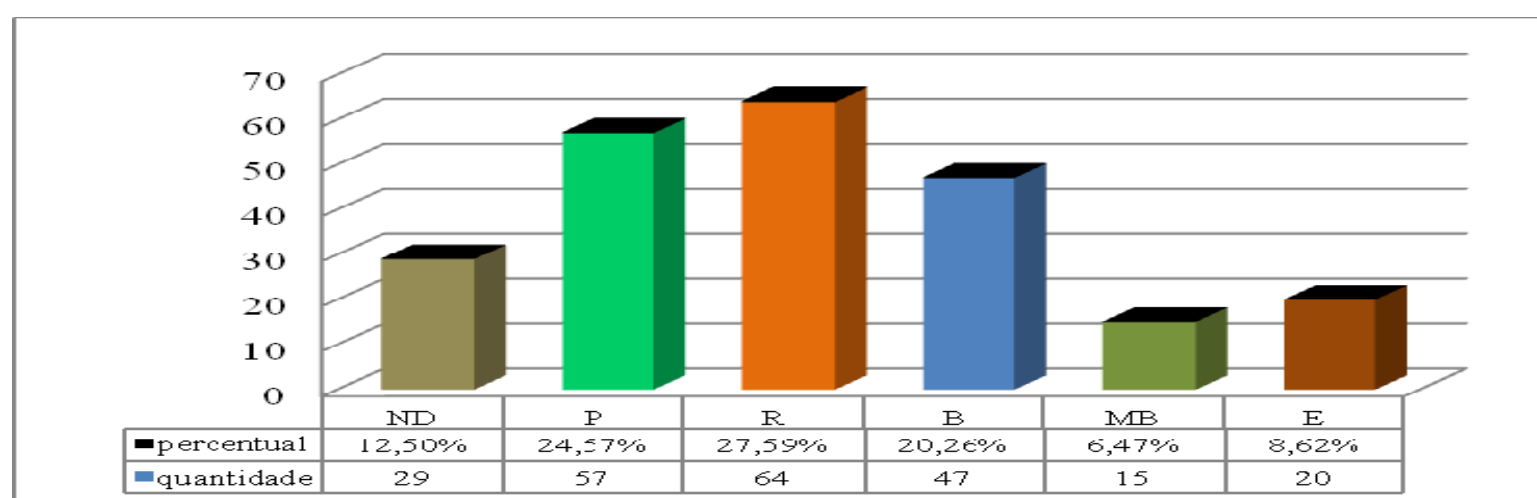
Fonte: Dados primários (2012).

Na ótica de alguns dirigentes de primeiro escalão, ações imediatas à implantação de um programa de Acreditação no HU-UFSC passam pela elaboração de protocolos em todas as áreas. Relembrando o

que alerta Bittar (1004): a Acreditação implica em ações que vão além da aplicação da técnica, principalmente no que diz respeito à documentação do tratamento efetivado, e isto é um fator dificultante à implantação do programa devido ao desapareço dos profissionais de saúde em preencher papéis com registros históricos do hospital, dos clientes, dos tratamentos, tornando impossível a tabulação dos dados, dificultando a identificação de não-conformidades.

A promoção de palestras sobre a introdução do programa de Acreditação é uma ferramenta de endomarketing importante para a sensibilização dos servidores, bem como esclarece o tipo e o benefício que a certificação traz para o hospital. Por isto, buscou-se saber o que pensam os servidores a propósito da promoção de palestras de sensibilização sobre programas de Acreditação Hospitalar na área de atuação dos profissionais. A percepção de 51% dos servidores lotados nas áreas de assistência ao cliente foi como péssimo e regular. Veja que somente 15,47% consideraram muito bom e excelente. A alternativa boa foi assinalada por 20,26% dos respondentes (Figura 86).

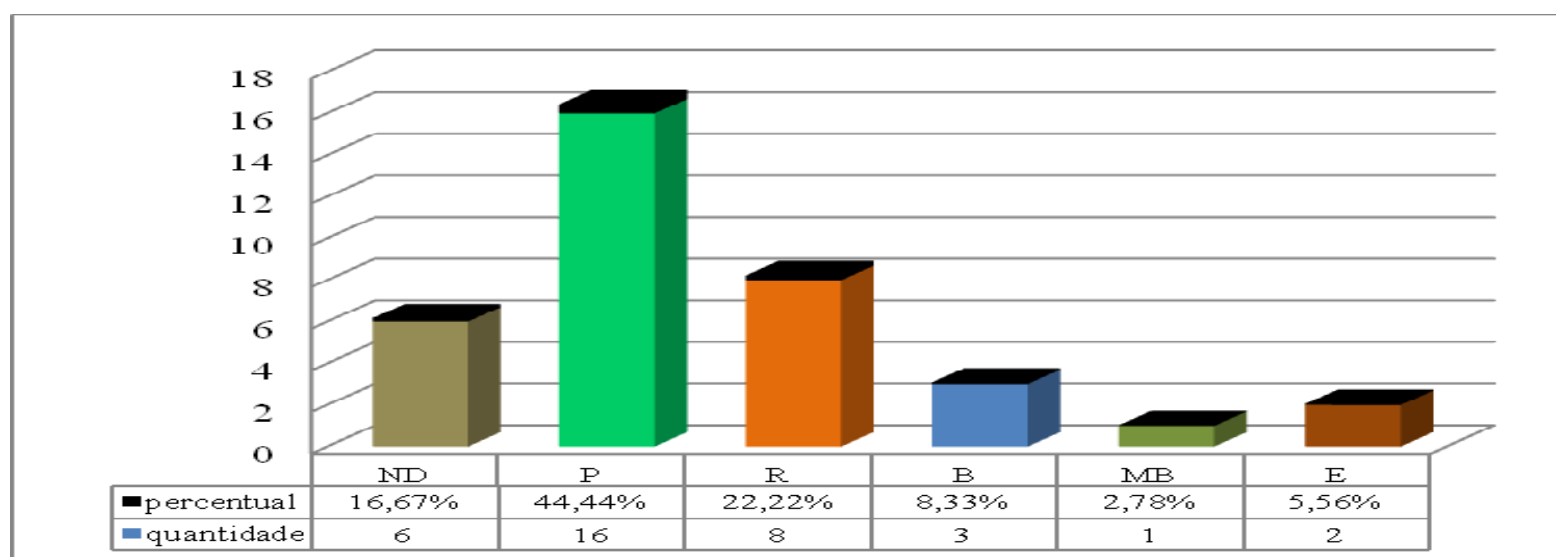
Figura 86: Promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Já entre os servidores administrativos, 66% consideraram a promoção de palestras sobre Acreditação péssimo e regular, conforme se pode observar na Figura 87. Perceba-se que somente 15% sinalizaram para bom, muito bom e excelente e que 16% dos entrevistados não emitiram opinião sobre o assunto em questão.

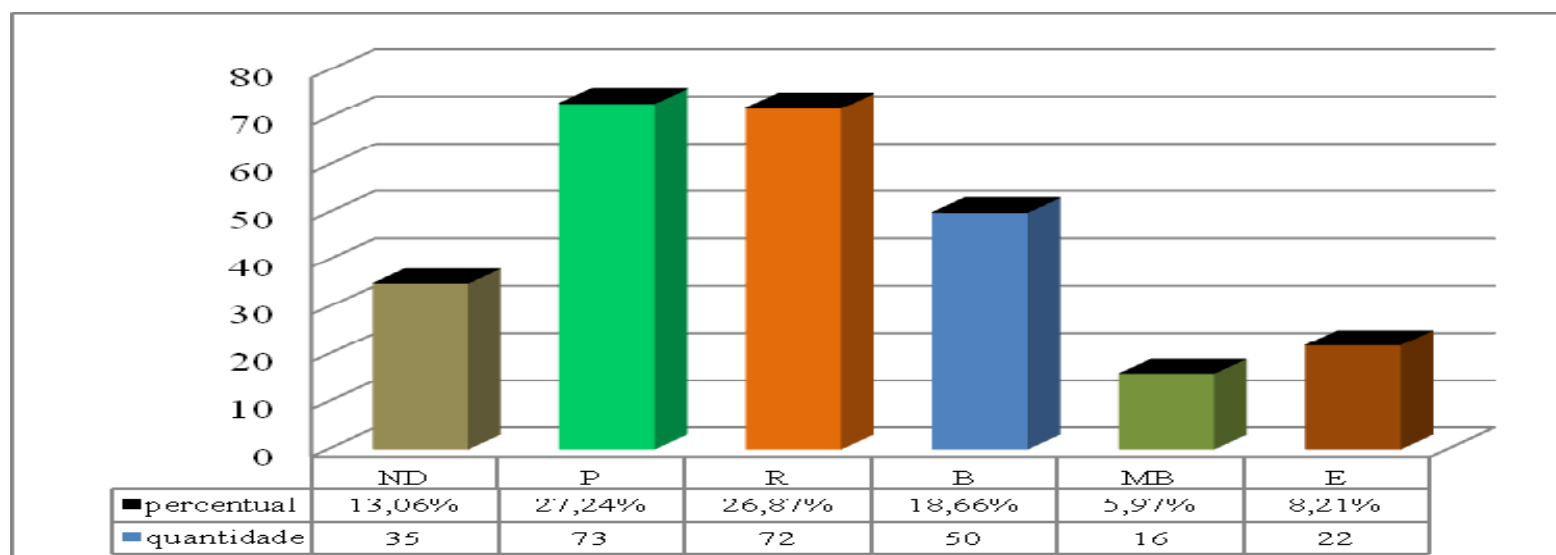
Figura 87: Promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Observa-se que a Figura 88 mostra uma insatisfação dos servidores de ambos os grupos de profissionais quanto à promoção de palestras sobre Acreditação, pois as opiniões se concentraram, em sua maioria, em péssimo (27,24%) e regular (26,87%). Por sua vez, 32,84% classificaram como bom, muito bom e excelente este quesito. Cabe salientar que 13,06% não se manifestaram a respeito do assunto.

Figura 88: Promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) na sua área de atuação no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Como já destacado, o entrevistado *Tau* salientou em uma de suas falas que a próxima gestão do HU-UFSC precisa retomar é a do planejamento estratégico com ênfase na Acreditação Hospitalar, principalmente pelas exigências legais por conta da Portaria do REHUF. Porém, pode-se analisar, pela resposta dos entrevistados, que não está sendo feito nada de imediato no sentido de buscar a Acreditação.

O entrevistado *Epsilon* disse que houve um trabalho no planejamento estratégico, na estratégia de Acreditação com uma tentativa de diagnóstico da organização com a Empresa Junior, no intuito de avaliar se o HU-UFSC estava próximo do Nível 1, porém devido à aposentadoria da coordenadora da estratégia, este trabalho não teve continuidade por parte dos envolvidos. A criação da comissão de segurança do paciente foi citada como uma ação neste sentido, mas do ponto de vista do entrevistado *Ômega*, os trabalhos caminham lentamente, sem suporte da direção da instituição. Tais colocações vão ao encontro das respostas dos servidores a propósito da promoção de palestras de sensibilização sobre programas de Acreditação, conforme pode ser observado na Figura 88.

Por outro lado, na aceção dos entrevistados, é imprescindível que todas as categorias profissionais estejam envolvidas no trabalho de implantação da Acreditação, com ampla divulgação entre os níveis funcionais do HU-UFSC. Apesar de os entrevistados acharem imprescindível a participação de todos na implantação da Acreditação, a Figura 89 demonstra claramente que nada tem sido feito em termos de sensibilização para isso.

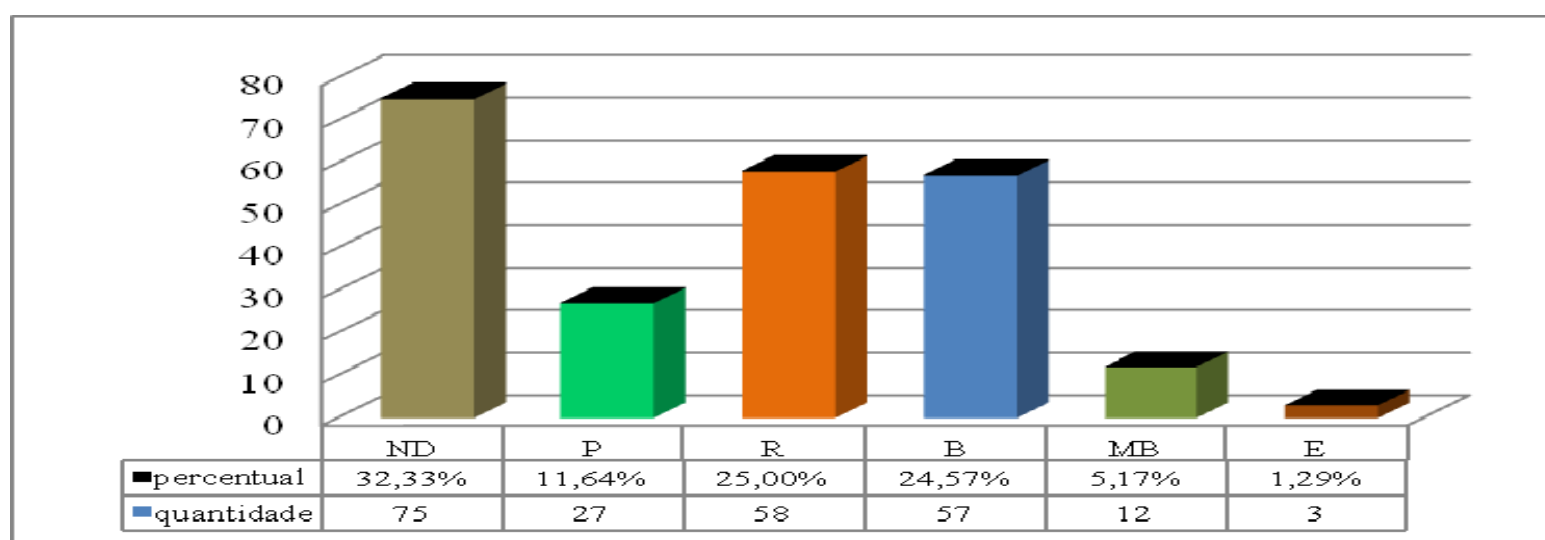
Todavia, a preocupação manifestada pelos entrevistados fortalece o estudo realizado, sob o prisma da relação do endomarketing na efetivação da Acreditação, pois evidencia os pontos de vista de Cobra (2001) e Grönroos (2003), quando alertam que o principal na técnica do endomarketing é garantir que todos na organização, desde o funcionário de recepção ao nível de gerência, entendam e realizem as atividades e as ações em um ambiente que balize a consciência da importância do cliente, bem como a interação das pessoas em busca do saber da relevância de seu trabalho e sua participação no processo administrativo, capaz de satisfazer todo tipo de cliente das organizações.

Da mesma forma, as palestras promovidas pela administração de uma organização prestadora de serviços de saúde são ferramentas de endomarketing que propiciam aprendizado e integração entre os servidores.

A Figura 89 revela a opinião dos servidores lotados nas áreas de assistência ao cliente a respeito das palestras promovidas pela

administração no auditório do HU-UFSC, mostrando que 32% dos entrevistados preferiram não se manifestar sobre o assunto. Por sua vez, os que opinaram consideraram, na sua maioria, péssimo e regular (36%). Veja que somente 6,46% entenderam como muito bom ou excelente. Para cerca de 25%, este quesito é bom.

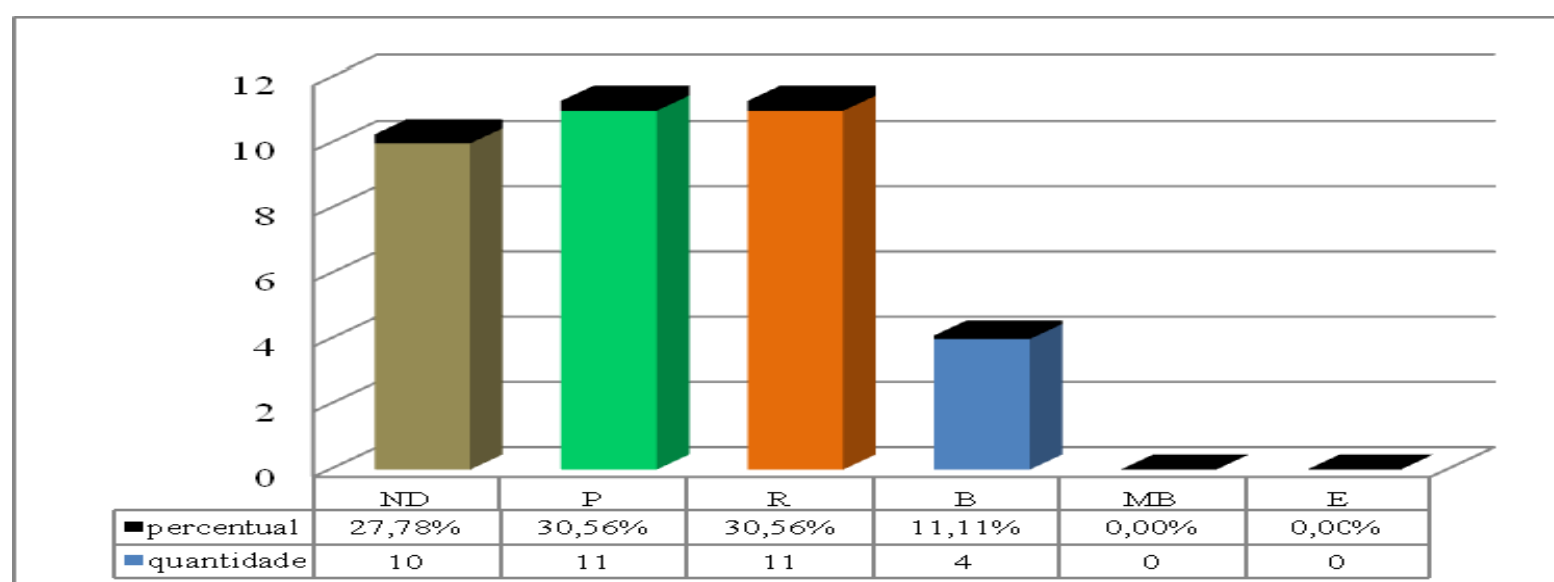
Figura 89: Palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC - promovidas pela administração (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Os servidores lotados nas áreas administrativas, quando questionados sobre as palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC, avaliaram como péssimo ou regular, num percentual 61,12%. Percebe-se que somente 11% classificaram como boa (Figura 90). Ao analisar as Figuras 89 e 90, pode-se verificar que em ambos os grupos de profissionais, o percentual de entrevistados que não opinou a respeito do quesito foi alto, 32% e 27%, respectivamente. Percebe-se que as duas figuras mostram claramente que os respondentes não estão satisfeitos com a promoção de palestras no auditório do HU-UFSC.

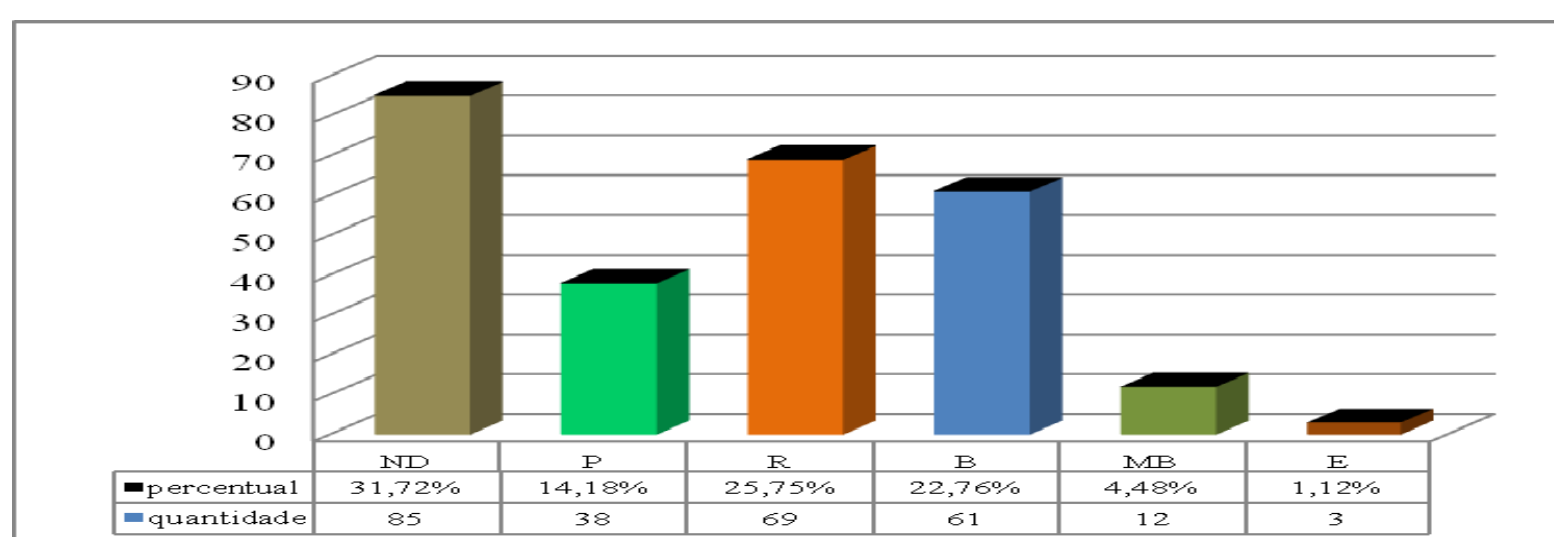
Figura 90: Palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC - promovidas pela administração (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A aglutinação das respostas dos dois grupos de profissionais mostra, de acordo com a Figura 91, que um percentual considerável, 31,72%, não emitiu opinião sobre as palestras que ocorrem no auditório promovidas pela administração do HU-UFSC. Aqueles que emitiram suas opiniões, classificaram-na como: péssimo (14,18%), regular (25,75%) e bom (22,76%). Observe-se que uma pequena parcela, 5,6%, classificou como muito bom e excelente.

Figura 91: Palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC - promovidas pela administração (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



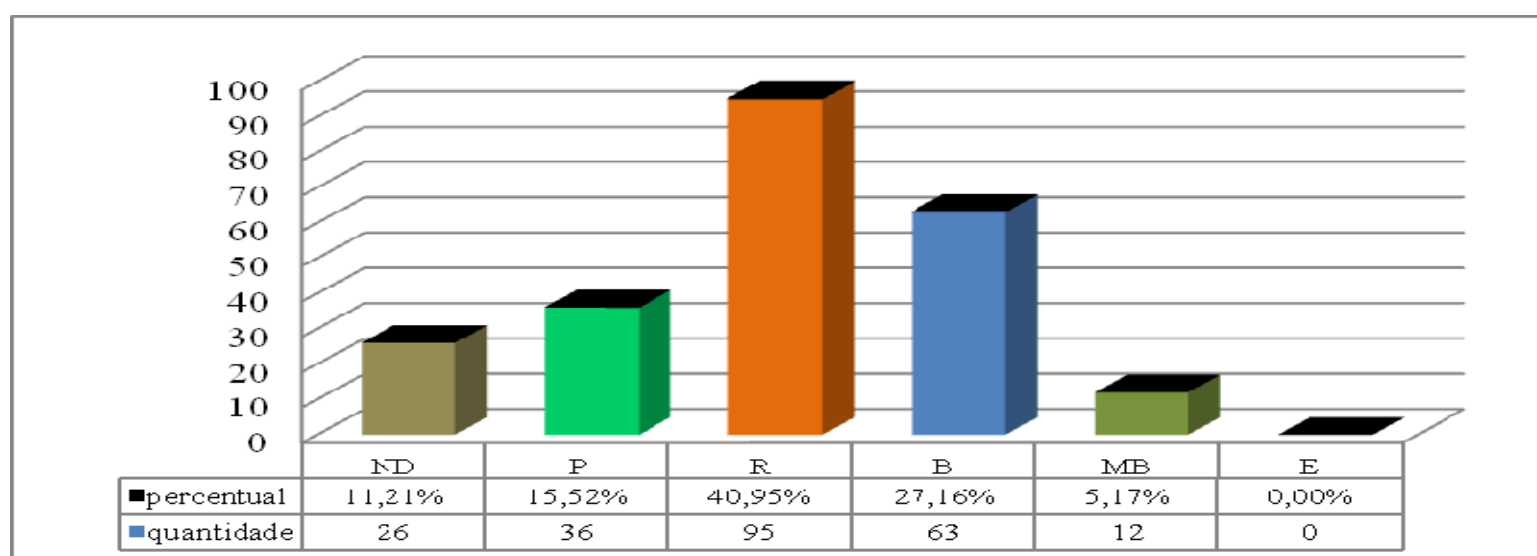
Fonte: Dados primários (2012).

As informações dentro de uma organização podem ser divulgadas

através de diversas ferramentas contempladas pela técnica do endomarketing. Lembra-se que endomarketing é uma técnica de administração de marketing direcionada ao cliente interno, isto é, o servidor. Portanto, viu-se por bem averiguar a opinião dos entrevistados sobre o informativo do HU-UFSC para seu desenvolvimento profissional.

A Figura 92 mostra que os servidores lotados nas áreas de assistência à saúde consideraram, em sua maioria, péssimo e regular o informativo do HU-UFSC para seu desenvolvimento profissional. Todavia, 32% sinalizaram para bom e muito bom e 11% não opinaram.

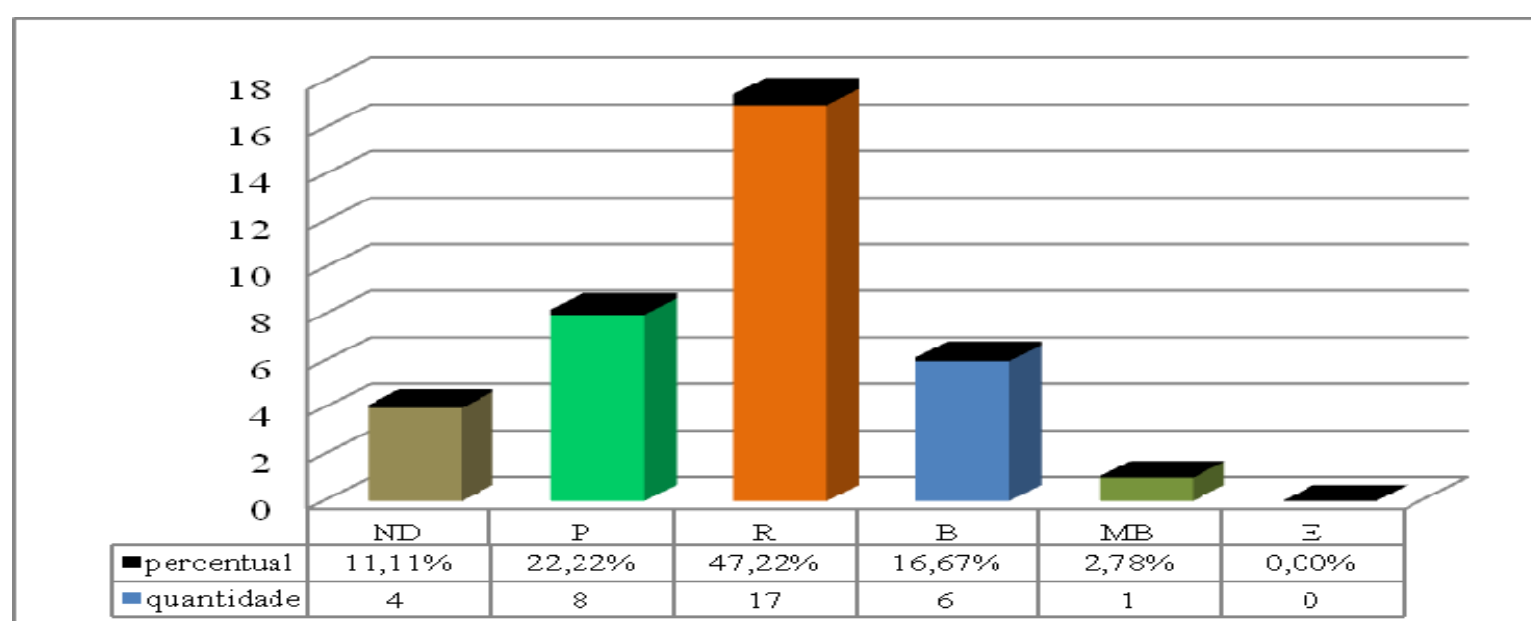
Figura 92: Informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, 69% dos servidores lotados nas áreas administrativas do HU-UFSC acham o informativo do HU-UFSC péssimo ou regular para o seu desenvolvimento profissional. Percebe-se que 18% disseram que o informativo é bom e muito bom e 11% não responderam a este quesito (Figura 93). Ao observar as Figuras 92 e 93, pode-se notar que os profissionais lotados nas áreas administrativas demonstraram uma opinião mais crítica a respeito do informativo do que os servidores das áreas da assistência.

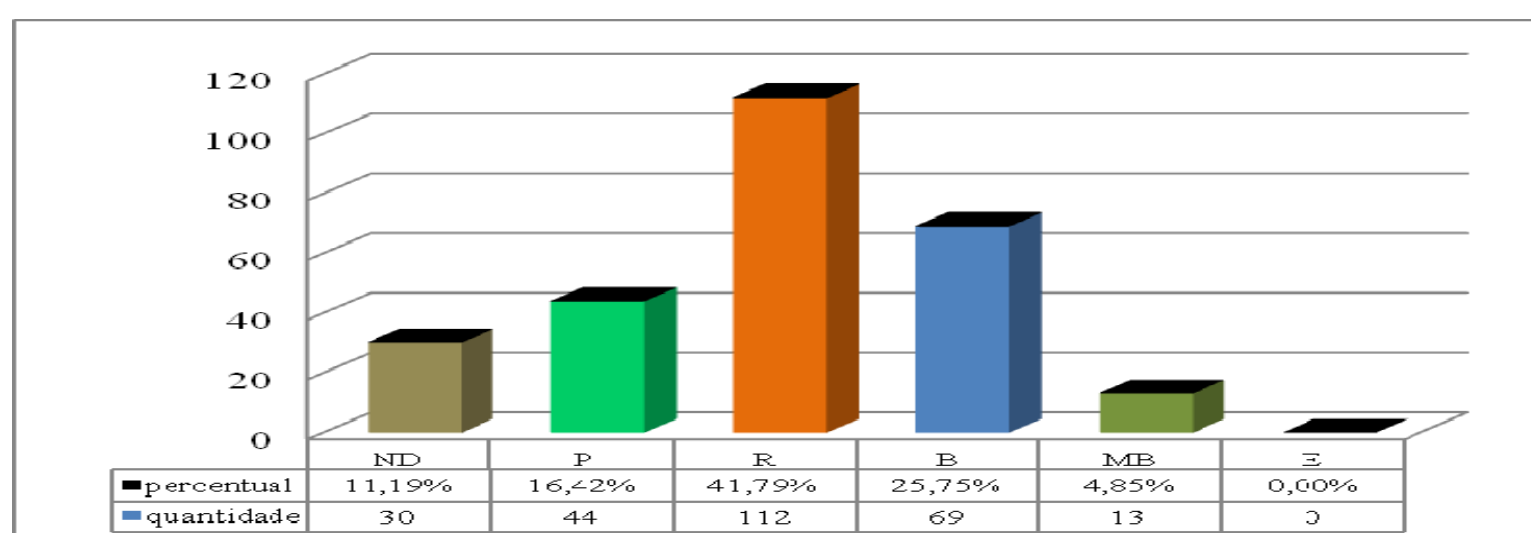
Figura 93: Informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Os servidores manifestaram não estar muito satisfeitos com o informativo do HU-UFSC para seu desenvolvimento profissional, pois como mostra a Figura 94, predominaram entre as respostas a este quesito as alternativas péssimo e regular, assinalando que 41,79% consideraram regular. Mesmo assim, 30,6% opinaram como bom e muito bom. Percebe-se que 11,19% nada declararam a esse respeito.

Figura 94: Informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).

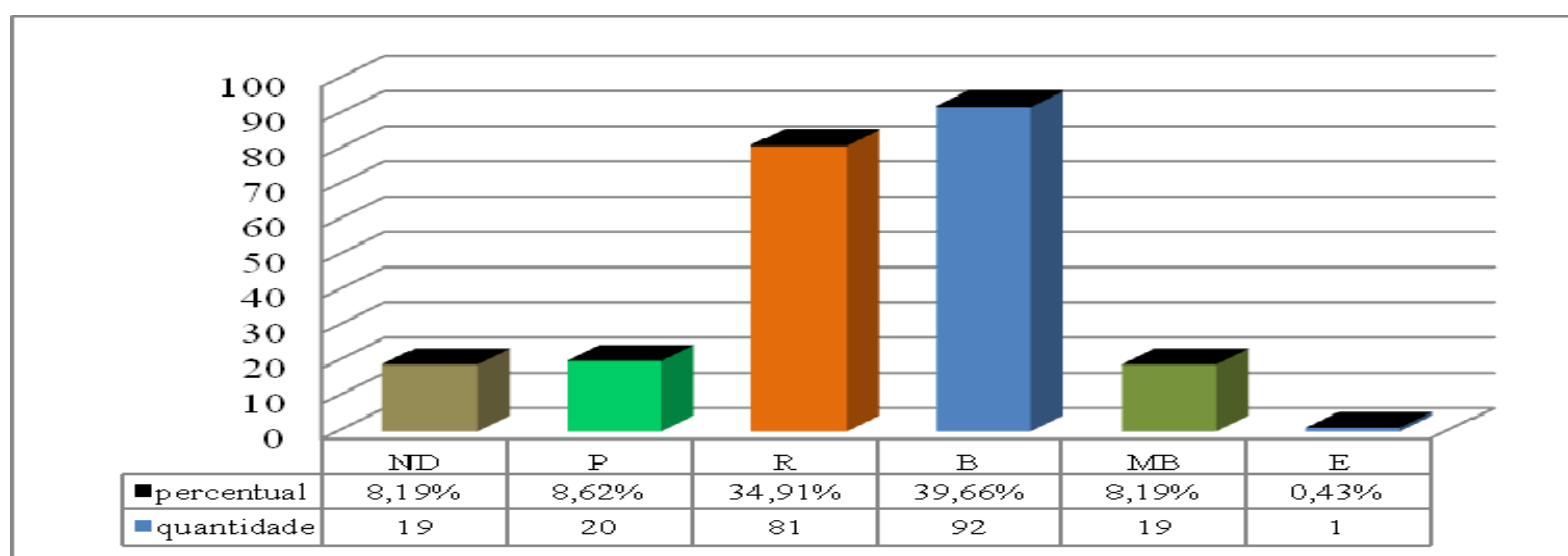


Fonte: Dados primários (2012).

Semelhante ao raciocínio da questão anterior, buscou-se averiguar o que os servidores pensam a respeito do site do HU-UFSC.

Quando indagados sobre as informações inseridas no site do HU-UFSC para sua atividade profissional, 43% dos entrevistados da área de assistência à saúde assinalaram péssimo e regular. Por outro lado, somente pouco mais de 8% entenderam como muito bom e excelente (Figura 95).

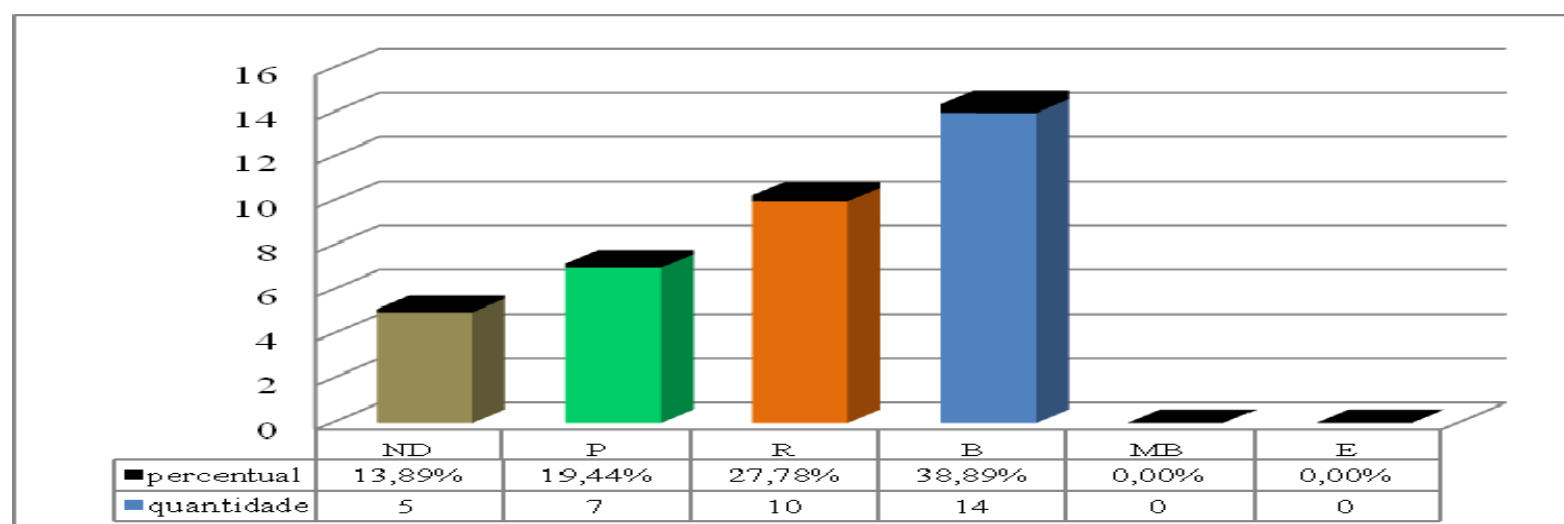
Figura 95: Informações inseridas na página do HU-UFSC para sua atividade profissional (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Os servidores que atuam na área administrativa do HU-UFSC consideraram péssimo ou regular as informações inseridas no site do HU-UFSC. Porém, há uma parcela destes profissionais que entenderam serem boas estas informações. Cabe sublinhar que 13% não opinaram sobre o assunto (Figura 96). Ao cruzar as respostas dos dois grupos de profissionais, demonstradas nas Figura 95 e 96, percebe-se que a opinião dos servidores que atuam na área admisnitrativa é mais crítica em relação a este quesito do que a opinião dos servidores que atuam na assistência direta ao cliente.

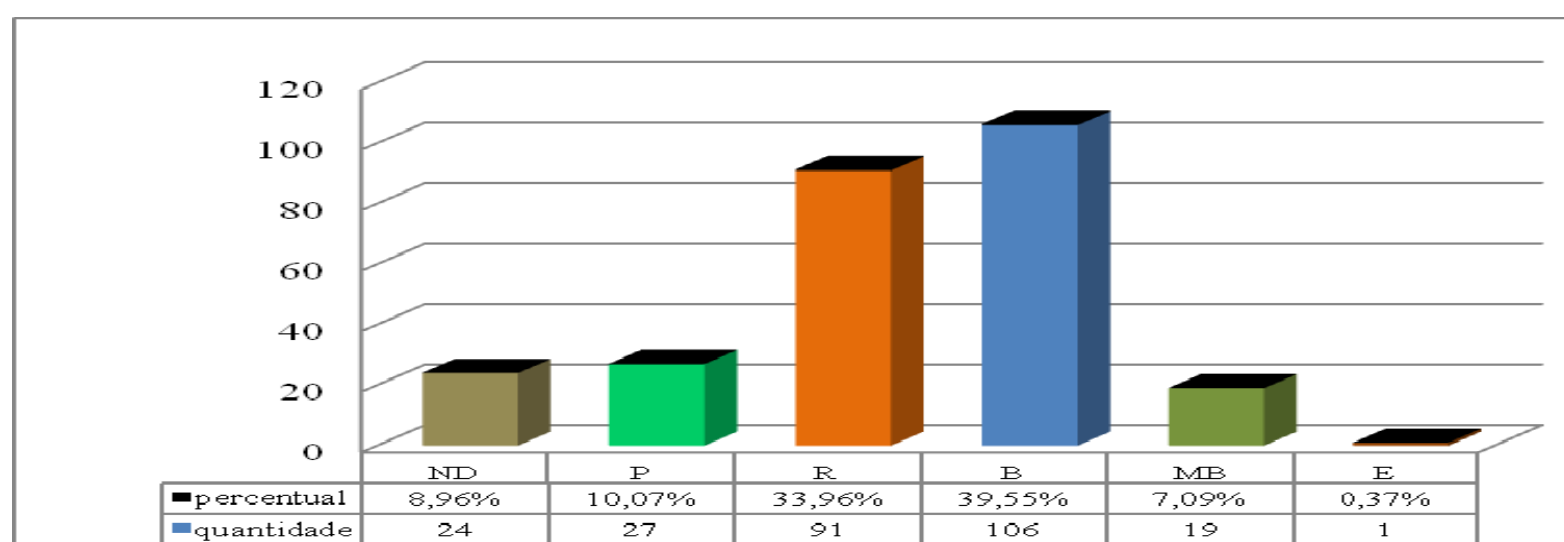
Figura 96: Informações inseridas na página do HU-UFSC para sua atividade profissional (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Ao se aglutinar as repostas dos grupos de servidores, percebe-se que as opiniões se concentram em regular (33,96%) e bom (39,55%). Nos extremos, tem-se que 10,07% classificaram como péssimo e 7,09% como muito bom. Observe-se que 8,96% preferiram não opinar a respeito do quesito (Figura 97).

Figura 97: Informações inseridas na página do HU-UFSC para sua atividade profissional (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



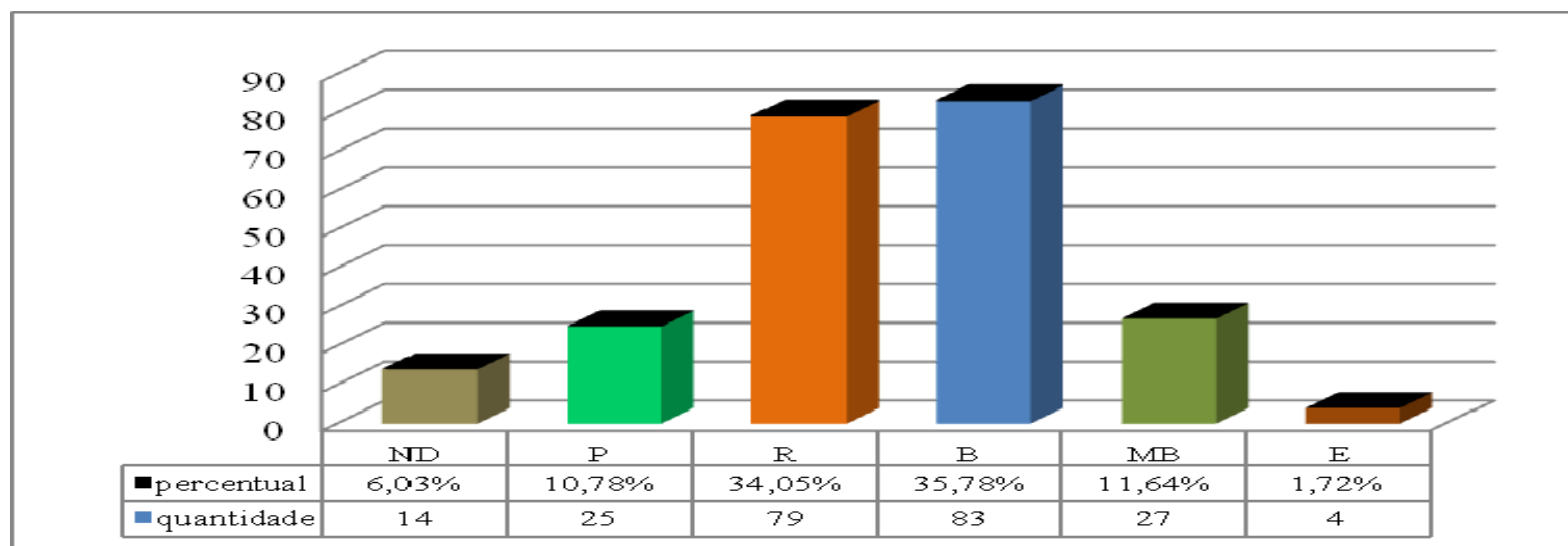
Fonte: Dados primários (2012).

Sobre este assunto, o dirigente de primeiro escalão denominado de *Etá* assinalou para a necessidade da obrigatoriedade dos servidores, ao acessarem a internet no seu computador de trabalho, terem a página inicial do HU-UFSC: “na minha avaliação, todo funcionário quando

abrir seu computador tem que aparecer a página do HU. Quando ele for entrar na internet, tem que ter algo que [bloqueasse] bloqueie o acesso dele para mudança da página, e então não pode entrar por outra página a não ser a do HU”. Afirmou ainda que o site precisa ser reestruturado, já melhorou, está mais bonita, porém “é um bolo bonito por fora, com recheio ruim por dentro”, referindo-se à maneira como o site do HU-UFSC está sendo mantido, sem a atualização de informações e com links importantes em lugares de pouco destaque. Esta afirmação de *Etá* converge com a opinião dos servidores a respeito das informações inseridas na página do HU-UFSC, conforme pode ser observado na Figura 97.

Outra ferramenta de endomarketing usada para transmitir informações no interior de uma organização é o seu mural de recados. A respeito deste quesito, quando foram indagados sobre as informações expostas no mural do seu setor de trabalho, os servidores que atuam na área de assistência direta ao cliente avaliaram como regular e bom, ambos próximos de 35% das respostas. Somente 13,36% classificaram-nas como muito bom e excelente (Figura 98).

Figura 98: Informações fixadas no mural do seu setor de trabalho no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

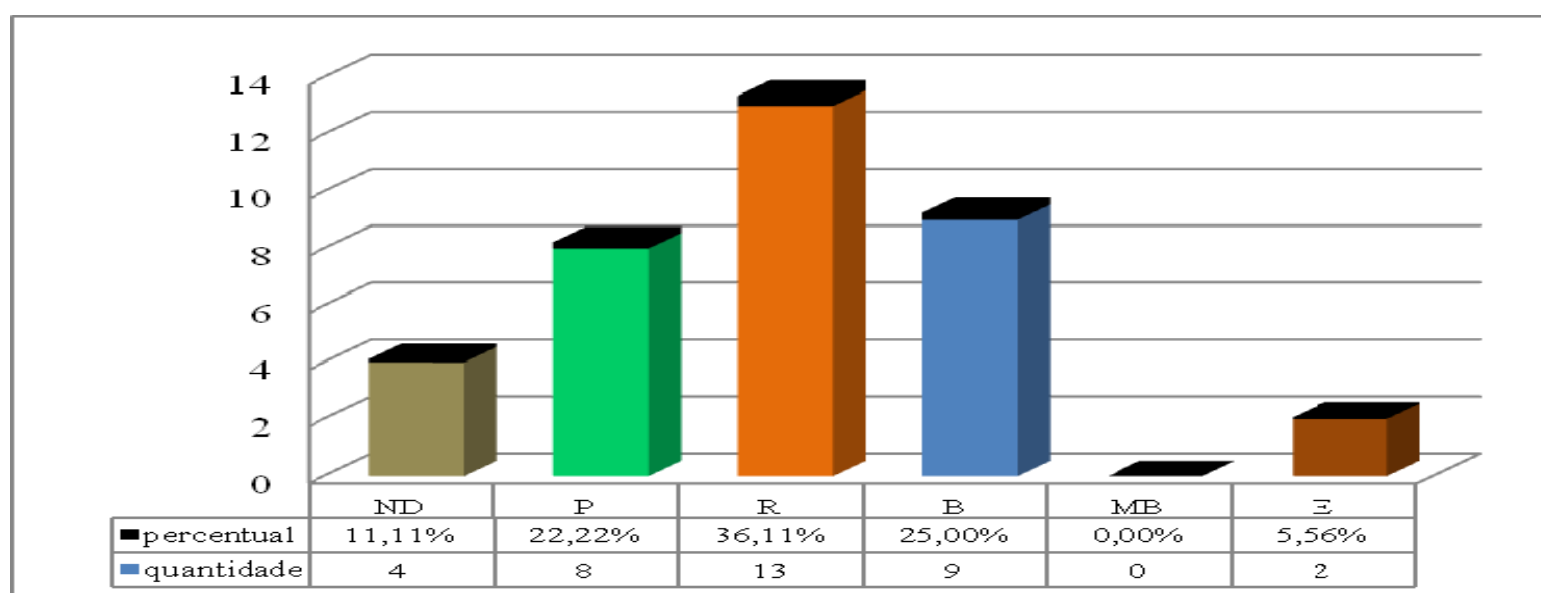


Fonte: Dados primários (2012).

Já os profissionais que atuam nas áreas administrativas do HU-UFSC acharam que as informações fixadas no mural de seu setor de trabalho são regular ou péssima, num percentual de 58% do total de entrevistados deste grupo (Figura 99). Na análise das Figuras 98 e 99, pode-se perceber que os servidores administrativos estão mais

insatisfeitos com esse quesito do que os servidores da área de assistência à saúde.

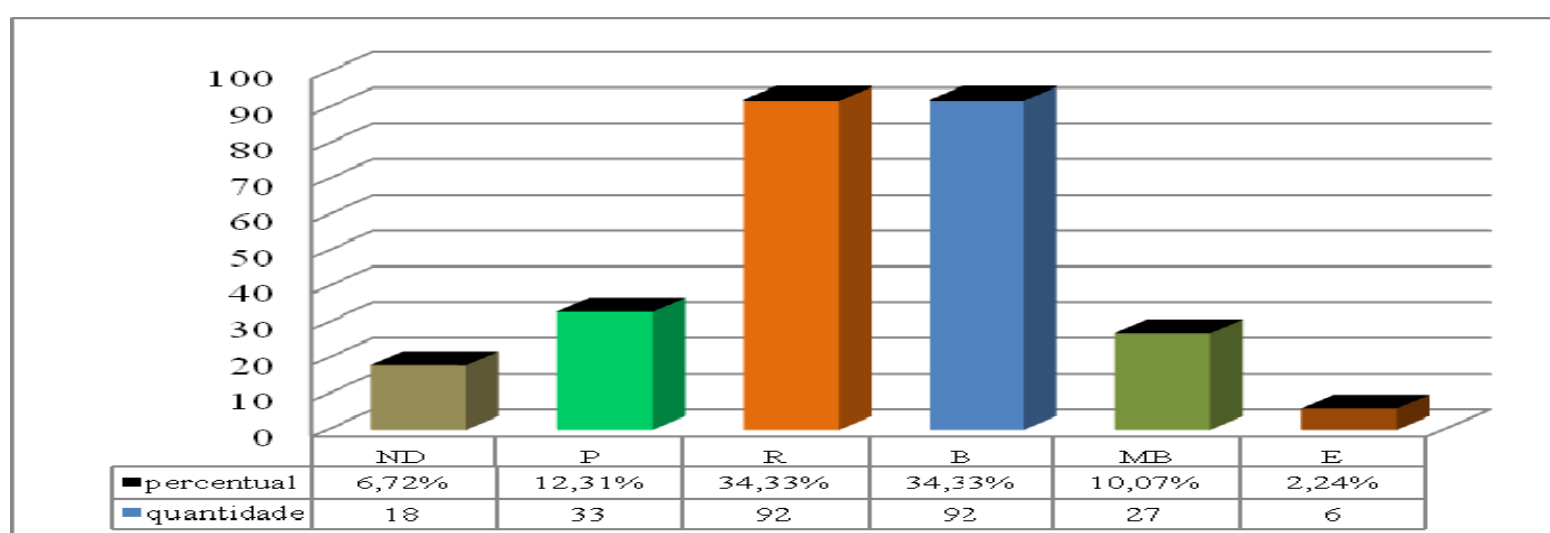
Figura 99: Informações fixadas no mural do seu setor de trabalho no HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

A Figura 100 mostra que as opiniões dos servidores que atuam no HU-UFSC estão divididas a respeito das informações fixadas no seu mural de trabalho, pois o mesmo percentual de respostas apontou para regular e bom (34,33%). Observa-se que 12,31% consideraram péssimo e 10,07% assinalaram muito bom.

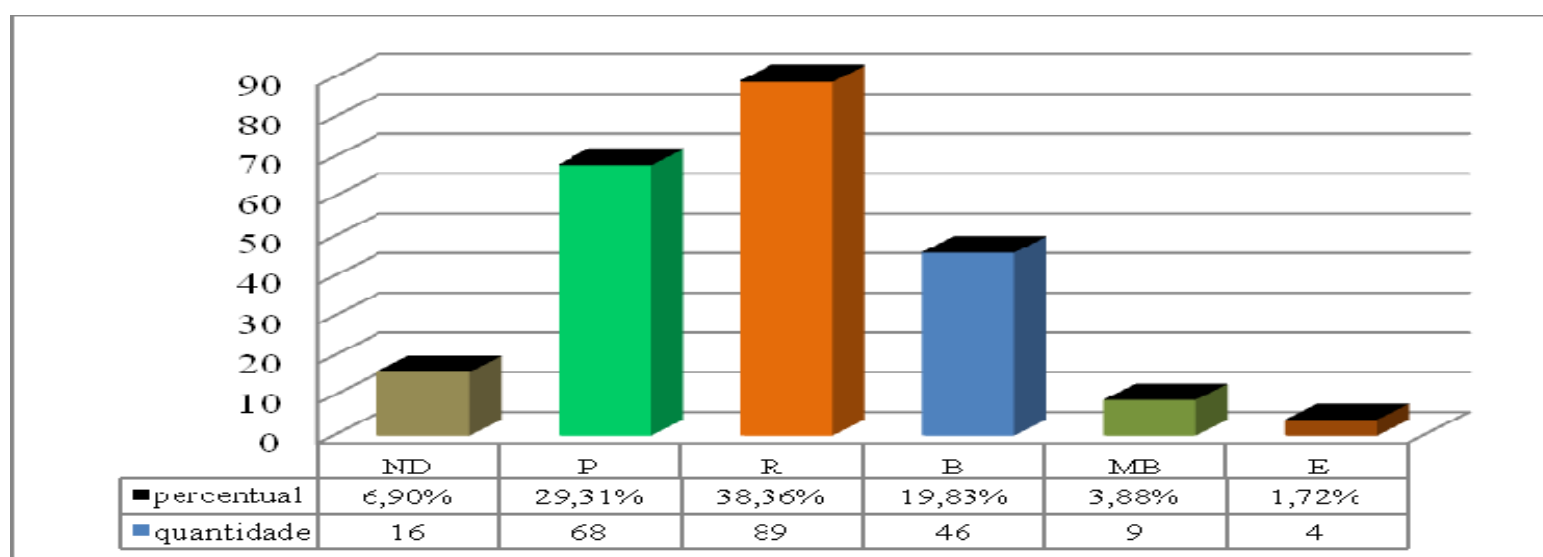
Figura 100: Informações fixadas no mural do seu setor de trabalho no HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Nunca é tarde relembrar que o cerne do endomarketing é a busca de relacionamentos positivos e interligados em todos os níveis hierárquicos, visando o atendimento de qualidade ao cliente, sendo aspecto imprescindível a implantação da Acreditação. Quando indagados sobre este fenômeno organizacional, os servidores da área de assistência à saúde classificaram em cerca de 68% das respostas como péssimo e regular este tipo de comunicação. Todavia, 19,83% opinaram como sendo bom. Por outro lado, pouco mais de 5% classificaram como muito bom e excelente. Ressalta-se que 6,9% não manifestaram sua opinião a respeito do quesito, conforme pode-se visualizar na Figura 101.

Figura 101: Comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).

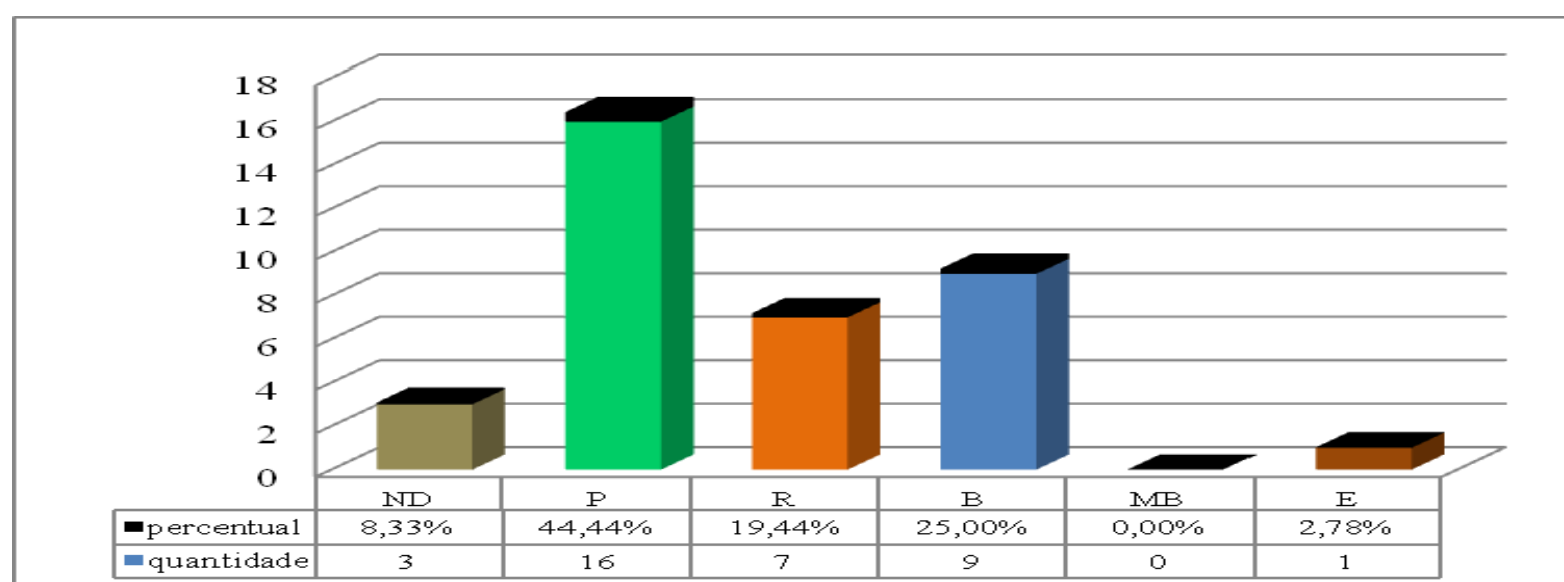


Fonte: Dados primários (2012).

Por sua vez, a Figura 102 aponta para a opinião dos servidores lotados nas áreas administrativas do HU-UFSC: 64% consideraram que a comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC é péssima ou regular. Mesmo assim, 25% opinaram como sendo bom este quesito.

Nota-se nas Figuras 101 e 102 que os profissionais da área administrativa sinalizaram para uma insatisfação maior com relação a esta comunicação no HU-UFSC.

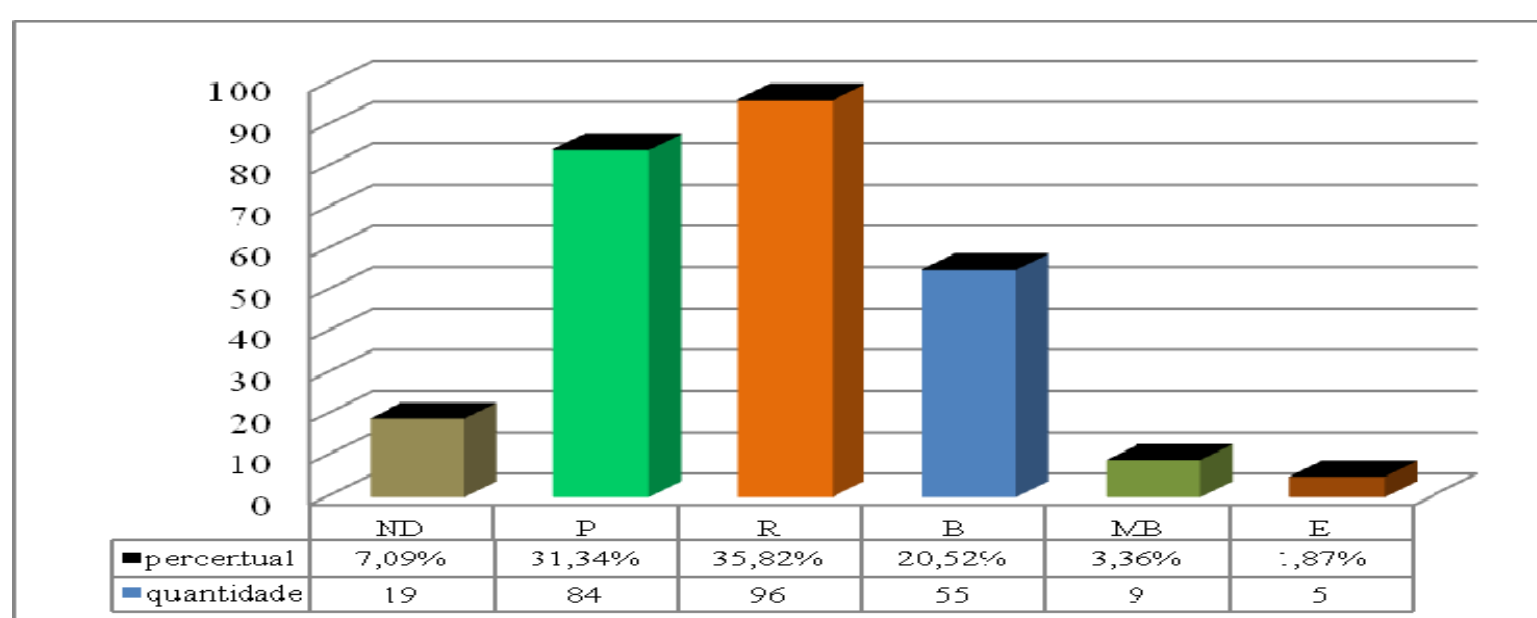
Figura 102: Comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Ao se analisar a Figura 103, é possível notar o nível de insatisfação com a comunicação que se estabelece entre a Direção Geral e os setores do HU-UFSC. Veja que há predominância de 67,16% de respostas que indicaram péssimo ou regular para este quesito. Entretanto, verifica-se que 25,75% consideraram bom, muito bom ou excelente. Cabe observar que 7,09% nada declararam a este respeito.

Figura 103: Comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Entre a maior parte dos entrevistados dirigentes de primeiro

escalão, a comunicação interna no HU-UFSC precisa ser melhorada, visando aproximar os dirigentes e os servidores. Principalmente, advertiram para o fato de que o funcionamento 24 horas ocasiona diversidade de turnos, e o quantitativo significativo de servidores dificulta a comunicação entre chefias e servidores, onde o “rádio corredor” desvirtua a notícia, em muitos casos. A esse respeito, *San* afirmou que:

Eu percebo que a gente tem que aumentar essa aproximação com o funcionário um pouco porque a chefia não está dando conta e porque a gente precisa de algo mais participativo e a gente acabou, por causa de todos os entraves, não dividindo muito as coisas com os funcionários. Os funcionários não estão informados.

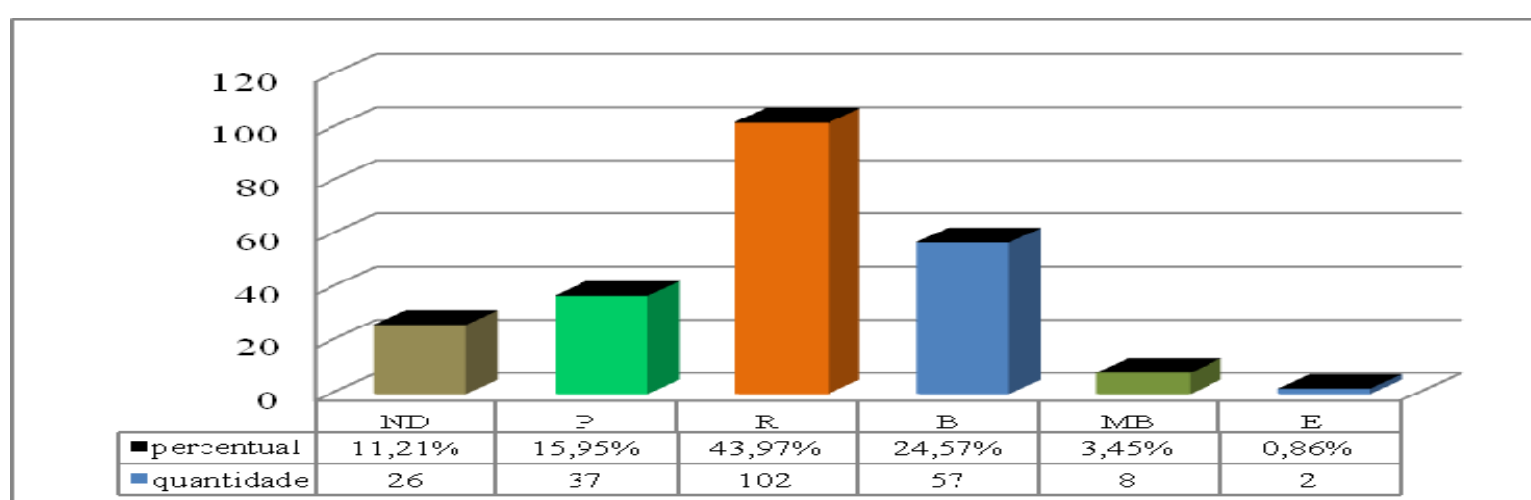
Já para o entrevistado *Alfa*, em alguns momentos, a comunicação flui melhor, e há aquelas situações em que o processo comunicativo é truncado, havendo lacunas de informações entre as diretorias setoriais, sobre o que a direção geral planeja. A esse respeito, Blumen (2004) sinaliza que os hospitais estão estruturados de forma linear, centralizada na figura do provedor, do diretor geral e superintendente, com traços autoritários, ocasionando uma formalidade na comunicação, de muitos papéis e assinaturas, hierarquização forte e regras rígidas e com reduzido envolvimento entre as pessoas e setores da organização. Como se pode verificar neste caso, há uma estreita relação entre a resposta do entrevistado supramencionado e a literatura especializada.

Os entrevistados apontaram o site institucional, o informativo do HU-UFSC e e-mail como ferramentas de endomarketing mais familiares para a comunicação, assinalando que estas ferramentas se caracterizam como as apropriadas a influenciar na cultura organizacional, com vistas à implantação de um programa de Acreditação hospitalar, como se pode verificar nos *Apêndices 08 e 09*. Eles sugeriram o uso de SMS, rede social interna existente na UFSC que funciona como *Messenger*, o retorno da caixa de som espalhada pelas dependências do hospital e a comunicação visual que padronizou a logomarca do HU-UFSC, que identifica os setores, e uma ouvidoria, como formas de comunicação interna na organização.

Um aspecto importante para a Acreditação Nível 1 é a comunicação efetiva entre os setores do hospital. Por isso, buscou-se conhecer como os servidores classificam a comunicação entre os setores

do HU-UFSC. A Figura 104 mostra a opinião dos entrevistados que exercem suas atividades profissionais nas áreas de assistência à saúde em relação à comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC, qualificando-a como péssima e regular em cerca de 58% das respostas. Percebe-se que há uma parcela de 27% neste grupo de profissionais que considerou este quesito bom e muito bom, e que 11% não se manifestaram a respeito do assunto questionado.

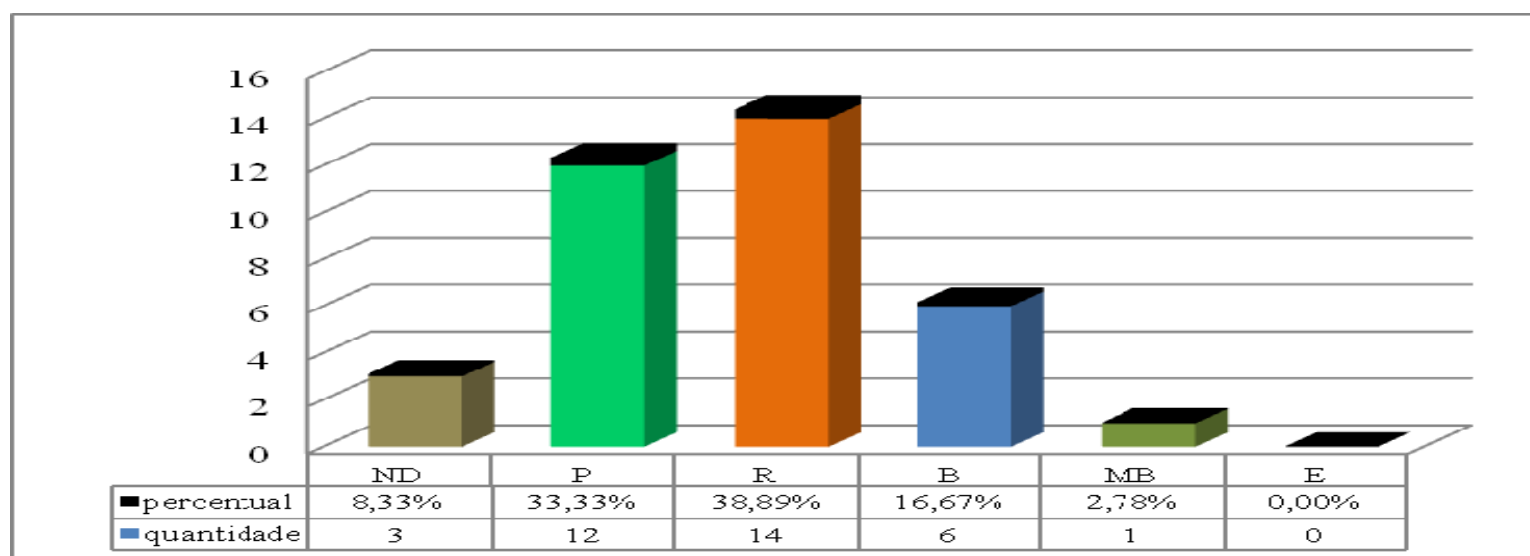
Figura 104: Comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente).



Fonte: Dados primários (2012).

Já analisando a Figura 105, pode-se perceber que 71% dos servidores que exercem suas atividades nas áreas administrativas do HU-UFSC avaliaram a comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias como péssima ou regular. Mesmo assim, 19% consideraram bom e muito bom e 8% não se manifestaram. O cruzamento das Figuras 104 e 105 permite observar que ambos os grupos de profissionais sinalizaram insatisfação na comunicação interna do HU-UFSC, porém no grupo administrativo, este sentimento é mais acentuado.

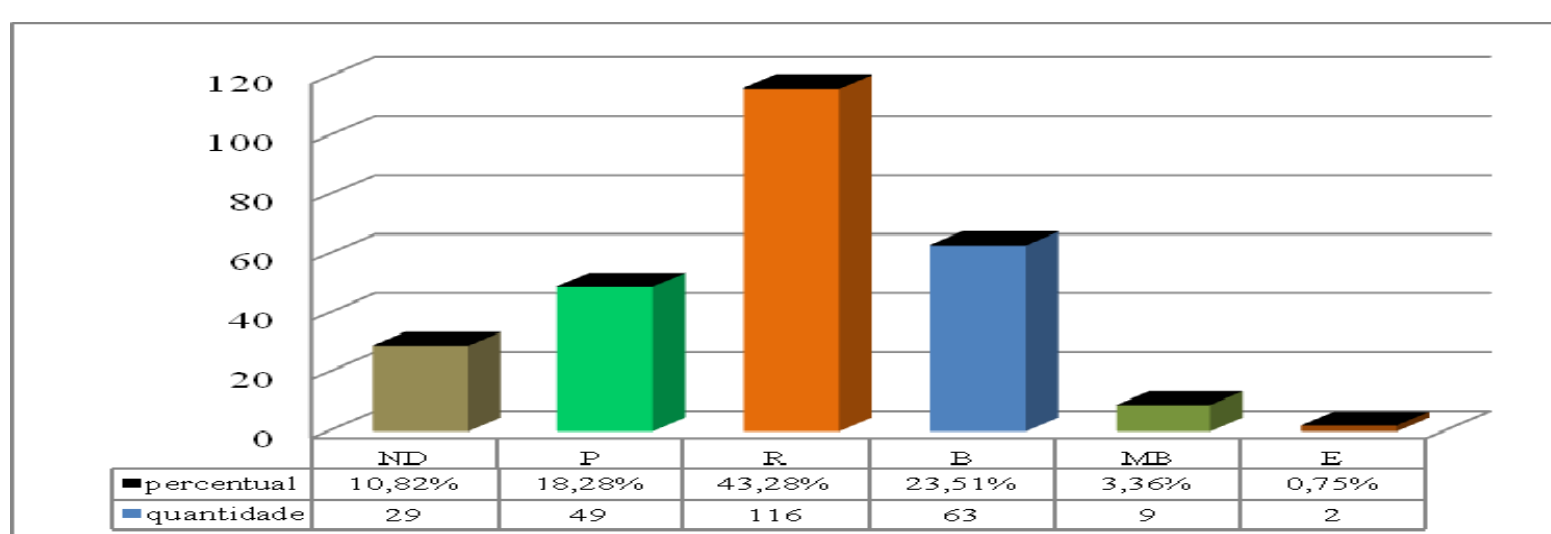
Figura 105: Comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC (servidores administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Observa-se que a Figura 106 mostra que a comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC é vista de forma negativa pelo servidores do hospital, pois 61,56% classificaram-na como péssimo e regular. Há os que opinaram entre bom e muito bom, perfazendo um percentual de 26,87%. Salienta-se que 10,82% preferiram não opinar.

Figura 106: Comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC (servidores da assistência direta ao cliente e administrativos).



Fonte: Dados primários (2012).

Sobre este assunto, os dirigentes de primeiro escalão do HU-UFSC também se manifestaram, e isso merece ser explorado neste

estudo. *Sigma*, por exemplo, assinalou para o fato de que alguns fatores causadores no ruído de comunicação são: a falta de divulgação do que está sendo feito nos setores que gera a duplicidade de trabalho, onde os processos estão sendo desenvolvidos de forma paralela, sem haver o entrosamento das partes. Sobre este fato, é interessante recordar Quinto Neto e Bittar (2004), pois eles advogam que a característica multiprofissional das organizações de saúde é fruto das diversas especialidades que atuam numa organização de saúde, que a torna complexa, dificultando determinadas tarefas que supostamente poderiam ser mais simples. A advertência dos referidos autores tem sintonia com o comentário do entrevistado *San*: “os funcionários não estão informados. Isto está falho até por conta do tamanho das diretorias; a minha tem uma característica muito grande, muito diversificada, tem muitas profissões. E isso é no HU como um todo”. Essa diversidade profissional dificulta o processo de comunicação de algumas divisões. Em sua diretoria, a comunicação tem sido feita por meio de reuniões com as chefias, e por sua vez, das chefias e servidores, havendo a participação do diretor de área somente em situações de conflito ou na impossibilidade da chefia repassar alguma informação específica.

O entrevistado *Delta* sinalizou que a falta de planejamento prejudica a qualidade da assistência à saúde, pois não há uma integração e uma comunicação efetiva entre os diversos serviços, cada um fazendo seu próprio planejamento de maneira individual: “com a variedade e a complexidade de vários serviços, áreas de atuação, é muito complicado a gente conseguir executar os planejamentos que, na verdade, são feitos muito separadamente, os serviços não se comunicam [...], não há um trabalho de integração”.

O questionário aplicado aos servidores procurou identificar quais aspectos culturais precisam ser melhorados para se ter sucesso na implantação de um programa de Acreditação hospitalar no HU-UFSC, que tipos de informações e comunicação interna precisam ser repassados com frequência aos servidores deste hospital a fim de facilitar a implantação da Acreditação Hospitalar. As respostas, foram compiladas na forma de *chek list* descritos nos *Apêndices de 10 a 15* salientando as opções expostas na pesquisa.

Em se tratando do endomarketing, o entrevistado *Epsilon* disse desconhecer o que é endomarketing, mas gostou do assunto, assim se manifestando:

Eu acho fundamental, eu desconhecia esse termo, achei maravilhoso, gostei muito. Eu acho que ele poderia ajudar muito nesses problemas e melhorar

a comunicação, o trabalho em equipe, estimular o comprometimento dos servidores, porque com a comunicação você passa a dar responsabilidade para a pessoa, porque ela não pode dizer que não conhece o processo, ela passa a conhecer, e se ela passa a conhecer ela é mais responsável, então isso estimula o comprometimento. Gostei demais do endomarketing.

O pensamento de *Epsilon* converge com o de Cobra (2001, p. 79), quando admite “que um funcionário sem informação não pode assumir responsabilidades e um indivíduo que recebeu informações não pode deixar de assumir responsabilidades, pois há um princípio básico de administração que afirma que não se pode delegar responsabilidades sem se delegar autoridade”. Já Bekin (1995) assevera que o endomarketing é um composto de ações de marketing que visa o funcionário, promovendo valores destinados a servir o cliente e o comprometimento desses com os objetivos da empresa, pressupondo o trabalho em equipe, num cenário de cooperação e integração dos vários setores da organização.

Na opinião do entrevistado *Beta*, o endomarketing “vai mexer na cultura da instituição”, indo ao encontro de Bekin (1995), quando sustenta que o endomarketing cria condições de mudança na cultura da organização, deixando-a mais flexível à medida que a difusão de informações, conhecimento, determina responsabilidades e cria poder de opinar e decidir sobre os processos aos funcionários. Da mesma forma, Brum (2010) adverte que a comunicação interna é importantíssima para os processos de mudança, sendo o endomarketing uma excelente ferramenta de gestão. Sobre este tema, *Ômega* acredita que o endomarketing “é a ferramenta para que os funcionários saibam o que a instituição quer deles”.

Do modo semelhante, o entrevistado *Etá* confirma a opinião do envolvimento de todos no processo de Acreditação, pois defendeu que se as pessoas não acreditarem e não entenderem o que é acreditação, ela não vai acontecer, ela pode acontecer no papel. Então, acho que uma parte extremamente importante é fazer a discussão e uma reflexão com as pessoas, porque não adianta a gente atingir o Nível 1 e continuar nele *ad eternum*. Agora se tiver um envolvimento das pessoas e dizer: com essa estrutura eu consigo ter

Nível 1, como eu faço para ter Nível 2? E, o que eu preciso para ter Nível 2? Então, essa questão dos níveis de acreditação sai, irá acontecer se as pessoas entenderem o que isso significa. Eu acho importante o papel do endomarketing, principalmente neste sentido do envolvimento das pessoas.

Na opinião do entrevistado *Tan*, “a acreditação hospitalar requer o envolvimento de todos os servidores da instituição, inclusive alunos e professores. Dessa forma, deve haver a cooperação em equipe nos processos. Por isso, vejo que o endomarketing seja indispensável para que se tenha resultado favorável”. A esse respeito, há na literatura especializada a concordância de que o endomarketing é uma ferramenta que propicia ao comprometimento dos funcionários com os objetivos da organização.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Como complemento dos dados apresentados, viu-se por bem elaborar alguns tratamentos estatísticos para reforçar às análises destacadas na seção anterior. Julgou-se relevante a inserção destes dados porque permitem um entendimento dentro de cálculos estatísticos executados através do SPSS®.

O Quadro 09 traz a possibilidade de aferir os valores calculados para o Alfa de Cronbach's e seu cruzamento com ANOVA. Este coeficiente demonstra a confiabilidade utilizado para medir a coerência interna e viabilidade de determinado instrumento de coleta de dados, segundo seus resultados consequentes, a partir de uma amostra examinada. Tais coeficientes são usados com frequência em ciências sociais, razão pela qual se optou utilizá-los (MALHOTRA, 2006).

Quadro 9: Análise Estatística dos resultados da aplicação dos questionários com os servidores HU-UFSC.

Servidores Administrativos HU-UFSC						Servidores que prestação serviços direto aos clientes HU-UFSC					
Reliability Statistics						Reliability Statistics					
Cronbach's Alpha			N of Items			Cronbach's Alpha			N of Items		
,899			36			,987			232		
Scale Statistics						Scale Statistics					
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items			Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items		
16,000	14,908	3,8610	36			120,040	694,222	26,3481	232		
ANOVA with Cochran's Test						ANOVA with Cochran's Test					
	Sum of Squares	df	Mean Square	Cochran's Q	Si g		Sum of Squares	df	Mean Square	Cochran's Q	Si g
Between People	12,009	29	,414			Between People	86,778	29	2,929		
Within People	5,685	35	,162	124,14	,000	Within People	63,652	23	,276	1396,305	,000
Residual	42,412	10	,042			Residual	252,260	66	,038		
Total	48,098	10	,046			Total	315,912	69	,046		
Total	60,107	10	,056			Total	402,689	69	,058		
Grand Mean = .444						Grand Mean = .517					

Fonte: dados primários

Cabe destacar que a literatura especializada tem apontado que quando o valor deste coeficiente é superior a 0,60, ele pode ser classificado como confiável. No caso do presente estudo os cálculos apontaram para Cronbach's Alpha de 0,899 e 0,987, respectivamente, para os dados referentes aos servidores administrativos e aos servidores que prestam serviços diretamente ao cliente no HU-UFSC, portanto julgados confiáveis. Observa-se ainda no Quadro 09 que a grande média (Grand Mean) ficou, respectivamente, em 0,444 e 0,517, indicando uma sutil insatisfação dos servidores administrativos, quando comparados aos servidores que prestam serviços diretamente aos clientes.

Por outro lado, viu-se como indispensável confrontar e ressaltar

os pontos cruciais nas interpretações dos entrevistados que preencheram os questionário estruturado (*Apêndice 04*), isto é: 36 servidores administrativos e 232 servidores que prestam serviços direto ao cliente.

Assim, a análise dos Quadros 10 e 11 possibilita constatar que as questões: **Q. 8; Q. 22; Q. 25; Q. 26; Q. 29; e, Q. 30** foram aquelas que se apresentam como preocupantes para os dois grupos de entrevistados.

Quadro 10: Média, Desvio Padrão e Teste T dos Servidores de Assistência Direta ao Cliente do HU-UFSC.

Perguntas	Servidor de Assistência Direta ao Cliente		
	Média	Desvio Padrão	Teste T
1. Como você classifica a qualidade dos serviços de saúde prestados na sua área de atuação no HU-UFSC?	0,698275862	0,1842183716	0,0000019883
2. Como você classifica a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC?	0,625	0,1742640679	0,0431513637
3. Como você classifica os procedimentos (máquinas/equipamentos e demais materiais inerentes a tua atividade) da qualidade de assistência hospitalar utilizados no HU-UFSC?	0,518103448	0,1934418883	0,0681283591
4. Como você classifica as condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC? (considere as operações que impactam diretamente em suas atividades profissionais).	0,468103448	0,1654583757	0,0113926627
5. Como você classifica os critérios e procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC?	0,494827586	0,1803531061	0,0035275981
6. Como você classifica o acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC?	0,443103448	0,1810140450	0,6260463093
7. Como você classifica o suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizado pelo HU-UFSC?	0,509482759	0,1830375962	0,0037120214
8. Como você classifica a manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC.	0,378448276	0,1558698727	0,6961307386

9. Como você classifica os cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC.	0,55	0,2192075456	0,5174054146
10. Como você classifica os cuidados com os resíduos (por exemplo: lixo) hospitalares gerados no HU-UFSC?	0,493965517	0,2550914591	0,2933892397
11. Como você classifica os riscos assistenciais (medicação incorreta), sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC?	0,430172414	0,2247537672	0,9582518960
12. Como você visualiza a implantação de um programa de Acreditação Hospitalar no HU-UFSC?	0,688793103	0,3123078600	0,0245627663
13. Como você classifica a inserção de novas técnicas de trabalho que contribua com suas atividades no HU-UFSC?	0,600862069	0,2472342912	0,7951133896
14. Como você classifica o seu desempenho profissional no HU-UFSC? (considere o que é disponibilizado pelo HU-UFSC para o seu desempenho profissional).	0,669827586	0,1873579474	0,0886652284
15. Como você classifica seu reconhecimento profissional (não remunerativo) pela sua chefia imediata no HU-UFSC? (considere a forma em que você é reconhecido no seu ambiente de trabalho).	0,654310345	0,2201503781	0,0972744698
16. Como você classifica a capacitação dos profissionais na sua área de atuação HU-UFSC?	0,640517241	0,1895442007	0,0001604373
17. Como você classifica as alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizado pelo HU-UFSC?	0,514655172	0,2149214335	0,0001111300
18. Como você classifica o acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC?	0,512931034	0,2237152536	0,0062315354
19. Como você classifica a liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC.	0,606034483	0,2407739300	0,0045937786
20. Como você classifica seu relacionamento com os gestores das	0,613793103	0,2213287507	0,6054768558

diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC?			
21. Como você classifica o relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC?	0,726724138	0,1764771958	0,3847198255
22. Como você classifica a divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC?	0,321551724	0,1848392466	0,2372729502
23. Como você classifica os registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC?	0,501724138	0,1823287353	0,0056673201
24. Como você classifica a promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC, na sua área de atuação?	0,418965517	0,2815891186	0,0180828665
25. Como você classifica as palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC promovidas pela Administração?	0,325	0,2717189151	0,0514419018
26. Como você classifica o informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional?	0,399137931	0,2084765145	0,2162669378
27. Como você classifica as informações inseridas na página do HU-UFSC para a sua atividade profissional?	0,464655172	0,2075435845	0,0399813957
28. Como você classifica as informações fixadas no mural do seu setor de trabalho?	0,482758621	0,2155335119	0,0442401951
29. Como você classifica a comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC?	0,379310345	0,2070268784	0,3815955583
30. Como você classifica a comunicação efetiva entres os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC?	0,39137931	0,2070485087	0,1773437201

Fonte: dados primários

Quadro 11: Média, Desvio Padrão e Teste T dos Servidores Administrativos do HU-UFSC.

Perguntas	Servidor Administrativo		
	Média	Desvio Padrão	Teste T
1. Como você classifica a qualidade dos serviços de saúde prestados na sua área de atuação no HU-UFSC?	0,494444444	0,2110442668	0,0000019883
2. Como você classifica a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC?	0,561111111	0,1711770642	0,0431513637
3. Como você classifica os procedimentos (máquinas/equipamentos e demais materiais inerentes a tua atividade) da qualidade de assistência hospitalar utilizados no HU-UFSC?	0,45	0,2049390153	0,0681283591
4. Como você classifica as condições operacionais e de infraestrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC? (considere as operações que impactam diretamente em suas atividades profissionais).	0,394444444	0,1548168401	0,0113926627
5. Como você classifica os critérios e procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC?	0,383333333	0,2049390153	0,0035275981
6. Como você classifica o acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC?	0,427777778	0,1733882697	0,6260463093
7. Como você classifica o suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizado pelo HU-UFSC?	0,427777778	0,1446396727	0,0037120214
8. Como você classifica a manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC.	0,366666667	0,1690308509	0,6961307386
9. Como você classifica os cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC.	0,522222222	0,2403700850	0,5174054146

10. Como você classifica os cuidados com os resíduos (por exemplo: lixo) hospitalares gerados no HU-UFSC?	0,438888889	0,2940143609	0,2933892397
11. Como você classifica os riscos assistenciais (medicação incorreta), sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC?	0,427777778	0,2581374065	0,9582518960
12. Como você visualiza a implantação de um programa de Acreditação Hospitalar no HU-UFSC?	0,555555556	0,3211091888	0,0245627663
13. Como você classifica a inserção de novas técnicas de trabalho que contribua com suas atividades no HU-UFSC?	0,588888889	0,2572133942	0,7951133896
14. Como você classifica o seu desempenho profissional no HU-UFSC? (considere o que é disponibilizado pelo HU-UFSC para o seu desempenho profissional).	0,616666667	0,1681835732	0,0886652284
15. Como você classifica seu reconhecimento profissional (não remunerativo) pela sua chefia imediata no HU-UFSC? (considere a forma em que você é reconhecido no seu ambiente de trabalho).	0,583333333	0,2360387377	0,0972744698
16. Como você classifica a capacitação dos profissionais na sua área de atuação HU-UFSC?	0,483333333	0,2158041440	0,0001604373
17. Como você classifica as alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizado pelo HU-UFSC?	0,361111111	0,2018171418	0,0001111300
18. Como você classifica o acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC?	0,394444444	0,2316949280	0,0062315354
19. Como você classifica a liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC.	0,477777778	0,2403700850	0,0045937786
20. Como você classifica seu relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área	0,594444444	0,2055577005	0,6054768558

de atuação no HU-UFSC?			
21. Como você classifica o relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC?	0,7	0,1690308509	0,3847198255
22. Como você classifica a divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC?	0,288888889	0,1469261773	0,2372729502
23. Como você classifica os registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC?	0,416666667	0,1612451550	0,0056673201
24. Como você classifica a promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC, na sua área de atuação?	0,305555556	0,2551687895	0,0180828665
25. Como você classifica as palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC promovidas pela Administração?	0,25	0,1992844342	0,0514419018
26. Como você classifica o informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional?	0,355555556	0,1918994446	0,2162669378
27. Como você classifica as informações inseridas na página do HU-UFSC para a sua atividade profissional?	0,383333333	0,2158041440	0,0399813957
28. Como você classifica as informações fixadas no mural do seu setor de trabalho?	0,394444444	0,2413585885	0,0442401951
29. Como você classifica a comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC?	0,344444444	0,2222539660	0,3815955583
30. Como você classifica a comunicação efetiva entres os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC?	0,344444444	0,1888982257	0,1773437201

Fonte: dados primários

Constatou-se a insatisfação manifesta dos dois grupos, devendo-se alertar para a utilização de técnicas gerenciais que minimize essa

declarada insatisfação. Percebe-se ainda que grande parte destas inquietações está associada a fragilidade no processo de comunicação interno ou endomarketing, reforçando os propósitos que se teve neste estudo.

Por outro lado, chamou a atenção a Q. 1 que é apontada pelos servidores de assistência direta ao cliente uma média muito satisfatória ou positiva, mas que foi destacada como abaixo da exigência recomendada pelos respondentes que atuam nas atividades administrativas do HU-UFSC, sobre a qualidade dos serviços prestados na sua área de atuação. Estas ressalvas foram consideradas relevantes porque o foco é a interpretação da possibilidade de implantação da Acreditação Hospitalar, Nível 1, Modelo ONA 2010, para o referido hospital.

Outras análises podem ser complementadas pelos cruzamentos dos dados destacados nos Quadros 10 e 11, no entanto, como mencionado, optou-se por sublinhar apenas aqueles considerados mais impactantes para os objetivos do presente estudo. Abre-se com isso janela para outros estudos que amplie às interpretações supramencionadas.

Deste modo, endereça-se o leitor ao capítulo que trata das conclusões e sugestões feitas nesta dissertação de mestrado, defendida junto ao Mestrado Profissional de Administração Universitária (PPGAU-UFSC).

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu contexto uma mudança significativa à saúde pública brasileira: a criação do Sistema Único de Saúde. Desde então, as organizações prestadoras de serviços de saúde foram obrigadas a cumprir os princípios da integralidade, universalidade e igualdade de atendimento. No caso específico da gestão dos hospitais, estes princípios acompanham sua evolução histórica, haja vista que eles foram criados sob a égide da filantropia, associada à caridade religiosa ou das necessidades militares.

Como destacado neste trabalho, a aprovação deste modelo de saúde no Brasil foi acompanhada de discussões sobre a qualidade dos serviços prestados nas organizações de saúde, culminando na criação da Organização Nacional de Acreditação, em 1998, ficando responsável pela elaboração e acompanhamento do programa de Acreditação, visando à certificação destas organizações. Naquele contexto de mudanças no cenário da prestação de serviços de saúde, os hospitais universitários não ficaram de fora, acarretando fóruns de discussão sobre esta questão desde 2004. Daquele momento, eles foram certificados como hospital de ensino e contratualizados num pacto de metas quantitativas e qualitativas de gestão. Dos manuais elaborados para nortear as ações dos gestores hospitalares, vários pontos emergiram com a Acreditação, tais como: cultura organizacional e o processo de comunicação interna ou endomarketing.

Por estas razões, foi relevante estudar o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) para se identificar de que forma o endomarketing pode contribuir no processo de Acreditação Hospitalar Nível 1 (ONA 2010) e seus reflexos na cultura organizacional. Relembrando que os objetivos que balizaram a pesquisa foram: o de analisar a cultura organizacional vigente no HU dentro dos preceitos da Acreditação Hospitalar Nível 1; selecionar as ferramentas de endomarketing indicadas para a sensibilização e alteração da cultura organizacional do HU-UFSC, visando a Acreditação Hospitalar Nível 1; estabelecer as técnicas do endomarketing para uma cultura organizacional voltada à Acreditação Hospitalar Nível 1 no HU-UFSC; e apontar os passos que podem ser adotados para facilitar a implantação da Acreditação Nível 1 no HU-UFSC.

Sobre o primeiro objetivo específico, a pesquisa revelou que a qualidade dos serviços prestados pelo HU-UFSC à comunidade é

percebida pelos participantes como boa a muito boa. Esta percepção advém do fato de ser um hospital que faz pesquisa, ensino, extensão e assistência, pelo caráter humanizado peculiar das atividades ali desenvolvidas e pela multidisciplinaridade no atendimento. Estes fatores fazem com que o HU-UFSC apresente um diferencial para a sociedade.

Entretanto, analisando a cultura organizacional vigente no HU-UFSC dentro dos preceitos da Acreditação Hospitalar Nível 1, percebe-se que a respeito das condições operacionais e de infraestrutura, critérios de segurança hospitalares, suporte técnico e manutenção preventiva e corretiva das dependências do hospital, os participantes mostraram-se insatisfeitos, havendo predominância do conceito regular, fato este que requer medidas urgentes para o alcance da Acreditação Hospitalar Nível 1. Por outro lado, os procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais) da qualidade da assistência, os cuidados sobre a prevenção e controle de infecções e riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil foram classificados de regular a bom, estando insatisfatórios para atender aos requisitos preconizados na Acreditação Hospitalar Nível 1. Constatou-se que existe, de maneira geral, no HU-UFSC um sentimento positivo à implantação da Acreditação Hospitalar Nível 1, mesmo porque esse é um movimento que está tomando proporções cada vez maiores no cenário da prestação de serviços de saúde, tendo em vista as exigências legais, como o REHUF, e as pressões da sociedade. Todavia, não há no momento nenhuma ação de sensibilização junto aos servidores para que isto aconteça. A pesquisa apontou para a insatisfação considerável quanto à promoção de palestras e divulgação de informativos a respeito da Acreditação Hospitalar Nível 1.

Constatou-se um distanciamento no relacionamento profissional entre os dirigentes e os servidores, e uma lacuna na comunicação em geral no HU-UFSC. Neste sentido, os participantes mencionaram o isolamento dos setores como um dos aspectos culturais a ser melhorado para alcance da Acreditação. Observou-se que, embora a socialização entre setores seja um fator mencionado como algo que precisa ser melhorado, os participantes demonstraram estar satisfeitos com o relacionamento com os parceiros profissionais e com suas lideranças imediatas. Isto mostra que o hiato existente na comunicação hierárquica diz respeito principalmente à necessidade de estreitamento das relações entre Direção Geral, servidores e demais setores do hospital.

Os participantes demonstraram estar satisfeitos com o reconhecimento de seu desempenho profissional por parte de sua chefia imediata, no entanto apontam a valorização profissional como um

aspecto cultural que precisa ser mudado para o sucesso da implantação do programa de Acreditação Hospitalar. Supõe-se que este fato possa estar ligado à insatisfação demonstrada com as alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional disponibilizado pelo HU-UFSC, tendo em vista que dentre as informações e comunicação interna que precisam ser repassadas com frequência aos servidores e que podem facilitar a implantação da Acreditação hospitalar citadas pelos participantes, está a capacitação continuada com abordagens a respeito das finanças do hospital, dos diversos serviços desenvolvidos, mudanças de rotinas, produtividade, eficiência e eficácia dos processos. Destaca-se que foram solicitados esclarecimentos sobre a Acreditação, inserindo informações sobre o significado, quais as metodologias, bem como o andamento da implantação, quais os benefícios e como se faz para implantar um programa de Acreditação Nível 1 no HU-UFSC.

Sobre os objetivos referentes à seleção das ferramentas e técnicas de endomarketing indicadas para a sensibilização e alteração da cultura organizacional do HU-UFSC, voltada à Acreditação Hospitalar no HU-UFSC, pode-se concluir que a informação é um aspecto urgente que necessita de medidas imediatas, haja vista que o registro de informações documentais em geral no HU-UFSC e no que diz respeito ao informativo, site oficial, mural de trabalho receberam os conceitos regular e bom, com predominância de regular. Estes meios utilizados para repasses das informações têm contribuído muito pouco para o desenvolvimento profissional dos participantes. Tal fato aponta para a necessidade de utilização de técnicas e ferramentas administrativas do endomarketing que corrijam esta deficiência na organização.

As ferramentas de endomarketing indicadas para a sensibilização e alteração da Cultura Organizacional do HU-UFSC, com vistas à Acreditação Hospitalar - Nível 1 foram: a *home page* institucional, panfletos de Acreditação e o jornal informativo. Estas ferramentas atendem à necessidade que os servidores apontaram de conhecer mais sobre o programa de Acreditação. Constatou-se que tanto a abordagem qualitativa quanto a quantitativa adotadas na pesquisa consideraram estas ferramentas eficazes para a alteração da cultura no HU-UFSC, com vistas à implantação do programa de Acreditação Hospitalar Nível 1, porém necessitam ser melhoradas, objetivando o aprimoramento profissional e a sensibilização com o objetivo de implantação deste programa.

Concluiu-se que para a sensibilização da cultura organizacional voltada à Acreditação Hospitalar, será indispensável usar técnicas de endomarketing verificadas na pesquisa, como a promoção de palestras e

seminários sobre o tema, a realização de reuniões setoriais, com envolvimento das chefias e dirigentes, estreitando desta maneira a comunicação com os servidores.

Por sua vez, em relação ao quarto objetivo definido neste estudo, a pesquisa indicou que os procedimentos gerenciais recomendados à implantação da Acreditação no HU-UFSC passam pela formação de uma equipe de trabalho multidisciplinar em consonância com a Direção Geral do hospital, para ajustarem as técnicas à sensibilização dos servidores do HU-UFSC, com vistas à implantação do programa, utilizando o endomarketing como técnica administrativa norteadora das ações fortalecedoras à inserção da cultura da qualidade no hospital. Com base neste estudo, pressupõe-se que o HU-UFSC preconiza a qualidade no atendimento e possui, no ambiente interno, um sentimento positivo sobre Acreditação Hospitalar Nível 1. No entanto, alguns aspectos culturais e técnicos devem ser lapidados para o alcance desta certificação. Um deles é a gestão das técnicas e ferramentas de endomarketing como meio de intervenção a melhoria contínua que possibilite sucesso.

As sugestões vislumbradas como relevantes passam pela contratação ou parceria com o Curso de Administração ou Comunicação Social, visando a abordagem técnica profissional que permita a elaboração de um plano de marketing, voltado à Acreditação Hospitalar Nível 1. O referido plano precisa ser acompanhado e gerenciado por uma equipe do HU-UFSC com experiência em Acreditação Hospitalar em parceria com um profissional dos cursos supramencionados. Dessa forma, pode-se ampliar o presente estudo com pesquisas que identifiquem a forma de sensibilização indicada aos servidores da fundação e terceirizados deste hospital. Deve-se ainda identificar a forma de participação do grupo de primeiro escalão da UFSC, principalmente a Reitora, Pró-Reitorias, Centros de Ensino, com vistas à facilitação do alcance da Acreditação Hospitalar Nível 1 para o HU-UFSC, pois será um diferencial primordial para a imagem institucional.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 171 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. São Paulo: Atlas, 2011.

ANDRADE, C. T. S. **Curso de relações públicas: relações com diferentes públicos**. São Paulo: Pioneira, 2003.

_____. **Para entender relações públicas**. São Paulo: Loyola, 1993.

ANTUNES, F. L. **Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA: um estudo de caso em um hospital de grande porte**. 2002. 113f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000: Sistema de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário**. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **NBR ISO 9000: Sistema de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **NBR ISO 9001: Sistemas de gestão da qualidade: requisitos para sistema de gestão da qualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2008. VIII, 28p.

_____. **NBR ISO 9001: Sistema de gestão da qualidade: requisitos para sistema de gestão da qualidade**, Rio de Janeiro, 2000.

_____. **NBR ISO 9004: Gestão para o sucesso sustentado de uma organização: uma abordagem da gestão da qualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2010. VII, 47p.

_____. **NBR ISO 9004: Sistemas de gestão da qualidade: diretrizes**

para melhorias de desempenho. Rio de Janeiro, 2000. 48p.

_____. **NBR ISO 14001: Sistemas da gestão ambiental: requisitos com orientações para uso.** Rio de Janeiro, 2005. 27 p.

_____. **NBR ISO 19011: Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ou ambiental.** Rio de Janeiro, 2002. 25p.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008.

BEKIN, S. F. **Conversando sobre o endomarketing.** São Paulo: Makron Books, 1995.

BENTO, R. F.; MINIT, A.; MARONE, S. **Tratado de otologia.** São Paulo: EdUSP, 1998.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.** São Paulo: Makron Books, 1994.

BITTAR, O. J. N. **Cultura e qualidade em hospitais.** Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/02>. Acesso em: 24 set. 2011.

_____. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** Disponível em: <<http://www.ellusaude.com.br/adm>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

_____. **Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino.** Disponível em: <<http://www.ellusaude.com.br/adm>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

_____. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BLUMEN, A. Dificuldades e benefícios dos programas de qualidade implementados em hospitais selados pelo controle de qualidade hospitalar – CQH. In QUINTO NETO, A.; OLIMPIO, N. B. **Hospitais, administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Dacasa, 2003. p. 81-98.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos>>. Acesso em: 01 out. 2011.

_____. Ministério da Educação e Saúde. **Portaria Interministerial n° 1000/MEC/MS**, de 15 de abril de 2004. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1970/GM**, de 25 de outubro de 2001. Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 3ª Edição. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1970.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BROCKA, B.; BROCKA, M. S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1994.

BRUM, A. M. **Endomarketing de A a Z: como alinhar o pensamento das pessoas à estratégia da empresa**. São Paulo: Integrare, 2010.

CARAVANTES, G. R.; CARAVANTES, C. B.; BJUR, W. **Administração e qualidade: a superação dos desafios**. São Paulo: Makron Books, 1997.

CERQUEIRA, W. **Endomarketing: educação e cultura para a qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

CESCA, C. G. G. **Comunicação dirigida escrita na empresa: teoria e prática**. São Paulo: Sumus, 1995.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COBRA, M. **Marketing de serviços**. São Paulo: Cobra, 2001.

COSTA FILHO, O.A. et al. Implante coclear em adultos. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA (SBORL). **Tratado de Otorrinolaringologia**. Vol 2. São Paulo: Roca, 2002. p. 270-5.

COUTO, R. C.; PEDROSA T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CRAINER, S. **Grandes pensadores da administração**. São Paulo: Futura, 2000.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

CZINKOTA, M. R.; DICKSON, P. R. **Marketing: as melhores práticas**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

FALCONI, Campos Vicente. **TQC – Controle da Qualidade Total (no estilo Japonês)**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da qualidade total**. São Paulo: Makron Books, 1994.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 20 jan 2011.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1996.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: formação, tipologias e impacto**. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (FMI). Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fundo_Monet%C3%A1rio_Internacional>. Acesso em: 30 nov. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GRÖNROSS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços; competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital público**. 2004. 250 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

INKOTTE, A. L. **Endomarketing: elementos para a construção de um marco teórico**. 2000. 144 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JACOBSEN, A. L.; CRUZ JÚNIOR, J. B.; MORETTO NETO, L. **Administração: (introdução e teorias)**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006

JURAN, J. M. **Juran na liderança pela qualidade**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____. **Qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

KLUCK, M. **Indicadores de qualidade para assistência hospitalar**. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

KLUCK, M.; PROMPT, C. A. O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão. In QUINTO NETO, A.; OLIMPIO, N. B. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2003. Pg 69 a 80.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento e controle**. São Paulo: Atlas, 1975.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1993.

JCI – Joint Commission International. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt>. Acesso em: 20 jan.2011

LABBADIA, L. L. et al. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **R Enferm UERJ**, n.12, p.83-7, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a14.pdf> r>. Acesso em: 14 jan. 2011.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LAS CASAS, A. L. **Marketing de serviços**. São Paulo: Atlas, 2006.

LOPES, L. F. D. Disponível em: <<http://felipelopes.com/CalculoAmostra.php>>. Acesso em: 05 dez 2011.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MANZO, B. F. **O processo da acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais da saúde**. 2009. 98 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

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

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, C. A. Inibição do processo de acreditação em vista da cultura organizacional. In QUINTO NETO, A.; OLIMPIO, N. B. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2003. p. 33-67.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **El hospital público tendencias y perspectivas**. Washington: OPAS, 1994.

OAKLAND, J.. **Gerenciamento da qualidade total**. São Paulo: Nobel, 1994.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. **Manual brasileiro de acreditação**: manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Brasília; ONA, 2010.

PALADINI, E. P. **As bases históricas da gestão da qualidade**: a abordagem clássica da administração e seu impacto na moderna gestão da qualidade. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v5n3/a02v5n3.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

_____. **Gestão da qualidade no processo**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Qualidade total na prática**: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total. São Paulo: Atlas, 1994.

PILLON, Raquel Basso Figueira. **Planejamento estratégico em um hospital universitário**: um estudo do caso do Hospital Universitario da UFSM. 2011. 132 f. Dissertação (mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Maria – RS, 2011.

POECK, K. et al. Outras ferramentas para a gestão do dia-a-dia. In COUTO, R. C., PEDROSA, T. M. G. **Hospital, acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2077. Cap 13.

QUINTO NETO, A. **Processo de acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

QUINTO NETO, A.; OLIMPIO, N. B. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São

Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, R. A. **Acreditação da qualidade em serviços hospitalares**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC, 2007.

_____. **Marketing em organizações de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC, 2008.

_____. **Gestão da qualidade**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC, 2009.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação da qualidade e a experiência brasileira**. 2004. 75 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1999.

SÃO THIAGO, P. E. **Promovendo saúde e ensino**: Hospital Universitário de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1983.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SEARA, A. C. Gestão hospitalar com garantia da qualidade I – usando as normas ISO 9000 e outras normas aplicáveis. In COUTO, R. C., PEDROSA, T. M. G. **Hospital, acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap 13.

SEMEME, Acyr. **Tecnologia e poder em organizações hospitalares: o caso do H.G.C.R.** 1988. Dissertação f. 181. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

SILVA, F. S. **Marketing de serviços: fundamentos, análises e práticas no setor de saúde**. Maceió: Edufal, 2005.

SOUZA, Z. O. **Endomarketing como fator relevante para a**

implantação da gestão da qualidade. 2003. 163 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SOUZA, A. C.; FIALHO, F. A. P.; OTANI, N. **TCC: Métodos e técnicas.** Florianópolis: Visual Books, 2007.

SUN-TZU. **A arte da Guerra: os documentos perdidos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

TAUBLIB, D. **Controle da 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.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. **Plano de reestruturação do HU/UFSC 2010 – 2014.** Florianópolis, 2010a.

_____. **Plano operativo 2010.** Florianópolis, 2010.

_____. Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. **Relatório de gestão 2010.** Florianópolis, 2010b. 46p.

_____. Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. **Relatório de gestão 2011.** Florianópolis, 2011. 37p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZEITHALM, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente.** Porto Alegre: Bookman, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - Características dos serviços segundo Kotler e Armstrong, Cobra, Zeithalm e Bitner, Silva e Las Casas

APÊNDICE 02 - Categorias e Variáveis Analisadas – entrevista com dirigentes de primeiro escalão

APÊNDICE 03 - Categorias e Variáveis Analisadas – questionário aplicado aos servidores

APÊNDICE 04 – Entrevista com os servidores efetivos do HU-UFSC

APÊNDICE 05 - Entrevista com os diretores do HU-UFSC

APÊNDICE 06 - Qual deve ser o papel do grupo de dirigentes de primeiro escalão para implantação da Acreditação?

APÊNDICE 07- Qual deve ser o papel dos servidores para atingir os desafios mencionados a implantação da Acreditação hospitalar?

APÊNDICE 08-Ferramentas de endomarketing que os entrevistados mais se familiarizam

APÊNDICE 09 - Ferramentas de endomarketing que podem influenciar nos fatores culturais no HU-UFSC

APÊNDICE 10 - Servidores da Assistência direta ao cliente (HU-UFSC)

APÊNDICE 11- Servidores Administrativos (HU-UFSC)

APÊNDICE 12- Servidores da Assistência direta ao cliente (HU-UFSC)

APÊNDICE 13 - Servidores da Administração (HU-UFSC)

APÊNDICE 14- Servidores da Assistência direta ao cliente (HU-UFSC)

APÊNDICE 15- Servidores da Administração (HU-UFSC)

APÊNDICE 01

Características dos serviços segundo Kotler e Armstrong, Cobra, Zeithalm e Bitner, Silva e Las Casas.

Características	Kotler e Armstrong (1993)	Cobra (2001)	Zeithalm e Bitner (2003)	Silva (2005)	Las Casas (2006)
Intangibilidade	Não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem comprados.	Um serviço é mais intangível do que tangível. Ex: um restaurante chinês vende ambiente e sensação de realceza.	São atuações e ações mais do que objetos, não podendo ser vistos, sentidos ou tocados da mesma forma que se pode sentir bens tangíveis.	Serviços não podem ser vistos, provados, ouvidos ou cheirados, antes de serem utilizados. A pessoa que se submete a uma cirurgia plástica não pode prever seu resultado.	Antes de uma venda efetiva, o que ocorre são promessas, muitas vezes impossíveis de constatação prévia. Por isso, para fechar um negócio é preciso ter confiança nos vendedores.
Inseparabilidade	Os serviços são primeiro vendidos, depois produzidos e consumidos ao mesmo tempo, portanto são inseparáveis daqueles que os proporcionam, sejam eles pessoas ou máquinas.	O serviço depende da performance sobretudo de pessoas. Um funcionário é parte essencial de um serviço. O setor serviço é quase sempre caracterizado como mão-de-obra intensiva.	Produção e consumo são simultâneos. O serviço é primeiro vendido e, então produzida e consumida simultaneamente.	No serviço as etapas de natureza crítica são produzidas e consumidas simultaneamente. Se o cliente está presente durante a execução, tanto ele, quanto quem presta serviço afetam o resultado final.	Produção e consumo ocorrem simultaneamente. No momento em que o funcionário da empresa prestadora de serviços esta a frente com o consumidor é que ocorre a ação. O preparo do profissional é o objeto de comercialização.
Percibilidade	Serviços são percíveis e não podem ser estocados para vendas ou uso futuros.	Quando um serviço exige a presença de um cliente, para perceber e consumir os serviços, a empresa do setor de serviços deve estar atenta ao tempo do cliente, pois os serviços são perecíveis. Isto é, não podem ser armazenados para consumo posterior.	Refere-se ao fato de os serviços não poderem ser preservados, estocados, revendidos ou devolvidos.	Os serviços não podem ser estocados. Por exemplo, um hospital encontrar-se com 100% de ocupação dos seus leitos e, de repente, há um aumento de procura de pacientes para internação. O hospital não tem outra saída. Simplesmente deixa de atender o paciente.	Os serviços não podem ser produzidos em massa, nem ser estocados como produto tangível, que pode ser fabricado e estocado para venda futura.
Relacionamento com clientes	Muitos serviços não podem ser produzidos sem a presença e cooperação do cliente. Como não podem ser armazenados, devem ser produzidos ao mesmo tempo em que são consumidos.				
Variabilidade	Os serviços são altamente variáveis. Sua qualidade depende de quem os proporciona e quando, onde e como são proporcionados.			Os serviços são altamente variáveis, à medida que dependem de quem os executa, de quando e onde são executados.	
Heterogeneidade			Os serviços são atuações, em geral desempenhados por seres humanos, dois serviços prestados nunca serão exatamente os mesmos.		Os serviços são muitas vezes ligados à pessoa do vendedor. Por essa razão os serviços de uma empresa podem variar muito.

Fonte: adaptado de Kotler e Armstrong, Cobra, Zeithalm e Bitner, Silva e Las Casas.

APÊNDICE 02

Categorias e Variáveis Analisadas – entrevista com dirigentes de primeiro escalão

Categorias	Variáveis	Questionamentos
Qualidade na assistência a saúde	Programas de qualidade aplicados em organizações de saúde.	Quais programas você conhece de qualidade aplicado às organizações prestadoras de serviços de saúde? Qual é a sua opinião sobre eles?
	Treinamentos e programas de gestão da qualidade na área hospitalar.	Quais treinamentos ou programas de gestão de qualidade na área hospitalar você participou nos últimos cinco anos? Em caso afirmativo destaque pontos relevantes deste(s) treinamento(s).
	Gestão da qualidade hospitalar	Qual são as suas opiniões sobre a gestão da qualidade hospitalar na assistência aos clientes no HU-UFSC? Exemplifique com alguns fatores de qualidade do referido hospital.
	ISSO	Qual sua opinião sobre o papel das ISO's aplicáveis as organizações prestadoras de serviços de saúde e, em especial, no HU-UFSC?
Acreditação	Preceitos de acreditação	Qual são as suas opiniões sobre a aplicação dos preceitos de acreditação hospitalar no HU-UFSC e como ela pode contribuir para a melhoria assistencial?
	Implantação da acreditação no HU-UFSC.	O que esta sendo feito para a implantação da acreditação hospitalar no HU-UFSC? Em caso afirmativo, mencione os principais avanços neste sentido. Em caso negativo, quais seriam os procedimentos imediatos a serem perseguidos para este fim.
	Desafios para implantação do programa de acreditação no HU-UFSC.	Quais são os principais desafios para a implantação do programa de acreditação hospitalar no HU-UFSC – nível 1?
	Papel do grupo de dirigentes de primeiro escalão	Para se atingir estes desafios, qual deve ser o papel do grupo de dirigentes de primeiro escalão do HU-UFSC (diretores) para a implantação da acreditação hospitalar nível 1 no HU-UFSC?
	Papel dos funcionários	Para se atingir estes desafios, qual deve ser o papel dos funcionários?
	Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.	Quais são suas opiniões sobre o referido Manual?
Cultura	Valores	Como você definiria os valores de gestão que norteiam as ações do HU-UFSC, e em especial na sua diretoria? Destaque os principais valores que norteiam suas atividades e de seus colaboradores.
	Crenças e pressupostos	Quais as crenças e pressupostos você destacaria sobre as suas atividades no HU-UFSC, e em especial, na sua diretoria? Saliente as principais crenças e pressupostos existentes.
	Ritos, rituais e cerimônias	Como você definiria os ritos, rituais e cerimônias que balizam as ações do HU-UFSC e, em especial, na sua diretoria? Destaque os principais ritos, rituais e cerimônias inerentes as suas atividades e de seus colaboradores.
	Mitos	Como você definiria os mitos existentes no HU-UFSC e, em especial, na sua diretoria ou divisão? Quais seriam esses mitos?
	Tabus	Como você definiria os tabus que norteiam as operações do HU-UFSC e, em especial, na sua diretoria ou divisão?
	Heróis ou personalidades	Como você definiria os heróis ou personalidades que influenciaram a cultura do HU-UFSC e na sua diretoria ou divisão?
	Normas	Como você definiria as normas que norteiam o HU-UFSC, e em especial, sua diretoria ou divisão? Comente-as.
	Fatores culturais	Dos fatores culturais supramencionados, quais podem facilitar ou dificultar a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação no HU-UFSC?
Endomarketing	Comunicação	Como você classificaria o processo de comunicação no HU-UFSC sob os seguintes aspectos: - No HU, como por exemplo: circulação da informação sobre divulgação de projetos, implantação de programas de gestão, inovações tecnológicas, dentre outros. -Na sua diretoria, como por exemplo: circulação da informação sobre divulgação de projetos, implantação de programas de gestão, inovações tecnológicas, dentre outros.
	Ferramentas de endomarketing	Dentre as ferramentas de endomarketing descritas na sequência, destaque aquelas que você mais se familiariza. Classifique-as por ordem de preferência: Site institucional, manual de integração, caixa de sugestões, folder, informativo do HU, e-mail, quadro de avisos, jornal mural, mala direta, carta informativa, banner eletrônico, redes sociais, barrado contra cheque, cartazes, folhetos, boletins, vídeo institucional. Sugira outras formas de comunicação interna que você prefere obter informações. Quais destas ferramentas de endomarketing podem influenciar nos fatores culturais destacados na questão 18?
	Papel do endomarketing	Na sua opinião, qual o papel do endomarketing para a implantação da Acreditação Hospitalar (ONA) no HU-UFSC?

APÊNDICE 03

Categorias e Variáveis Analisadas – questionário aplicado aos servidores

Categorias	Variáveis	Questionamentos
Acreditação	Qualidade dos serviços na área de atuação	Como você classifica a qualidade dos serviços prestados na sua área de atuação no HU-UFSC?
	Qualidade dos serviços no HU-UFSC	Como você classifica a qualidade dos serviços prestados pelo HU-UFSC?
	Procedimentos (máquinas/equipamentos e materiais da qualidade).	Como você classifica os procedimentos (máquinas/equipamentos e demais materiais inerentes a tua atividade) da qualidade de assistência hospitalar utilizados no HU-UFSC.
	Condições operacionais e de infra-estrutura.	Como você classifica as condições operacionais e de infra-estrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC? (considere as operações que impactam diretamente em suas atividades profissionais).
	Critérios e procedimentos de segurança hospitalar	Como você classifica os critérios e procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC?
	Acesso aos serviços disponibilizados no HU-UFSC	Como você classifica o acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC?
	Suporte técnico na área de atuação	Como você classifica o suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizado pelo HU-UFSC?
	Manutenção preventiva e corretiva das dependências	Como você classifica a manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC?
	Prevenção e controle de infecções	Como você classifica os cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC?
	Cuidados com os resíduos (lixo hospitalar)	Como você classifica os cuidados com os resíduos (por exemplo: lixo) hospitalares gerados no HU-UFSC?
	Riscos assistenciais, sanitários, ambientais e ocupacionais	Como você classifica os riscos assistenciais (medicação incorreta), sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC?
	Implantação de programa de Acreditação	Como você visualiza a implantação de um programa de acreditação Hospitalar no HU-UFSC?
Cultura	Novas técnicas de trabalho	Como você classifica a inserção de novas técnicas de trabalho que contribua com suas atividades no HU-UFSC?
	Desempenho profissional	Como você classifica o seu desempenho profissional no HU-UFSC? (considere o que é disponibilizado pelo HU-UFSC para o seu desempenho profissional).
	Reconhecimento profissional	Como você classifica seu reconhecimento profissional (não remunerativo) pela sua chefia imediata no HU-UFSC? (considere a forma em que você é reconhecido no seu ambiente de trabalho)?
	Capacitação profissional	Como você classifica a capacitação dos profissionais na sua área de atuação HU-UFSC?
	Treinamento e desenvolvimento	Como você classifica as alternativas de treinamento e desenvolvimento profissional na sua área de atuação disponibilizado pelo HU-UFSC?
	Acompanhamento operacional	Como você classifica o acompanhamento operacional em suas atividades no HU-UFSC?
	Liderança e relacionamento	Como você classifica a liderança e relacionamento de seu superior imediato no HU-UFSC.
	Relacionamento com gestores	Como você classifica seu relacionamento com os gestores das diversas unidades da sua área de atuação no HU-UFSC?
	Relacionamento entre colegas de trabalho	Como você classifica o relacionamento entre seus colegas de divisão e de atividades profissionais no HU-UFSC?
	Divulgação de informações sobre Acreditação	Como você classifica a divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC?
Endomarketing	Registros de informações em geral	Como você classifica os registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC?
	Palestras sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar)	Como você classifica a promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC, na sua área de atuação?
	Palestras no auditório do HU-UFSC	Como você classifica as palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC promovidas pela Administração?
	Informativo do HU-UFSC	Como você classifica o informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional?
	Site oficial do HU-UFSC	Como você classifica as informações inseridas na página do HU-UFSC para a sua atividade profissional?
	Informações no mural do serviço	Como você classifica as informações fixadas no mural do seu setor de trabalho?
	Comunicação entre a Direção Geral e os setores	Como você classifica a comunicação entre a Direção Geral e os demais setores do HU-UFSC?
Comunicação entre setores	Como você classifica a comunicação efetiva entre os setores que compõem as quatro diretorias do HU-UFSC?	

Fonte: Dados primários (2012)

APÊNDICE 04

Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária (PPGAU/UFSC)

Questionário: Entrevista com os Servidores Efetivos do HU-UFSC

Este questionário tem por objetivo conhecer sua posição sobre pontos cruciais à implantação da Acreditação Hospitalar no HU-UFSC. O questionário foi concebido dentro de um enfoque acadêmico, com o fito de elaboração da dissertação de mestrado ao PPGAU-UFSC. A partir dos procedimentos éticos definidos pela UFSC, informo-o que seu nome será mantido em sigilo, como apregoa a legislação desta IFE. *Por favor, não deixe nenhuma pergunta se resposta.* Atenciosamente. Jaqueline Siqueira Alcântara (mestranda PPGAU/UFSC).

Cargo: _____ **Tempo de trabalho no HU-UFSC:** _____ anos.

Como você classifica a divulgação de informativos sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica a qualidade dos serviços de saúde prestados na sua área de atuação no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você visualiza a implantação de um programa de Acreditação Hospitalar no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica os procedimentos (máquinas/equipamentos e demais materiais inerentes a tua atividade) da qualidade de assistência hospitalar utilizados no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica as condições operacionais e de infra-estrutura disponibilizadas pelo HU-UFSC? (considere as operações que impactam diretamente em suas atividades profissionais).

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica os critérios e procedimentos de segurança hospitalar existentes no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica o acesso pelos clientes dos serviços disponibilizados pelo HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica o suporte técnico na sua área de atuação, disponibilizado pelo HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica a manutenção preventiva e corretiva das dependências do HU-UFSC.

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica os cuidados sobre a prevenção e controle de infecções no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica os cuidados com os resíduos (por exemplo: lixo) hospitalares gerados no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica os riscos assistenciais (medicação incorreta), sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica os registros de informações, em geral, utilizados pelo HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica a inserção de novas técnicas de trabalho que contribua com suas atividades no HU-UFSC?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica a promoção de palestras de sensibilização sobre programas de qualidade (Acreditação Hospitalar) no HU-UFSC, na sua área de atuação?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica as palestras que ocorrem no auditório do HU-UFSC promovidas pela Administração?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Como você classifica o informativo do HU-UFSC para o seu desenvolvimento profissional?

Péssimo () Regular () Bom () Muito bom () Excelente () Nada declarar ()

Mencione **de cinco a dez** tipos de informações/comunicação interna que precisam ser repassadas com freqüências aos funcionários do HU-UFSC que podem facilitar a implantação da Acreditação Hospitalar. ***Classifique-os por grau de importância.***

Tipos de informações/comunicação	Classifique

Obrigado pela sua atenção e em breve o resultado da pesquisa, sem a identificação dos respondentes, estará disponível na forma de dissertação de mestrado na biblioteca central da UFSC ou no PPGAU-UFSC.

APÊNDICE 05

Questionário - Direção e Chefias Executivas do HU-UFSC

Ilmo. Sr.

Diretor:

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago- HU.

Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

Ao cumprimentá-lo(a), solicito a sua presteza no preenchimento do presente instrumento de coleta de dados que será objeto de análise para a elaboração da dissertação de mestrado intitulada: *“O Endomarketing como Técnica Interveniente no Processo de Acreditação do HU-UFSC e seus Reflexos à Cultura Organizacional”* do Programa de Pós Graduação em Administração Universitária, da Universidade Federal de Santa Catarina. O seu questionário será tratado de forma conjunta aos demais respondentes, portanto estará garantida a preservação de sua identidade.

O questionário está dividido em quatro temas distintos, quais sejam: Qualidade focada na Assistência à Saúde, Acreditação Hospitalar, Cultura organizacional e Endomarketing endereçada ao HU/UFSC.

A sua contribuição é muito importante, pois além de possibilitar a conclusão da referida dissertação, também vai contribuir para o grupo de primeiro escalão do Hospital Universitário ter um panorama atualizado de possíveis passos para o alcance da Acreditação Hospitalar neste órgão complementar da UFSC, bem como atender as aspirações da comunidade em geral.

Antecipo meus agradecimentos a V. S^a., comprometendo-me entregar uma versão da minha dissertação à direção geral deste hospital, tão logo defenda este trabalho.

Jaqueline Siqueira Alcântara

Servidora Técnica-administrativa do HU-UFSC.

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária – PPGAU/UFSC.

Programa de Pós-Graduação em Administração
Universitária (PPGAU/UFSC)

Questionário: Entrevista com os diretores do HU-UFSC

Este questionário tem por objetivo conhecer sua posição sobre pontos cruciais à implantação da Acreditação Hospitalar no HU-UFSC. O questionário foi concebido dentro de um enfoque acadêmico, com o fito de elaboração da dissertação de mestrado ao PPGAU-UFSC. A partir dos procedimentos éticos definidos pela UFSC, informo-o que seu nome será mantido em sigilo, como apregoa a legislação desta IFE. Atenciosamente. Jaqueline Siqueira Alcântara (mestranda PPGAU/UFSC).

Cargo:

Tempo de trabalho no HU-UFSC: _____ anos.

1. O conceito de *qualidade* prioriza a satisfação do cliente em todos os níveis de atendimento de suas necessidades. Segundo estudiosos do tema, na assistência à saúde a qualidade “assistencial” é medida desde o acesso do cliente ao serviço de saúde, o desempenho técnico e profissional de quem presta a assistência, e a participação dos pacientes e familiares no processo de atendimento. Pergunta-se: Quais programas você conhece de qualidade aplicada às organizações prestadoras de serviços de saúde? Qual é a sua opinião sobre eles?

2. Quais treinamentos ou programas de gestão de qualidade na área Hospitalar você participou nos últimos 5 anos? Em caso afirmativo, destaque pontos relevantes deste(s) treinamento(s).

3. Qual é a sua opinião sobre a gestão da qualidade hospitalar na assistência aos clientes no HU-UFSC? Exemplifique com alguns fatores de qualidade do referido hospital.

4. A Sigla **ISO (International Organization for Standardization)** é que representa a organização internacional para normalização, constituindo-se num conjunto de normas que balizam as atividades e procedimentos de gestão das organizações que procuram a obtenção de selos de qualidade. As principais normas internacionais são: ISO 9000, 9001, 9002, 9003, 9004, 14000, 14001, 19011e 22000, todas voltadas a excelência na qualidade. Qual são as suas opiniões sobre o papel das ISO's aplicáveis as organizações prestadoras de serviços de saúde e, em especial, no HU-UFSC?

5. **Acreditação** é a metodologia criada para avaliar a qualidade na prestação de assistência à saúde, utilizando-se de padrões de referência e indicadores qualitativos nesta área de conhecimento, em outras palavras, “É um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (ONA, 2010, p. 13)”. Os padrões de avaliação estão definidos em três níveis de complexidade

crescente, ou seja, NIVEL 1 – Segurança, NIVEL 2, Gestão Integrada, NIVEL 3 Excelência em gestão (quadro anexo). Este estudo está focado na obtenção do selo de acreditação NIVEL 1. Quais são as suas opiniões sobre a aplicação dos preceitos de Acreditação Hospitalar no HU-UFSC e como ela pode contribuir para a melhoria assistencial?

6. O que está sendo feito para a implantação da Acreditação Hospitalar no HU-UFSC?

6.1 em caso afirmativo, mencione os principais avanços neste sentido.

6.2 em caso negativo, quais seriam os procedimentos imediatos a ser seguidos para este fim.

7. Quais são os principais desafios para a implantação do programa de Acreditação Hospitalar no HU-UFSC - Nível 1?

8. Para se atingir estes desafios, qual deve ser o papel do grupo de dirigentes de primeiro escalão do HU-UFSC (Diretores) para a implantação da Acreditação Hospitalar Nível 1 no HU-UFSC?

9. Para se atingir estes desafios, qual deve ser o papel dos funcionários?

10. O Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – é um instrumento de avaliação, dividido em seções e subseções que deverão ser avaliadas e que define parâmetros à comparação e mensuração de serviços de saúde, através de padrões para cada subseção avaliada. Quais são suas opiniões sobre o referido Manual?

Cultura é um conjunto de crenças vivificadas numa organização que sinaliza como as atividades devem ser executadas e de que modo os funcionários devem se comportar e serem tratados (OAKLAND, 1994). Em se tratando dos preceitos que moldam a cultura das organizações, comente:

11. *Os valores* são as crenças e conceitos básicos de uma organização. Representam a essência da filosofia da organização para alcance do sucesso, pois eles fornecem um senso de direção comum para todos os empregados e um guia para o comportamento diário. Como você definiria os *valores de gestão* que norteiam as ações do HU-UFSC, e em especial, na sua diretoria? Destaque os principais valores que norteiam suas atividades e de seus colaboradores.

12. *As Crenças e Pressupostos* são tudo aquilo que é dito como verdade na organização. Quais são as *crenças e pressupostos* você destacaria sobre as suas atividades no HU-UFSC, e em especial, na sua diretoria? Saliente as principais crenças e pressupostos existentes.

13. *Os Ritos, Rituais e Cerimônias* são atividades planejadas que têm conseqüências

práticas e expressivas, tornando a cultura organizacional mais tangível e coesa. Como você definiria os *ritos, rituais e cerimônias* que balizam as ações do HU-UFSC e, em especial, na sua diretoria? Destaque os principais *ritos, rituais e cerimônias* inerentes as suas atividades e de seus colaboradores?

14. *Os Mitos* são histórias consistentes com os valores da organização, porém não sustentadas pelos fatos. Como você definiria os *mitos* existentes no HU-UFSC e, em especial, na sua diretoria ou divisão? Quais seriam esses mitos?

15. *Os Tabus* são rituais que não funcionam. Como você definiria os *tabus* que norteiam as operações do HU-UFSC e, em especial, na sua diretoria ou divisão?

16. *Os Heróis* personificam os valores e condensam a força da organização. Como você definiria os “*heróis*” ou *personalidades* que influenciam a cultura do HU-UFSC e na sua diretoria ou divisão?

17. *Norma* é o comportamento sancionado, através do qual as pessoas são recompensadas ou punidas, confrontadas ou encorajadas, ou postas em ostracismo quando violam as normas. Como você definiria as *normas* que norteiam o HU-UFSC e, em especial, sua diretoria ou divisão? Comente-as.

18. Dos fatores culturais supramencionados, quais podem facilitar ou dificultar a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar Organização Nacional de Acreditação no HU-UFSC?

19. *O Endomarketing* é o conjunto de ações de marketing voltadas para os funcionários, visando a promover valores destinados a servir o cliente, e o comprometimento desses com os objetivos da empresa, pressupondo o trabalho em equipe, num cenário de cooperação e integração dos vários setores da organização. No endomarketing a comunicação que se estabelece entre os parceiros tem papel fundamental, uma vez que *comunicação* é a maneira como as pessoas interagem dentro da organização, sendo por transações simbólicas, verbalizações, vocalizações, comportamentos não-verbais., dentre outros. Desta forma, como você classificaria o processo de comunicação no HU-UFSC, sob os seguintes aspectos:

19.1 No HU, como por exemplo: circulação da informação sobre divulgação de projetos, implantação de programas de gestão, inovações tecnológicas, dentre outros.

19.2 Na sua diretoria, como por exemplo: circulação da informação sobre divulgação de projetos, implantação de programas de gestão, inovações tecnológicas, dentre outros.

20. Dentre as ferramentas de endomarketing descritas na seqüência, destaque aquelas que você mais se familiariza. Classifique-as por ordem de sua preferência.

Site institucional	Quadro de avisos	
Barra do Contra Cheque	Manual de integração	
Jornal Mural	Cartazes	
Caixa de sugestões	Mala direta	Folhetos

Folder
Boletins
Banner eletrônico
E-mail

Carta informativa
Informativo do HU-UFSC
Vídeo institucional
Redes sociais

Sugira outras formas de comunicação interna que você prefere obter informações.

21. Quais destas ferramentas de endomarketing podem influenciar nos fatores culturais destacados na questão 18?

22. Na sua opinião, qual o papel do endomarketing para a implantação da Acreditação Hospitalar (ONA) no HU-UFSC?

Comentários adicionais:

Obrigada!

APÊNDICE 06

Qual deve ser o papel do grupo de dirigentes de primeiro escalão para implantação da Acreditação?

<p>“Acreditar é a primeira coisa. A Direção, ai eu to pensando na direção enquanto esse grupo diretor, o vice-diretor e os diretores setoriais, como é o nosso caso, todos tem que estar envolvidos”. <i>Etá</i></p>
<p>“Precisa haver um plano de que caminho nós temos que seguir para chegar na acreditação e começar a trabalhar em termos deste plano envolvendo todos os trabalhadores das suas áreas. [...] trabalhar um plano conjunto que envolva todos os servidores e isso tem que vir da direção, porque não é da base que ele vai surgir, tem que vir como proposta da direção e trabalhar isso porque tem resistência”. <i>Kappa</i></p>
<p>“A direção geral e as diretorias devem apoiar e definir as diretrizes para a implantação da acreditação”. <i>Tau</i></p>
<p>“Discussão no sentido de buscar estratégias para que as áreas sejam envolvidas [...] pois nada irá acontecer, se não houver o envolvimento das equipes de trabalho, se estas não estiverem cientes da importância dos objetivos que se deseja alcançar. As ações se fazem com pessoas e estas precisam estar motivadas”. <i>Lambda</i></p>
<p>“Vontade de que se obtenha a certificação, definição de metas, planejamento de ações, priorizar, capacitar os funcionários, disseminar ideias”. <i>Sampi</i></p>
<p>“Eles precisam saber do que se trata e segundo eles tem que considerar como prioridade, porque na verdade se a gente não aceitar isso como prioridade nós vamos ficar para traz”. <i>San</i></p>
<p>“Direcionar esforços e orientar os recursos para este fim”. <i>Omega</i></p>
<p>“A direção de fato envolvida e com vontade”. <i>Epsilon</i></p>
<p>“Envolvimento da direção junto com todas as categorias profissionais do hospital”. <i>Delta</i></p>
<p>“Precisa estar estimulado a fazer isso, colocar como prioridade e sensibilizar a equipe”. <i>Alfa</i></p>
<p>“Dentro de um planejamento estratégico fazer com que isso seja elencado, ou seja, fazer parte de um programa de mudança”. <i>Sigma</i></p>

Fonte: Dados primários (2012).

APÊNDICE 07

Qual deve ser o papel dos servidores para atingir os desafios mencionados a implantação da acreditação hospitalar?

<p>“Se cada um fizesse seu papel na forma correta nós estaríamos com tudo acreditado. Eles primeiro vão ter que ser capacitados, entenderem o que é esse processo de acreditação. A segunda questão é entender, eu acho, para que serve uma acreditação, porque normalmente infelizmente o que eu tenho sentido é que o trabalhador diz assim, o que isso vai trazer para mim? [...] Trabalhar numa instituição acreditada tem muito mais valor de visibilidade daquela instituição. Infelizmente, os trabalhadores de modo geral não conseguem perceber isso”. <i>Etá</i></p>
<p>“O servidor deverá trabalhar em equipe”. <i>Alfa.</i></p>
<p>“Contribuir para o alcance das metas, observando as normas e rotinas estabelecidas” <i>Omega</i></p>
<p>“Colaboração” <i>Sigma</i></p>
<p>“Se empenhar mais, gostar do que faz e fazer valer, fazendo bem a sua parte”. <i>Digamma</i></p>
<p>“Na verdade eles tem o papel de fazer acontecer até o planejar. Se não envolvê-los neste planejamento, no pensar as alternativas, porque eles precisam conhecer o que precisa ser feito para chegar na acreditação. Acreditar que é importante para o HU ser acreditado e participar das decisões e fazer as coisas acontecerem”. <i>Kappa</i></p>
<p>“Primeiramente se sentirem agentes desse processo depois buscar o desenvolvimento das competências individuais, visando o crescimento institucional” <i>Lambda</i></p>
<p>“Comprometimento” <i>Sampi</i></p>
<p>“Deve-se conseguir a adesão e o envolvimento de todos, desde o médico até o recepcionista”. <i>Tau</i></p>
<p>“O servidor vai ter uma participação muito grande. Ele tem que ser inserido neste processo e ele tem que saber o que é exigido para aquele serviço ser acreditado. Na verdade sem o servidor vai ficar uma acreditação de gaveta, não vai ter finalidade nenhuma”. <i>San</i></p>

Fonte: Dados primários (2012).

APÊNDICE 08

Ferramentas de endomarketing que os entrevistados mais se familiarizam

Entrevistados	Alfa	Beta	Omega	Epsilon	Delta	Sigma	Digamma	Eta	Kappa	Lambda	Sampi	Tau	San	Omicron
Ferramentas														
Site Institucional			1º	3º	3º	3º		1º	3º	1º	1º	1º	2º	1º
Manual de Integração			13º											
Caixa de sugestões			12º								2º			
Folder			11º									6º		2º
Informativo do HU		3º	2º	4º		2º		3º	2º	3º		2º	3º	
E-mail	1º		3º	1º	1º	1º	1º	2º	1º	2º		5º	1º	3º
Quadro de avisos		1º	10º	2º		5º			6º	4º		3º	4º	4º
Jornal Mural			9º			4º			7º				7º	
Mala Direta	2º		14º											
Carta Informativa			8º										6º	
Banner Eletrônico			16º			2º								
Redes Sociais			15º		4º									
Barra do Contra	3º	2º	4º		6º				4º					5º
Cheque							3º							
Cartaz			6º	5º					5º				5º	6º
Folheto		4º	7º	6º										
Boletim		5º												
Vídeo Institucional			17º		4º		4º			5º		4º		

Fonte: Dados primários (2012)

APÊNDICE 09

Ferramentas de endomarketing que podem influenciar nos fatores culturais no HU-UFSC

Entrevistados	Alfa	Beta	Omega	Epsilon	Delta	Sigma	Digamma	Eta	Kappa	Lambda	Sampi	Tau	San	Omicron
Ferramentas														
Site Institucional			X	X	X	X			X	X	X		X	X
Manual de Integração			X		X	X								
Caixa de sugestões														
Folder			X											
Informativo do HU		X	X	X			X	X			X			
E-mail			X		X	X			X	X	X		X	
Quadro de avisos		X	X								X			
Jornal Mural			X											
Mala Direta														
Carta Informativa														
Banner Eletrônico			X		X									
Redes Sociais					X									
Barra do Contra					X									
Cheque					X									
Cartaz		X	X	X										
Folheto			X	X										
Boletim			X											
Vídeo Institucional			X		X									X

Fonte: Dados primários (2012)

APÊNDICE 10

Servidores da Assistência direta ao cliente (HU-UFSC)

Aspectos culturais que precisam ser melhorados para ser ter sucesso na implantação de um programa de Acreditação Hospitalar					
Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes
Comunicação entre setores	41	Valorização do servidor	20	Comunicação entre direção e funcionários	19
Os setores são ilhas/socialização dos setores	16	Humanização	15	Comprometimento profissional	12
Discriminação entre níveis profissionais	12	Gestão mais participativa	11	Igualdade de cumprimento de carga horária entre os Profissionais	10
Ética profissional	10	Cultura de segurança no atendimento	10	Atendimento da emergência	9
Imparcialidade tratamento igual para todos os profissionais	9	Qualidade no atendimento/assistência	9	Profissionalismo	8
Manutenção preventiva de equipamentos	8	Compromisso na prestação de serviços a comunidade	7	Qualificação profissional para cargos de gestão	7
Valorização do individual x coletivo	6	Respeito aos profissionais	6	Transparência na gestão	6
Melhorar a estrutura física e o mobiliário	5	Cumprimento da carga horária	5	Estar aberto a mudanças	5
Interdisciplinaridade	5	Integração das equipes multiprofissionais	5	Melhoria no registro de dados do paciente	4
Cumprimento e respeito as normas institucionais	4	Menos burocracia	4	Responsabilidade inerente ao cargo	4
Liderança/ausência da direção geral	4	Melhorar a informatização	4	Saúde como favor, não como direito.	3
Respeito à hierarquia	3	Descuido com bens públicos e recursos-desperdício.	3	Cobrança de carga horária	3
Priorizar os interesses profissionais e institucionais.	3	Manutenção preventiva da estrutura	3	Melhoria da qualidade de trabalho	3
Integração docente assistencial	3	Segurança do paciente	3	Qualidade no resultado de exames	3
Crenças e valores - revisão	3	Supervisão dos doutorandos e residentes pelos staffs	3	Assistência a saúde do servidor no HU	3
Melhorar o acesso a consultas/serviços	3	Maior interação entre profissionais e direção	2	Prontuário eletrônico	2
Melhorar o fluxo interno e externo	2	Valorização das chefias de serviço	2	Atendimento aos funcionários pelos serviços do HU	2
Relacionamento interpessoal	2	Cobrança de produtividade	2	O Diretor do HU deve deixar de ser médico ou professor	2
Desvalorização das áreas de apoio e administrativas	2	Insalubridade para todos	2	Servidor público não trabalha	2
Envolvimento dos profissionais	2	Respeitar pacientes e familiares	2	Investir em pesquisa	2
Integração entre servidores	2	Dedicação	2	Infraestrutura melhorar	2
Comprometimento da Direção Geral	2	Multidisciplinaridade atuando em conjunto	2	Melhorar a tecnologia de imagem de diagnostico	2
Informação ao paciente	2	Morosidade nos processos de trabalho	2	Direção mais ativa	2
Ouvidoria	2	Melhoria das condições de trabalho	2	Capacitação para todos os turnos de trabalho	2
Padronizar procedimentos	1	Cooperação	1	Melhorar a remuneração das chefias	1
Meritocracia	1	Flexibilidade	1	Honestidade	1
Postura pró-ativa	1	Resistências dos médicos em digitar pedidos de exames	1	Desvio de funções dos servidores	1
Considerar a filosofia assistencial do HU	1	Clareza na hierarquia	1	Gestão mais democrática	1
Tomada de decisão em grupo	1	Documentação da assistência	1	Melhora da ergonomia no trabalho	1
Participar de cursos independentes do ganho financeiro	1	Moral institucional	1	Mal preenchimento de papéis pelo médicos	1
Estabelecer protocolos de rotina	1	Melhorar o atendimento da emergência para servidores	1	Organização	1
Auditoria ativa	1	Maior autonomia financeira	1	Comunicação verbal	1
Caligrafia	1	Acomodação dos servidores	1	Padronização de documentos	1
Aplicar penalidades	1	Apoio psicológico aos funcionários	1	Foco no atendimento no paciente, não no aluno e no servidor	1
Cultura do não desperdício	1	Apoio psicológico aos familiares	1	Preventiva	1
Prevenção de riscos a saúde do trabalhador	1	Punições	1	Tempo de permanência de pessoas com problemas sociais	1
Incentivo ao uso adequado de equipamentos e materiais	1	Cultura de planejamento	1	Sensação de abandono	1
Responsabilidade e importância dos serviços administrativos	1	Trabalho voltado ao resultado/objetivo	1	Respeito aos pacientes	1
Hospital público não tem que ganhar dinheiro	1	Avaliação de desempenho	1	Acabar com o endeuamento das chefias	1
Padronização de procedimentos técnicos administrativos	1	Serviço público não funciona	1	Comunicação eficiente	1
Mudar a concepção que lugar de doente é na cama	1	Envolvimento da Direção com as rotinas diárias do HU	1	Privilégios de certas chefias	1
Acompanhante atrapalha o serviço	1	SUS não funciona e é para pobre	1	Rotatividade de cargos comissionados (Direção)	1
Paciente não questiona as ordens medicas	1	Servidor mais integrado a UFSC	1	Servidor público não é competente e qualificado	1

Fonte: Dados primários (2012)

APÊNDICE 11

Servidores Administrativos HU-UFSC)

Aspectos culturais que precisam ser melhorados para ser ter sucesso na implantação de um programa de Acreditação Hospitalar					
Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes
Capacitar os servidores nas suas áreas específicas	6	Imparcialidade tratamento igual para todos os profissionais (figura do medico como um Deus)	5	Qualificação profissional para cargos de gestão	4
Os setores são ilhas/socialização dos setores	4	Valorização do servidor	3	Insalubridade para todos	2
Ética profissional	2	Comunicação truncada	2	Compromisso	2
Cumprimento de carga horária	2	Mudar a sinalização dentro do HU	2	Avaliação de desempenho visando promoções	1
Planejamento estratégico participativo	1	Envolvimento de servidores nas atividades institucionais	1	Relação do servidor e a chefia.	1
Trabalho em equipe	1	Nomeação de lideranças por competência	1	Melhorar o nível cultural dos servidores.	1
Empresa pública não visa superávit	1	O governo é culpado, ao adianta mudar.	1	Não vai dar certo, na empresa privada é diferente.	1
Comissão multidisciplinar para compra de materiais	1	Padronização de materiais	1	Acesso a informações (só o 1º escalão tem)	1
Descentralização de poder (centralizado na Direção geral)	1	As chefias têm todas as informações	1	A instituição tem que se adequar aos problemas do servidor	1
O diretor administrativo é o cara do dinheiro	1	Acesso a resultados de exames	1	Melhorar a informação	1
Melhores condições de trabalho	1	Comunicação entre setores	1	Medico não preenchem papel	1
Melhores equipamentos	1	Estabelecer protocolos de conduta visando a qualidade da assistência	1	Resgatar sistemas de informação existentes	1
Interligação do sistema de informação	1	Patrimônio não é prioridade por não fazer parte do organograma	1	Preenchimento correto de prontuários	1
Organização de documentos dentro do prontuário	1	Demora na movimentação de documentos	1	Dificuldade de atendimento de saúde dos servidores no HU	1
Vencer a resistência dos servidores na implantação	1	Estimulo dos servidores a participar	1	Incentivar a criatividade – as pessoas não são robôs, elas pensam, criam e fazem a diferença	1
Conscientização de que o serviço público tem qualidade	1	Conscientização de que tudo muda e rápido. Adaptar-se é preciso	1	Diretor geral não seja medico	1
Integração maior do HU com a UFSC	1	Valorização das chefias	1	Todos os profissionais tem que registrar ponto	1
Quem resolve os pepinos é quem tem mais tempo de casa	1	Profissionalismo	1	Menos corporativismo	1
Construção da meritocracia, menos politicagem.	1	Diminuição da cultura do papel	1	Mudança do organograma	1
Acabar com a visão fragmentada para uma visão mais holística	1	Comunicação educativa	1	Mais aproximação entre os servidores	1
Implantação de política de pessoal	1	Baixa qualidade dos equipamentos	1	Trabalho em equipe	1
Resistência ao uso de novas tecnologias	1	Respeito pela instituição	1	Não valorização da instituição	1
Informatização	1	Melhora do atendimento ao paciente	1	Melhor serviço de informação	1
Prontuário eletrônico	1	Combate a cultura do “laissez-faire”	1	Individualismo	1
Resgate da hierarquia, ninguém respeita nada	1	Responsabilidade	1	Mal preenchimento de documentos dos pacientes	1
Manual de atividades	1	Planejamento anual para diretorias e serviços	1	Avaliação de serviços	1
Falta de hábito de leitura das informações divulgadas pelos serviços no HU	1	Planejamento estratégico	1	Inovação e incorporação de novas tecnologias	1
Motivação	1	Relação trabalhador e cliente	1		

APÊNDICE 12

Servidores da Assistência direta ao cliente (HU-UFSC)

Informações/comunicação interna que precisam ser repassadas com frequência aos funcionários que podem facilitar a implantação da Acreditação no HU-UFSC					
Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes
Capacitação/educação continuada	47	O que implica a Acreditação?	32	Informações sobre mudanças de rotinas no HU-UFSC	25
Como se faz uma acreditação? Informações sobre o programa	17	Informações do andamento da implantação	16	Benefício da implantação do programa?	14
Capacitação sobre Acreditação	14	Finanças do Hospital e dos serviços	12	Informações sobre os diversos serviços oferecidos no HU	10
Reuniões periódicas setoriais	9	Informações sobre qualidade total	8	Informações da Comissão Controle Infecções Hospitalares	8
Importância da acreditação	8	Indicadores dos serviços	8	Repasse de informações sobre decisões na diretoria de Área	7
Ouvidora para os servidores opinarem sobre o programa	6	Processo de sensibilização para o programa	6	Melhores esclarecimentos sobre as rotinas	5
Objetivos da Acreditação?	5	Maior divulgação sobre o programa	4	Reformas da estrutura física	4
Direitos e deveres dos servidores	4	Metas	4	Segurança do paciente	3
Quais reformas necessárias no HU para a Acreditação?	3	Planos da Direção Geral/projetos	3	O que a Acreditação traz para o paciente?	3
Grau de satisfação do usuário	3	Atualização de novos programas do Ministério da Saúde	3	Cuidados com segurança individual profissional	3
Funcionamento dos outros serviços	3	Divulgação dos nomes dos responsáveis pela implantação	2	Criação de novos serviços	2
Gestão SUS	2	Quais padrões e normas da Acreditação	2	Crescimento profissional com acreditação?	2
Ícone específico no site do HU das ações da Acreditação	2	Estatística	2	Controle de qualidade dos materiais	2
Prêmios que o HU ganhou	2	Direitos dos pacientes	2	Incentivo a melhoria na qualidade do trabalho	2
Informar resultados das pesquisas	2	Importância do trabalho multiprofissional	2	Novas tecnologias	2
Administração hospitalar	1	Números de atendimentos	1	Política de manutenção de equipamentos	1
Comissão de implantação e controle do programa	1	O que é desenvolvido e serviços prestados pelo HU.	1	Política de aquisição de insumos x orçamento	1
Informações sobre campanhas do HU	1	Objetivos e metas da instituição	1	Regimento e filosofia da instituição	1
Alteração de fluxos de serviços	1	Legislação em saúde	1	Bioética	1
Resultados para alcance das metas	1	Quesitos necessários para Acreditação	1	Informações sobre quais hospitais são acreditados	1
Atualização do Site do HU	1	Gastos com equipamentos	1	Atualização do plano de capacitação	1
Informações sobre projetos de aumento da infraestrutura	1	Melhorar o informativo do HU	1	Relação do HU com a UFSC	1
Boletim epidemiológico	1	Manual de atribuições de cada serviço	1	Produtividade	1
Gastos com materiais de consumo	1	Trabalhos publicados	1	Código de ética do servidor	1
Como funciona o programa de Acreditação	1	Metas da contratualização	1	Ética profissional	1
Temporalidade de documentos	1	Eventos no HU	1	Sistema de informação/comunicação	1
Link com dúvidas na intranet	1	Fluxo de informação entre o HU e a UFSC	1		

Fonte: Dados primários (2012).

APÊNDICE 13

Servidores da Administração (HU-UFSC)

Informações/comunicação interna que precisam ser repassadas com frequência aos funcionários que podem facilitar a implantação da Acreditação no HU-UFSC					
Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes	Aspectos destacados	Nº de vezes
O que é acreditação hospitalar?	8	Atividades desenvolvidas nas diversas diretorias	3	O que a instituição ganha com a Acreditação?	3
Difundir o conceito de metodologias para implantação	2	Andamento do processo de implantação da Acreditação	2	Mudanças de rotina	2
Produção do HU	2	Produtividade eficiência e eficácia nos processos do HU	2	Novos serviços e procedimentos clínicos	1
Capacitação/educação continuada	2	Como a Acreditação impacta as atividades/rotinas?	1	Qual a contribuição de cada um nesse processo?	1
Diretrizes do SUS	1	O que é um sistema de avaliação e certificação da qualidade em saúde?	1	Utilização de ferramentas de gestão de qualidade para o aprimoramento institucional	1
Matérias de referenciais internacionais de excelência no atendimento a saúde	1	Envolver o servidor na maior eficiência e efetividade no atendimento aos pacientes	1	Racionalização e utilização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos	1
A quem se destina a Acreditação?	1	Onde foi implantada com sucesso?	1	Quais os resultados?	1
Quais vantagens e desvantagens?	1	Ganhos financeiros com a Acreditação	1	Qual o meu papel na Acreditação?	1
Reuniões de diretor de área com servidores para ter debates	1	O que o HU está fazendo em relação à Acreditação?	1	Quais os benefícios para a assistência, ensino e pesquisa?	1
O que o setor vai ganhar com isso?	1	Vou ter que trabalhar mais?	1	Divulgação de dados sobre o hospital	1
Estatísticas corretas	1	Melhorar o sistema de informação	1	Contato maior da Direção com os servidores	1
Informações mais claras de rotina pela Direção	1	Ordens de serviço para padrões de conduta	1	Sobre infecção hospitalar	1
Atividades desenvolvidas em outros setores	1	Rotinas do hospital	1	Me hora do sistema de administração	1
Informações sobre o bem estar do cliente	1	Noticiais sobre NUVISA	1	Noticias sobre informática	1
Quais as metas e se estão sendo alcançadas	1	Pesquisas feitas no HU?	1	Infraestrutura de TI	1
Existência de normas	1	Finanças do HU	1	Tendências e exigência externas	1
Possibilidades técnicas para melhoria da gestão/desempenho geral	1	Preguiça	1	Decisões da direção	1
Projetos de construção de novas áreas	1	Informações sobre os serviços do HU	1	Gestão mais participativa	1
Repasse de informações sobre decisões na diretoria de área	1	Divulgação do informativo	1		
Formalização do organograma	1	Sobre o organograma	1		

Fonte: Dados primários (2012).

APÊNDICE 14

Servidores da Assistência direta ao cliente (HU-UFSC)

Meios de comunicações que podem contribuir para a implantação da Acreditação no HU-UFSC					
Meios de comunicação	Nº de vezes	Meios de comunicação	Nº de vezes	Meios de comunicação	Nº de vezes
Palestras de Acreditação	14	Reuniões	8	Panfletos Acreditação	8
Home Page institucional	8	Mural sobre Acreditação	6	Jornal informativo	6
Informativos Acreditação	5	Cartaz sobre Acreditação	4	Intranet	2
Barra do contracheque	2	Vídeo sobre Acreditação	2	Seminários de Acreditação	2
Sinalização interna	2	Manual informativo	1	Murais sobre rotinas	1
Memorandos	1	Comunicado	1		

Fonte: Dados primários (2012).

APÊNDICE 15

Servidores da Administração (HU-UFSC)

Meios de comunicações que podem contribuir para a implantação da Acreditação no HU-UFSC					
Meios de comunicação	Nº de vezes	Meios de comunicação	Nº de vezes	Meios de comunicação	Nº de vezes
E-mail Acreditação	3	Palestras	2	Informativo Acreditação	2
Manual sobre Acreditação	1	Faixas sobre Acreditação	1	Banners sobre Acreditação	1
Reuniões	1	Site do HU	1	Circulares Acreditação	1

Fonte: Dados primários (2012).

ANEXOS

Anexo 01 – Portaria nº 1970/GM de 25 de outubro de 2001

Anexo 02 – Portaria nº 2400 de 02 de outubro de 2007

Anexo 03 – Portaria nº 883 de 05 de julho de 2010

Anexo 04 – Organizações Acreditoras Autorizadas (ONA-2010)

Anexo 05 – Selos de Acreditação Hospitalar (ONA – 2010)

Anexo 06 – Autorização para realização da pesquisa no HU-UFSC

Anexo 07 – Organograma do HU-UFSC

ANEXO 01

Portaria n.º 1970/GM Em 25 de outubro de 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995;

Considerando a Portaria GM/MS n.º 538, de 17 de abril de 2001, que reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar;

Considerando a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros, independente de seu porte, complexidade e vinculação institucional;

Considerando que o Processo de Acreditação Hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões previamente estabelecidos;

Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelos hospitais é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação e que o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições, de forma sistêmica e global;

Considerando que o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, cuja aprovação é de competência do Ministério da Saúde, precisa ser periodicamente revisado e adequado à realidade dos hospitais brasileiros de forma a aperfeiçoar o Processo de Acreditação Hospitalar no País, resolve:

Art. 1º Aprovar o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – 3ª Edição.

§ 1º O Manual ora aprovado encontra-se disponível na Internet, no endereço <http://www.saude.gov.br/sas> e em publicação impressa

editada pelo Ministério da Saúde;

§ 2º A reprodução do Manual que trata este Artigo é permitida, desde que adequadamente identificadas fonte e autoria.

Art. 2º Determinar que a Organização Nacional de Acreditação – ONA e as Instituições Acreditadoras por ela credenciadas utilizem, no desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar no Brasil, exclusivamente, os padrões e níveis definidos pelo Manual aprovado por esta Portaria.

Art. 3º Delegar competência à Secretaria de Assistência à Saúde para avaliar, aprovar e promover toda e qualquer alteração julgada pertinente no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar ora aprovado.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO 02**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.400 DE 2 DE OUTUBRO DE 2007.**

Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO,
no uso de suas atribuições, e

Considerando que o art. 207 da Constituição Federal, dispõe sobre a autonomia universitária e estabelece o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão;

Considerando que os campos de prática de ensino e de pesquisa em saúde abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, da promoção junto à coletividade ao atendimento nas unidades ambulatoriais e hospitalares;

Considerando que as diretrizes curriculares nacionais determinam às Instituições de Ensino Superior na área de saúde que contemplem, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde;

Considerando o que estabelece o art. 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o que dispõe a Resolução nº 7, de 26 de agosto de 2003, quanto às contribuições da Comissão Interinstitucional instituída por meio da Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003, alterada pela Portaria Interministerial nº 2.988, de 22 de novembro de 2006, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor;

Considerando a necessidade de garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde, oferecidos pelos Hospitais de Ensino, mediante a atuação interprofissional para a proteção e o desenvolvimento da autonomia da população usuária; e

Considerando a necessidade de promover a melhoria na condução dos serviços de saúde, por meio da gestão qualificada e da integração

dos Hospitais de Ensino às demais ações e serviços do Sistema Único de Saúde,

R E S O L V E M:

Art. 1º Estabelecer os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Art. 2º Determinar que poderão ser certificados como Hospital de Ensino as unidades hospitalares inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, como Hospitais Gerais ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou que estejam formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior.

Art. 3º Definir que a certificação dos Hospitais de Ensino é de competência conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio de uma Comissão de Certificação, constituída de forma paritária, segundo portaria específica.

Art. 4º Determinar que a certificação é condicionada ao cumprimento dos requisitos constantes do artigo 7º desta Portaria e pela avaliação documental e local realizada pelo Grupo Técnico de Certificadores, de acordo com os Anexos I e II, a esta Portaria.

§ 1º O Grupo Técnico de Certificadores deverá averiguar o cumprimento dos requisitos de que trata o artigo 7º desta Portaria na sede do Hospital que requerer a certificação.

§ 2º A certificação é válida por 2 (dois) anos, devendo ser renovada nos termos desta Portaria.

§ 3º A certificação poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento, se descumprida qualquer das disposições estabelecidas nesta Portaria.

Art. 5º Estabelecer que os hospitais de ensino certificados ficam obrigados a atualizar, regularmente, o sistema de informações mantido conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Art. 6º Determinar que o pedido de certificação poderá ser formulado a qualquer momento, de acordo com o disposto no Anexo I a esta Portaria.

Art. 7º Definir que as unidades hospitalares que desejarem ser certificadas como Hospital de Ensino deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - abrigar, formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos, um curso de medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do internato, além de

atividades curriculares dos alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

II - abrigar, em caráter permanente e contínuo, programas de Residência Médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), observando:

a) no caso de hospitais gerais oferecer o número mínimo de vagas definido no Anexo III a esta Portaria para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas de formação (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria);

b) que hospitais especializados devem oferecer a mesma proporcionalidade de vagas para entrada anual na sua área de atuação;

III - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

IV - dispor de projeto institucional próprio ou da IES à qual o hospital for vinculado para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias;

V - dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas no âmbito do hospital;

VI - dispor de instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VII - dispor ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, e para consulta a Bibliotecas Virtuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VIII - ter constituídas, em permanente funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a instituições hospitalares:

a) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

b) Comissão de Ética;

c) Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado;

d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade);

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
 - g) Comissão de Óbitos;
 - h) Comissão de Revisão de Prontuários;
 - i) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo);
 - j) Comitê Transfusional;
 - l) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- IX - desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e padronização de medicamentos;
- X - dispor de programa de capacitação profissional por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior;
- XI - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locais;
- XII - dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde:
- a) os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100%, num prazo de dois anos, sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro no convênio com o gestor local do SUS;
 - b) todos os benefícios decorrentes das novas modalidades conveniadas/contratuais entre os hospitais de ensino e o SUS serão proporcionais ao número de leitos e procedimentos destinados ao SUS;
- XIII - regular e manter sob a regulação do gestor local do SUS os serviços conveniados ou contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS;
- XIV - estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência local, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência a Urgência, conforme previsto na Portaria MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002;
- XV - ter ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;
- XVI - garantir mecanismos de participação e controle social no hospital, possibilitando representação docente, discente, de funcionários e de usuários; e
- XVII - comprovar sua inclusão em programa de qualificação da gestão que cumpra o disposto pelo Ministério da Saúde e as demais esferas do SUS.

Parágrafo único. O cumprimento dos requisitos estabelecidos nos incisos I, II e XII deste artigo é imprescindível para desencadear o processo de avaliação dos hospitais para obtenção da certificação.

Art. 8º Definir que os casos omissos serão decididos pela Comissão de Certificação à luz da legislação vigente.

Art. 9º Determinar que as unidades hospitalares certificadas de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, deverão adequar-se a esta Portaria no prazo de 12 (doze) meses.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Ficam revogadas a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2004, seção 1 página 13, e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005 de 27 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 103, de 31 de maio de 2004, seção 1, página 54.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

FERNANDO HADDAD
Ministro de Estado da Educação

ANEXO I

O processo de certificação dos Hospitais de Ensino obedecerá ao seguinte fluxo:

I - a unidade hospitalar interessada encaminha ofício solicitando sua certificação diretamente à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;

II - a unidade hospitalar interessada, após receber senha e login, insere as informações referentes ao cumprimento dos requisitos mencionados no artigo 7º desta Portaria no Sistema de Certificação de Hospitais de Ensino, acessado através do Portal do Ministério da Saúde, no endereço: www.saude.gov.br/prodae;

III - os dados cadastrados são analisados pelo Grupo Técnico de Certificadores dos Ministérios da Saúde e da Educação;

IV - após verificação do cumprimento dos requisitos mencionados no artigo 7º desta Portaria, é agendada uma visita à instituição solicitante, para verificação in loco do adequado atendimento aos requisitos exigidos;

V - o Grupo Técnico de Certificadores, composto paritariamente por representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde realiza a visita de avaliação à unidade hospitalar, que fica registrada em relatório escrito;

VI - o relatório será analisado pela Comissão de Certificação de Hospitais de Ensino, composta por representantes nomeados pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a qual deverá emitir parecer conclusivo;

VII - a certificação dos hospitais de ensino se dará através de Portaria Interministerial MS/MEC, publicada no Diário Oficial da União; e

VIII - no caso de pendências às exigências para a certificação, observado o parágrafo único do artigo 7º, um termo de ajuste deverá ser encaminhado à direção do hospital interessado, estabelecendo um prazo para sua adequação, e a instituição encaminha à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS comprovação do atendimento das pendências, que será analisada pela Comissão de Certificação.

ANEXO II

A documentação relacionada no artigo 7º desta Portaria deverá estar disponível para verificação, na unidade hospitalar, por ocasião da visita, ou a qualquer tempo por solicitação da Comissão de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Documentos.

A identificação do hospital e os dados sobre sua capacidade instalada e leitos disponibilizados para o SUS serão obtidos diretamente do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O hospital deverá informar os dados de identificação da(s) Instituição (ções) de Ensino Superior – IES a que esteja vinculado.

I - Referente ao inciso I:

a) relação nominal de alunos e grade curricular do internato em medicina, especificando locais, duração e serviços onde cada estágio se realiza;

b) relação nominal de alunos e grade curricular de atividades hospitalares de outras profissões da saúde, especificando locais, duração e serviços onde são desenvolvidas; e

c) no caso de instituição hospitalar especializada que não possui

internato em medicina, relação dos alunos matriculados e dos cursos de pós-graduação stricto sensu, com seus respectivos conceitos na CAPES, que são desenvolvidos no hospital;

II - Referente ao inciso II:

a) cópia dos programas de residência médica com o respectivo número de vagas para entrada anual, cópia dos dois últimos editais de concurso para seleção de residentes, e lista nominal dos residentes matriculados, por ano dos respectivos programas, especificando locais, duração e serviços das atividades;

III - Referente ao inciso III:

a) relação dos docentes e preceptores de residência médica, por programa, com titulação e vínculo institucional; e

b) descrição do acompanhamento docente nas atividades no hospital para estudantes de graduação em medicina e das outras áreas da saúde, com relação dos nomes, titulação e carga horária;

IV - Referente ao inciso IV:

a) projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital ou na IES, mediante convênio firmado, no segundo caso;

b) relação de pesquisadores e linhas de pesquisa desenvolvidas no hospital nos últimos dois anos; e

c) relação das pesquisas concluídas e das publicações nos últimos dois anos;

V - Referente ao inciso V:

a) descrição da estrutura organizacional para o gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa no hospital;

VI - Referente ao inciso VI:

a) descrição da estrutura física do hospital utilizada para ensino (salas de aula com sua capacidade e equipamentos disponíveis);

VII - Referente ao inciso VII:

a) descrição das instalações da biblioteca do hospital ou da IES conveniada e dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos;

VIII - Referente ao inciso VIII:

a) atas das cinco últimas reuniões das comissões relacionadas neste inciso desta portaria;

IX - Referente ao inciso IX:

a) rotinas operacionais e fluxos da vigilância epidemiológica no hospital; e

b) rotinas operacionais do hospital nas áreas de hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, ou relatório da gerência de risco de hospital sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –

ANVISA;

X - Referente ao inciso X:

a) relação dos programas institucionais de desenvolvimento de recursos humanos, descrevendo o setor responsável no hospital ou na IES e sua abrangência; e

b) relatório das ações para o desenvolvimento de recursos humanos no ano anterior e proposta para o exercício vigente, incluindo a relação nominal dos participantes;

XI - Referente ao inciso XI:

a) comprovação de atividades de cooperação técnica e de docência com o SUS;

b) comprovação de atividades relacionadas às políticas prioritárias locorregionais; e

c) descrição dos mecanismos de referência/contra-referência em relação às unidades do SUS;

XII - Referente ao inciso XII:

a) relação do total de procedimentos, por grupos, realizados no hospital, destacando aqueles oferecidos ao SUS;

XIII - Referente ao inciso XIII:

a) cópia do contrato de metas ou de gestão com o gestor local; e

b) documento que comprove a regulação dos serviços contratados, ou justificativa na ausência desta regulação;

XIV - Referente ao inciso XIV:

a) descrição da forma e abrangência do atendimento a urgências e emergências pelo hospital;

b) no caso de inexistência de atendimento a urgência, documento da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, ou do gestor local, desobrigando sua participação;

XV - Referente ao inciso XV:

a) relação dos programas institucionais direcionados para a Política Nacional de Humanização do SUS;

XVI - Referente ao inciso XVI:

a) regimento interno com descrição do organograma do hospital e constituintes de seus colegiados;

b) atas das cinco últimas reuniões dos colegiados;

XVII - Referente ao inciso XVII:

a) relação dos programas institucionais direcionados para a qualidade; e

b) relação dos indicadores de gestão hospitalar adotados.

ANEXO III

Número mínimo exigido de vagas para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas:

Número total de leitos hospitalares	Total de vagas exigidas (é considerado o que for maior)
Até 50	5 vagas ou 10% do total de leitos
De 51 a 150	8 vagas ou 6% do total de leitos
De 151 a 500	10 vagas ou 4% do total de leitos
Mais de 500	15 vagas ou 2% do total de leitos

ANEXO 03

PORTARIA INTERMINISTERIAL N. 883, DE 5 DE JULHO DE 2010

Regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

OS MINISTROS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, DA SAÚDE E DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no âmbito de suas competências, e Considerando a necessidade de reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais - HUs, integrados ao Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, resolvem:

Art. 1º Os hospitais integrantes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF são os relacionados no Anexo I.

§ 1º Aplica-se o disposto nesta Portaria, no que couber, aos Hospitais São Paulo e de Clínicas de Porto Alegre.

§ 2º O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HUPI integrará o REHUF a partir do início do seu efetivo funcionamento.

Capítulo I

Da Governança do REHUF

Art. 2º Fica criado o Comitê Gestor, com a finalidade de desenvolver estratégias para a implementação do REHUF.

§ 1º O Comitê Gestor do REHUF será composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades:

I - Ministério da Educação - MEC, que o presidirá;

II - Ministério da Saúde - MS;

III - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão -MP;

IV - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior- ANDIFES;

V - Hospitais Universitários Federais - HUs relacionados no Anexo I;

VI - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS; e

VII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

§ 2º Os integrantes do Comitê Gestor do REHUF serão designados por ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação, Saúde e

Planejamento, Orçamento e Gestão.

Art. 3º Compete ao Comitê Gestor do REHUF:

I - analisar e aprovar as ações propostas no âmbito do REHUF e o respectivo Pacto Global de Desempenho, de que trata o Capítulo II desta Portaria;

II - definir metas adicionais, além das especificadas no Anexo II, e monitorar os resultados do Pacto Global de Desempenho dos Hospitais Universitários;

III - monitorar a implementação do REHUF;

IV - avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos HUs, no escopo do financiamento global;

V - definir os parâmetros de desempenho para o conjunto dos hospitais universitários e diretrizes para negociação dos Pactos Globais com cada HU; e

VI - manifestar-se sobre os parâmetros propostos pela Unidade Executiva do Programa para definição do quantitativo de pessoal dos HUs e encaminhá-los para apreciação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Art. 4º A Unidade Executiva do Programa será a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde da Secretaria de Ensino Superior do MEC - DHR/SESu/MEC, competindo-lhe:

I - assegurar o cumprimento dos resultados pactuados com o Comitê Gestor do REHUF, na forma do Anexo II desta Portaria;

II - apresentar semestralmente para o Comitê Gestor do REHUF relatório circunstanciado que trate do cumprimento das metas do Pacto Global de Desempenho do REHUF;

III - apoiar os HUs no processo de elaboração dos respectivos Pactos Globais, com vistas à pactuação das metas;

IV - realizar análise prévia e emitir pareceres técnicos relativos aos Pactos Globais apresentados pelos HUs;

V - desenvolver meios de controle de resultados e promover avaliações comparativas de desempenho dos HUs;

VI - promover a padronização da fórmula de cálculo dos indicadores utilizados nos processos de avaliação para que seja possível a comparação dos resultados e dos custos dos HUs;

VII - propor parâmetros para definição do quantitativo de pessoal dos HUs;

VIII - propor parâmetros de custos para os HUs;

IX - incentivar e disseminar a adoção de boas práticas de gestão;

X - fornecer apoio logístico para o funcionamento do Comitê Gestor do REHUF;

XI - zelar pelo bom funcionamento das Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais de cada Universidade Federal; e

XII - fornecer, sempre que solicitado, informações ao MS, ao MP, ao Comitê Gestor do REHUF e a seus membros.

Parágrafo único Sempre que necessário a Unidade Executiva do Programa poderá solicitar ao MS apoio técnico especializado para o cumprimento de suas responsabilidades.

Art. 5º Às Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais, a serem constituídas, por Universidade, no prazo de trinta dias da publicação desta Portaria, compete:

I - aprovar, previamente, a pactuação global proposta pelo HU;

II - analisar os relatórios semestrais apresentados pelos HUs e emitir parecer relativo ao desempenho alcançado, face às metas pactuadas;

III - sugerir a revisão de metas com vistas ao aperfeiçoamento do Pacto Global; e

IV - emitir parecer conclusivo com o resultado da avaliação e correspondente índice de desempenho anual do Pacto Global de cada Unidade.

§ 1º Integram as Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais representantes dos seguintes órgãos ou entidades:

I - Reitoria da Universidade;

II - Corpo Docente;

III - Corpo Discente;

IV - Secretaria Estadual de Saúde;

V - Secretaria Municipal de Saúde;

VI - Direção do Hospital Universitário Federal;

VII - Conselhos Municipal de Saúde; e

VIII - Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º A seu critério ou por solicitação da Universidade, o Comitê Gestor do REHUF poderá indicar representante para integrar as Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais.

Capítulo II

Do Regime de Pactuação Global

Art. 6º A Unidade Executiva do Programa deverá apresentar ao Comitê Gestor, no prazo máximo de cento e cinquenta dias da data da publicação desta portaria:

I - Pacto Global de Desempenho do REHUF, observado o disposto no Anexo II; e

II - Relatório Executivo com dados sobre a realização de Pactos Globais

envolvendo todas as unidades que compõem o REHUF

§ 1º O Pacto Global de Desempenho do REHUF, criado por esta Portaria, representa o instrumento pelo qual o Ministério da Educação explicita as metas e os resultados anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão, e se compromete com o alcance das mesmas perante o Comitê Gestor.

§ 2º O Anexo II desta Portaria define as metas anuais de gestão, ensino, pesquisa e extensão que compõem o Pacto Global de Desempenho do REHUF e as diretrizes para elaboração dos pactos globais entre as Unidades Hospitalares e os gestores locais do Sistema Único de Saúde - SUS, formalizado mediante instrumento de contratualização conforme legislação vigente, com a interveniência do MEC, MS e MP.

§ 3º Indicadores assistenciais deverão ser definidos e acrescidos ao Anexo II a partir de 2011.

§ 4º O conteúdo mínimo dos Pactos para cada HU está detalhado no Anexo III desta portaria.

§ 5º As metas, ações e indicadores previstos nos Pactos Globais e o orçamento global deverão ser acompanhados de projeções para os quatro anos seguintes ao da pactuação.

§ 6º O Pacto Global de Desempenho do REHUF e os Pactos Globais deverão ser revisados a cada ano de acordo com as disponibilidades orçamentárias.

Art. 7º Obrigam-se os HUs, independentemente de transcrição nos instrumentos de contratualização, ao cumprimento dos seguintes compromissos:

I - buscar junto ao respectivo gestor do SUS a atualização mensal do cadastro dos estabelecimentos de saúde, de acordo com a legislação vigente Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006 no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

II - destinar assistência prestada integralmente ao SUS, inclusive às redes de urgência e emergência, de acordo com o processo de regulação da assistência promovido pelo gestor do SUS competente;

III - registrar mensalmente as informações de produção hospitalar e ambulatorial, sem geração de crédito, por meio dos Sistemas de Informação em saúde, para compor a base nacional de informações da assistência à saúde do SUS; e

IV - melhorar os processos de gestão dos hospitais elencados no Anexo I.

Capítulo III

Do Financiamento

Art. 8º O financiamento dos Hospitais Universitários Federais,

partilhado paritariamente, de forma progressiva, entre as áreas de educação e saúde na forma do art. 4º do Decreto nº 7.082, deverá atingir:

I - a cobertura das despesas correntes de cada hospital, além de possibilitar aporte progressivo de recursos para investimentos na infraestrutura, com vista ao cumprimento das diretrizes do REHUF, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e pensionistas; e
II - o cumprimento das metas dos Pactos Globais.

Parágrafo único. Os recursos oriundos de empréstimos ou doações, nacionais ou internacionais, alocados nos hospitais universitários federais, bem como as despesas com bolsas concedidas pela CAPES, CNPq ou outras entidades não integram a base de cálculo deste artigo.

Capítulo IV

Das Disposições Finais

Art. 9º Todos os instrumentos de pactuação previstos nessa Portaria, bem como os relatórios de acompanhamento e avaliação dos resultados, deverão ser publicados na íntegra nos sítios eletrônicos do Hospital Universitário, do MEC, do MS e das respectivas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 10 Os contratos firmados pelos Hospitais Universitários Federais, tendo por objeto a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS, deverão ser reexaminados, a partir da aprovação da Pactuação Global, conforme disposto no art. 9º, com vistas à sua adequação ao regime de pactuação estabelecido no Decreto nº 7.082, de 2010, e nesta Portaria, nos termos da lei.

Art. 11 Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Educação

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado da Saúde

PAULO BERNARDO SILVA

Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão

ANEXO I

Relação de hospitais do REHUF

Nº UF Município IFES Hospital

1 AL Macéio UFAL Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes

2 AM Manaus UFAM Hospital Universitário Getúlio Vargas

3 BA Salvador UFBA Hospital Universitário Prof. Edgard Santos

4 BA Salvador UFBA Maternidade Climério de Oliveira

5 CE Fortaleza UFC Hospital Universitário Walter Cantídio

- 6 CE Fortaleza UFC Maternidade Escola Assis Chateaubriand
- 7 DF Brasília UNB Hospital Universitário
- 8 ES Vitória UFES Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes
- 9 GO Goiânia UFG Hospital das Clínicas
- 10 MA São Luiz UFMA Hospital Universitário
- 11 MG Juiz de Fora UFJF Hospital Universitário
- 12 MG Belo Horizonte UFMG Hospital de Clínicas
- 13 MG Uberaba UFTM Hospital Escola
- 14 MG Uberlândia UFU Hospital de Clínicas
- 15 MS Dourados UFGD Hospital Universitário
- 16 MS Campo Grande UFMS Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
- 17 MT Cuiabá UFMT Hospital Universitário Júlio Müller
- 18 PA Belém UFPA Hospital Universitário João de Barros Barreto
- 19 PA Belém UFPA Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
- 20 PB Campina Grande UFCG Hospital Universitário Alcides Carneiro
- 21 PB João Pessoa UFPB Hospital Universitário Lauro Wanderley
- 22 PE Recife UFPE Hospital das Clínicas
- 23 PI Teresina UFPI Hospital Universitário
- 24 PR Curitiba UFPR Hospital de Clínicas
- 25 PR Curitiba UFPR Maternidade Vitor Ferreira do Amaral
- 26 RJ Niterói UFF Hospital Universitário Antonio Pedro
- 27 RJ Rio de Janeiro UFRJ Instituto de Psiquiatria
- 28 RJ Rio de Janeiro UFRJ Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
- 29 RJ Rio de Janeiro UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
- 30 RJ Rio de Janeiro UFRJ Hospital Escola São Francisco de Assis
- 31 RJ Rio de Janeiro UFRJ Maternidade Escola
- 32 RJ Rio de Janeiro UFRJ Instituto de Doenças do Tórax
- 33 RJ Rio de Janeiro UFRJ Instituto de Ginecologia
- 34 RJ Rio de Janeiro UFRJ Instituto de Neurologia Deolindo Couto
- 35 RJ Rio de Janeiro UNIRIO Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
- 36 RN Natal UFRN Hospital de Pediatria Prof. Heriberto F. Bezerra
- 37 RN Natal UFRN Maternidade Escola Januário Cicco
- 38 RN Natal UFRN Hospital Universitário Onofre Lopes
- 39 RN Santa Cruz UFRN Hospital Universitário Ana Bezerra
- 40 RS Rio Grande FURG Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior
- 41 RS Porto Alegre HCPA Hospital de Clínicas de Porto Alegre

42 RS Pelotas UFPEL Hospital Escola

43 RS Santa Maria UFSM Hospital Universitário

44 SC Florianópolis UFSC Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

45 SE Aracaju UFS Hospital Universitário

46 SP São Paulo UNIFESP Hospital São Paulo

ANEXO II

Indicadores iniciais para os hospitais do REHUF

INDICADORES REHUF

Grupo Indicador / Ação Realizado M E T A S

2009 2010 2011 2012

Acreditação* Número de HUs com diagnóstico organizacional para fins de acreditação realizados 0 4 10 20

Protocolos

Clínicos*

Número de HUs com Protocolos Clínicos implanta-dos 3 5 10 30

Satisfação do

Usuário*

Número de HUs com Pesquisa de Satisfação de Usuários 10 25 46 46

Taxa de Ocupação de Leitos 60% 62% 75% 85%

Taxa de Ocupação de Centros Cirurgicos 60% 60% 70% 75%

Qualidade da Gestão**

Média de Permanência <7 <7 <7 <7

Proporção publicações dos resultados de pesquisas em periódicos indexados

0 20% 20% 35%

Proporção de pesquisas realizadas em consonância com a política nacional de ciência e tecnologia e com as necessidades do SUS

0 25% 25% 50%

Ensino, Pesquisa e Extensão**

Proporção de vagas de residência em saúde oferecidas em especialidades estratégicas para o SUS

0 70% 70% 80%

* resultados apurados considerando os 46 hospitais que compõem a rede de HUs

ANEXO III

Melhoria dos processos de gestão dos hospitais, que deverá, no mínimo, incluir:

I - modernização da gestão hospitalar, observados os princípios da administração pública:

legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência;

- II - humanização da assistência prestada em todos os níveis, garantindo os princípios de equidade e acesso;
- III - implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos;
- IV - adoção de protocolos e diretrizes clínicos e padronização de insumos que resultem na qualificação da assistência prestada, em consonância com as políticas correspondentes definidas nacionalmente pelo MS;
- V - implantação do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários Federais (AGHU), sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho que será disponibilizado para toda a rede de HUs pelo Ministério da Educação;
- VI - adoção de mecanismos de controle interno;
- VII - implantação de processo de auditoria externa;
- VIII - definição de metodologia de acreditação hospitalar, por meio de organismos externos à rede de HUs e o estabelecimento de metas e prazos para obtenção da certificação adotada;
- IX - adesão a sistemas de compras coletivas de insumos hospitalares que eventualmente sejam oferecidos pelo MEC ou MS.

ANEXO 04

Organizações Acreditoras Autorizadas (ONA - 2010)

<p>DICQ Sistema Nacional de Acreditação Ltda</p>	
<p>Det Norske Veritas – DNV</p>	
<p>Fundação Carlos Alberto Vanzolini – FCAV</p>	
<p>Germanischer Lloyd Certification South America – GL</p>	
<p>Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde – IAHCs</p>	
<p>Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde - IPASS</p>	
<p>Instituto Qualisa de Gestão – IQG</p>	

ANEXO 05

Selos de Acreditação Hospitalar

	<p><i>Este é o Selo de Acreditada atribuída a Organização Prestadora de Serviços de Saúde que cumpre os requisitos preconizados no Nível 1 do Manual da ONA</i></p>
	<p><i>Este é o Selo de Acreditada atribuída a Organização Prestadora de Serviços de Saúde que cumpre os requisitos preconizados no Nível 2 do Manual da ONA.</i></p>
	<p><i>Este é o Selo de Acreditada atribuída a Organização Prestadora de Serviços de Saúde que cumpre os requisitos preconizados no Nível 3 do Manual da ONA.</i></p>

ANEXO 06

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

Autorizamos a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária – PPGAU/UFSC, Jaqueline Siqueira Alcântara, a realizar junto ao Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, seu trabalho de conclusão, tendo como tema **“O ENDOMARKETING COMO TÉCNICA INTERVINIENTE NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NO HU-UFSC E SEUS REFLEXOS À CULTURA ORGANIZACIONAL”**, sob orientação do Prof. Dr. Rudimar Antunes da Rocha.

A aluna também está autorizada a divulgar o nome da instituição no corpo de seu trabalho.

Dr. Felipe Felício

Diretor Geral – HU/UFSC

ANEXO 07

ORGANOGRAMA - HOSPITAL POLYDORO ERNANE DE SÃO THIAGO

