

JULIANA SILVA NASCIMENTO MENEZES

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL PRIVADO EM MACAPÁ – ESTUDO
DE CASO.**

Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

Lisboa

2013

JULIANA SILVA NASCIMENTO MENEZES

**O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL PRIVADO EM MACAPÁ – ESTUDO
DE CASO.**

Dissertação apresentada para o Curso de Mestrado e Gestão da
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de
Lisboa, como requisito para obtenção do título de Mestrado em
Gestão.

Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira da Costa.

Co-Orientador: Prof. Doutor Ricardo Figueiredo Pinto.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2013

Dedico este trabalho a minha mãe Graça Nascimento (in memoriam), meu exemplo de vida e que me transmitiu valores morais e éticos e acima de tudo, a não desistir por obstáculos encontrados no caminho. Mãe, meu amor eterno.

AGRADECIMENTOS

A **Deus e Nossa Senhora Aparecida**, por sempre me concederem sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Ao meu querido pai, **Deuzimar Nascimento**, pelo imenso amor, educação e formação do meu caráter. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu esposo, **Jerferson Menezes**, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, confiança e valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho, dando-me, desta forma, coragem para ultrapassar a culpa pelo tempo que a cada dia lhe subtraía. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

As minhas irmãs, **Dejnane e Dirlene Nascimento**, que estiveram sempre presentes com um sorriso amigo, carinho e acolhimento. Muito obrigada manas por me apoiarem nas minhas decisões.

Aos queridos sobrinhos, **Cleydson, Cleyson, Rita de Cássia e Raissa Dandara Nascimento** pela descontração nos momentos de tensão.

Aos amigos do curso de mestrado, **Ademir Vicente e Socorro Bento**, pela parceria dos trabalhos em grupo além dos momentos de descontração.

Ao amigo, **Bruno Bentes**, pela sua disponibilidade nos momentos cruciais da elaboração dessa dissertação.

A amiga, **Lene Wilma Lopes**, pela incrível disponibilidade oferecida na reta final, além da indiscutível amizade.

Aos amigos, **Fabiana Barbosa e Artur Maciel** pelo apoio na pesquisa de campo.

A minha equipe de trabalho, **Danielle Santos, Denise Iglesias, Diléia Pereira e Viviane Duarte** que, desinteressadamente colaboraram de forma entusiasta tornando possível este estudo.

Aos profissionais do hospital privado que possibilitaram a realização deste estudo, revelando a mim suas experiências e vivências com o processo de acreditação hospitalar.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A acreditação hospitalar é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário e periódico, que busca garantir a qualidade da assistência prestada, através da padronização, organização e segurança nos processos de trabalho. A certificação hospitalar é um reconhecimento da Organização Nacional de Acreditação - ONA que garante alto nível de prestação de serviço em todos os setores de uma organização de saúde, introduzindo a gestão da qualidade como ferramenta permanente de aprimoramento institucional. Destacam-se como uns de seus objetivos, a busca contínua pela qualidade nos cuidados aos pacientes, proporcionando um ambiente livre de riscos para todos aqueles que circulam na instituição de saúde, abrangendo todos os seus serviços e segmentos existentes. O caminho para a implantação bem sucedida de um programa baseado nos padrões exigidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação - MBA da ONA passa pela estruturação de um processo educativo permanente e abrangente, que contemple todo o quadro funcional, desde o operacional até a alta administração da instituição, compartilhando princípios, metas e objetivos a serem alcançados. O presente trabalho tem como objetivo analisar cultura de melhoria contínua de gestão da qualidade na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado em Macapá, sendo classificada como um estudo quanti-qualitativo, de abordagem descritiva exploratória. A pesquisa foi desenvolvida com 198 profissionais de saúde alocados nas seguintes categorias: liderança, equipe multiprofissional, equipe técnica e administrativo/apoio, por meio de aplicação de questionário.

Palavra-chave: Acreditação Hospitalar, Gestão da Qualidade e Melhoria Contínua.

ABSTRACT

The hospital accreditation is a method of assessing institutional, volunteer and regular, which seeks to ensure the quality of care through standardization, organization and safety in work processes resources. Hospital accreditation is a recognition of the National Accreditation Organization - ONA which guarantees high level of service in all areas of a healthcare organization, introducing quality management as a permanent tool for institutional improvement. Stand out as some of its objectives, the continuous search for quality in patient care, providing a risk-free environment for all those who circulate in the health facility, covering all its existing services and segments. The path to successful implementation of a program based on standards required by the Brazilian Accreditation Manual - ONA MBA passes the structuring of a permanent and comprehensive educational process, covering the entire staff, from the operational to senior management of the institution, sharing principles, goals and objectives to be achieved. This study aims to analyze culture of continuous improvement of quality management from the perspective of health professionals in a private hospital in Macapa, being classified as a quantitative and qualitative study of exploratory and descriptive approach. The survey was developed with 198 health professionals allocated in the following categories: leadership, multidisciplinary team, technical team and administrative / support through a questionnaire.

Keyword: Hospital Accreditation, Quality Management and Continuous Improvement.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAE – Associação Americana de Enfermagem.
- ACC – Colégio Americano de Cirurgiões.
- ACI - Accreditation Canada International
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- APM – Associação Paulista de Medicina.
- ASQC – American Society For Quality.
- CAS – Comissão de Assuntos Sociais.
- CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação.
- CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
- CNPQ – Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade.
- CQH – Controle de Qualidade Hospitalar.
- CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- EUA – Estados Unidos da América.
- IAC – Instituição Acreditadora.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IOM – Institute of Medicine.
- ISO – International Organization for Standardization.
- ISQua – Sociedade Internacional de Qualidade.
- JCAH – Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
- JCI – Joint Commission International.
- MBA – Manual Brasileiro de Acreditação.
- MBAOPSS – Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
- NAB – National Accreditation Board.
- OMS – Organização Mundial de Saúde.
- ONA – Organização Nacional de Acreditação.
- OPA – Organização Pan-Americana.
- OPSS – Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
- PGAQS – Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.
- PPH – Programa de Padronização Hospitalar.
- SUS – Sistema Único de Saúde.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – GESTÃO COM ÊNFASE NA QUALIDADE	18
CAPÍTULO II – EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ACREDITAÇÃO NO MUNDO E NO BRASIL	25
2.1 Acreditação no Brasil	27
2.1.1 Padrões e itens de orientação para o Processo de Acreditação	30
2.2 As principais organizações que auxiliam os serviços de saúde a obterem a acreditação	34
2.2.1 Accreditation Canada Internacional	34
2.2.2 Joint Commission International	35
2.2.3 Organização Nacional de Acreditação	36
2.2.4 Instituições Acreditadoras	37
2.3 Acreditação no Amapá	38
CAPÍTULO III – CONTEXTUALIZANDO UM HOSPITAL PRIVADO EM MACAPÁ	40
3.1 Histórico	40
3.2 Filosofia da Instituição	40
3.3 Estudo de Caso	41
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	46
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
5.1 Distribuição da amostra segundo cargo/função ocupado.....	48
5.2 Distribuição da amostra segundo gênero	49
5.3 Distribuição da amostra segundo tempo de vínculo com a instituição	50
5.4 Distribuição da amostra segundo horário de trabalho	51
5.5 Qual o grau de satisfação com a implantação da acreditação nas rotinas de trabalho?	52
5.6 Qual o grau de satisfação com o controle da qualidade através da acreditação?	53
5.7 Qual o grau de satisfação com a padronização de documentos utilizados no processo de acreditação?.....	55
5.8 Qual o grau de satisfação com o fluxo das informações entre setores?.....	57

5.9 Qual o grau de satisfação com a certificação conquistada pela instituição?	60
5.10 Qual o grau de satisfação com a opção de a instituição buscar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA?	61
5.11 Gostaria de ser atendido em um hospital acreditado?	62
5.12 A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço de saúde de qualidade? Justifique sua resposta.	63
5.13 Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação	66
5.14 Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação	67
CONCLUSÃO	70
BIBLIOGRAFIA	73
APÊNDICES	77
Apêndice A – Questionário de Pesquisa	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Sistema de Gestão da Qualidade	23
Quadro 2. Seções e subseções do MBA	31
Quadro 3. Padrão exigido pela ONA	33
Quadro 4. Requisito do padrão exigido pela ONA	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolução da implantação do processo de acreditação.....	43
Figura 2 Evolução da estrutura predial.....	44
Figura 3 Quantitativo de capacitação.....	45
Figura 4. Fluxo do macroprocesso.....	58
Figura 5. Estrutura de processos.....	58
Figura 6. Quantitativo de notificação de evento/ano	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Cargo/função ocupado	48
Gráfico 2 – Gênero	49
Gráfico 3 – Tempo de vínculo com a instituição	50
Gráfico 4 – Horário de trabalho	51
Gráfico 5 – Qual o grau de satisfação com a implantação da acreditação nas rotinas de trabalho?.....	52
Gráfico 6 – Qual o grau de satisfação com o controle da qualidade através da acreditação?	53
Gráfico 7 – Qual o grau de satisfação com a padronização de documentos utilizados no processo de acreditação?	55
Gráfico 8 – Qual o grau de satisfação com o fluxo das informações entre os setores?	57
Gráfico 9 – Qual o grau de satisfação com a certificação conquistada pela instituição?	60
Gráfico 10 – Qual o grau de satisfação com a opção da instituição buscar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA?	61
Gráfico 11 – Gostaria de ser atendido em um hospital acreditado?	62
Gráfico 12 – A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço de saúde de qualidade?	63
Gráfico 12.1 – A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço de saúde de qualidade? Justifique sua resposta	63
Gráfico 13 – Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação	66
Gráfico 14 – Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação ...	67

INTRODUÇÃO

Na década de 50 no Japão, foram disseminados os conceitos da qualidade, que teve como precursor Kaoru Ishikawa¹. A partir desse momento a qualidade não foi mais a mesma, as definições dos americanos e dos japoneses sobre o tema fundamentaram o conceito que conheceríamos até a década de 80.

O cenário de insatisfação associado com a má qualidade na prestação de serviços instigou a criação de um padrão de qualidade, processo definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao usuário, alto grau de aceitação por parte dos clientes e efeito favorável na saúde (BRASIL, 2002).

Na área hospitalar existem diversas transformações, exigindo que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, fazendo com que os hospitais adotem estratégias de excelência hospitalar; do contrário, correm o risco de não sobreviverem, havendo a necessidade de melhorar constantemente a prestação de serviços e realizar um gerenciamento minucioso de todas as suas atividades.

O mundo globalizado e o mercado altamente competitivo fazem com que as organizações busquem constantemente um diferencial a mais para se sobressaírem. A qualidade tem sido o fator chave para o sucesso dessa busca.

O processo de acreditação é uma forma de avaliação dos recursos institucionais, voluntário e periódico, onde se busca garantir a qualidade na assistência por padrões definidos a serem atingidos, dando assim ao hospital condição de ser acreditado. (Manual Brasileiro de Acreditação, 2010).

A acreditação hospitalar torna-se relevante por implementar e garantir a qualidade nos serviços de saúde, contribuindo para que ocorra uma progressiva mudança de hábitos, facilitando estímulos internos e externos, de maneira a provocar um movimento dentro dos serviços de saúde, através de seu corpo profissional, que permita o estabelecimento de melhoria de metas com mobilização constante, para garantir a melhoria contínua no ambiente de trabalho e na atenção prestada.

O programa de acreditação deve ser entendido em duas dimensões. A primeira, como processo educacional, que leva as instituições de saúde e principalmente os profissionais, a

¹ Engenheiro químico, um dos nomes de topo do movimento para a qualidade no Japão. Foi o primeiro a utilizar o termo Controle de Qualidade Total e desenvolveu as “Sete Ferramentas”, nas quais considerou que qualquer trabalhador pudesse trabalhar.

adquirirem a cultura da melhoria contínua para a implementação da gestão da qualidade; e a segunda dimensão como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos (MANZO, 2009).

A gestão da qualidade que antes era um diferencial passa a ser de vital importância para a sobrevivência empresarial, e propõe tanto a excelência nos serviços e produtos, como a agregação de valor às organizações, visando à melhoria contínua de seus processos e preparando seus recursos humanos para as transformações do mercado acirrado, no qual ele esta inserido.

Observa-se hoje, que muitas instituições prestadoras de serviços de saúde já praticam os conceitos da qualidade. Atualmente, a gestão da qualidade está sendo uma das maiores preocupações das empresas, sejam elas voltadas para a qualidade de produtos ou de serviços.

Considerando a necessidade da prestação de atendimento com segurança e qualidade, este instrumento de gestão é necessário para mensurar os esforços da organização, a qualidade dos serviços prestados, bem como sua utilidade e relevância social.

No ano de 2012 foi criado o Projeto de Lei Suplementar 126/2012, de autoria do Senador Vital do Rêgo que altera a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990) e torna obrigatória a avaliação periódica dos serviços hospitalares. Foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais - CAS do Senado e encaminhado para apreciação na Câmara dos Deputados. Se aprovada pelas duas casas, a nova lei remete aos órgãos responsáveis pela área de saúde a incumbência de estabelecer os critérios e parâmetros para a avaliação e certificação de qualidade de hospitais de qualquer natureza, públicos ou privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde - SUS. O texto prevê, ainda, que a avaliação se estenda posteriormente aos outros serviços relacionados.

O processo de certificação constitui-se de uma metodologia minuciosa, de custo significativo e que leva algum tempo para se concretizar de fato em toda a empresa, uma vez que há a necessidade de se passar por vários estágios de detalhamento. Neste sentido, a pesquisa culminou a formulação de uma questão que necessita de respostas com análise mais aprofundada: A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço de saúde de qualidade em um hospital privado?

Foi utilizado como instrumento investigativo: literatura sobre o assunto, levantamento junto ao hospital privado para identificação da evolução com a implantação do processo de acreditação e aplicação de questionário com os profissionais de saúde.

O Processo de Acreditação Hospitalar na qualidade do modelo assistencial mostra-se relevante para a melhoria contínua do processo de trabalho. No entanto, observa-se que as literaturas referentes à percepção dos profissionais de saúde sobre o processo são escassas, havendo dessa forma uma vaga exposição científica da teoria com o estudo realizado.

Para análise do processo de acreditação na perspectiva de profissionais de saúde em um hospital privado de Macapá foram realizados os seguintes questionamentos: 1. Cargo/função; 2. Gênero; 3. Tempo de vínculo com a instituição; 4. Horário de trabalho; 5. Qual o grau de satisfação com a implantação da acreditação nas rotinas de trabalho?; 6. Qual o grau de satisfação com o controle da qualidade através da acreditação?; 7. Qual o grau de satisfação com a padronização de documentos utilizados no processo de acreditação?; 8. Qual o grau de satisfação com o fluxo das informações entre os setores?; 9. Qual o grau de satisfação com a certificação conquistada pela instituição?; 10. Qual o grau de satisfação com a opção de a instituição buscar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA?; 11. Gostaria de ser atendido em um hospital acreditado?; 12. A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço de saúde de qualidade? Justifique sua resposta; 13. Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação e 14. Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação.

O presente trabalho tem como objetivo geral “analisar a cultura de melhoria contínua de gestão da qualidade na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado em Macapá” e seus objetivos específicos: “conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a melhoria contínua da gestão da qualidade” e “analisar os principais aspectos de satisfação e insatisfação dos colaboradores com o processo de acreditação”.

Toda experiência e conhecimento adquirido durante a pesquisa foi traduzido nesse trabalho. As variáveis analisadas foram expressas em números absoluto e percentuais. Estes foram expostos em configuração de tabelas e gráficos, com a finalidade de discutir o assunto e os resultados obtidos.

A presente dissertação encontra-se dividida em 05 capítulos, cujos conteúdos aparecem descritos brevemente a seguir:

O capítulo 1 visa introduzir, a gestão com ênfase na qualidade; conceitos do termo qualidade, para melhor análise dos motivos que tornam relevantes a implantação da gestão da qualidade.

O capítulo 2 tem como objetivo mostrar a evolução dos sistemas de acreditação, bem como a contextualização da história da acreditação no contexto internacional, nacional e

estadual, além da caracterização das principais organizações que auxiliam os serviços de saúde a obterem a acreditação.

No capítulo 3, desenvolve-se o histórico, filosofia da instituição e o estudo de caso.

O capítulo 4, descreve a metodologia adotada para a construção dos cenários.

No capítulo 5, analisa-se a coleta de dados e os resultados obtidos no decorrer da pesquisa com os profissionais de saúde do hospital privado em Macapá.

Por fim, apresentação das considerações, resultado das observações e análise das literaturas estudadas, procurando tecer a ideia das vantagens e desvantagens da implantação do processo de acreditação hospitalar em um hospital privado em Macapá.

CAPÍTULO I - GESTÃO COM ÊNFASE NA QUALIDADE.

Donabedian foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Observou da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde.

Segundo Donabedian (apud Nogueira, 1994), para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, assim definidos:

- Estrutura: parte física de uma instituição, seus colaboradores, instrumentais, equipamentos, móveis, recursos financeiros, aspectos relativos à organização, entre outros.
- Processos: atividades de cuidados realizadas para um paciente, atividades ligadas à infraestrutura, etc.
- Resultados: demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente.

Segundo Kluck (*et al.* 2008) em instituições hospitalares, Donabedian identificou sete atributos como pilares da qualidade em organizações de saúde:

- Eficácia: que é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;
- Efetividade: que é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial de um “sistema ideal”;
- Eficiência: que é a habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo, isto é, a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico;
- Otimização: que é o balanço mais vantajoso entre custo e benefício, ou seja, é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico;
- Aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos custos da assistência;
- Legitimidade: que é a conformidade às preferências sociais relativas aos aspectos acima, isto é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade

individual, satisfação e bem-estar da coletividade;
- Equidade: que é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

O movimento pela qualidade no Brasil iniciou-se por volta da década de 70, tendo como pioneiros os professores Vicente Falconi Campos² e José Martins de Godoy³. O caminho seguido foi mais ou menos semelhante ao de outros países: início na indústria, extensão à área de serviços e, um pouco mais tarde, especificamente ao setor de saúde.

“As indústrias vem a muitos anos descrevendo seus processos, definindo procedimentos, criando metas e controlando seus indicadores, para que assim possam atingir qualidade, por meio das certificações geradas pelas ‘ISOs’ criadas principalmente para serem utilizadas como ferramentas de gestão, gerando competitividade dentro dos setores por meio da manutenção da qualidade e do conhecimento dos custos”. (CORRÊA, 2008, p. 10).

Segundo Nogueira (2008), os conceitos de gestão da qualidade começaram a ser difundidos em 21 instituições de saúde, que passaram a receber consultorias de qualidade para a solução das não conformidades evidenciadas no dia-a-dia e posteriormente utilizarem as ferramentas e métodos já trabalhados nas indústrias. Estes consultores eram oriundos de empresas da área industrial conhecidas pelo êxito de seus programas de qualidade, dentre as quais: Xerox, IBM, Ford e Hewlett-Packard.

“O conceito de qualidade foi primeiramente associado à definição de conformidade às especificações. Posteriormente ele evoluiu para a visão de satisfação do cliente, ampliando o horizonte de fatores para além das especificações. Paralelamente, surgiu a visão de que a qualidade é fundamental no posicionamento estratégico da empresa perante o mercado. Hoje, a qualidade representa a busca da satisfação, não só do cliente, mas de todos os públicos de uma empresa, e também de sua excelência organizacional”. (BANAS QUALIDADE, 2013).

Segundo Berwick (apud Adami, 2000), afirma ser possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos

² Vicente Falconi Campos nasceu em 1940, em Niterói/RJ. Graduiu-se em Engenharia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (1963) e M.Sc. e Ph.D em Engenharia pela Colorado School of Mines (USA) (1968 e 1972). Trabalhou durante muitos anos com os japoneses da Union of Japanese Scientists and Engineers (JUSE) em empresas brasileiras. Sócio fundador e consultor do Instituto de Desenvolvimento Gerencial – INDG.

³ José Martins de Godoy, engenheiro pela UFMG, Dr. engenheiro pela Norges Tekniske Hogskole, ex-diretor da Escola de Engenharia da UFMG, cofundador do INDG, instituidor e integrante do Conselho de Administração Superior da Fundação de Desenvolvimento Gerencial.

concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade integradas ao modelo de gestão, que são: diagrama de Pareto, diagrama de causa-efeito, histogramas, folhas de verificação, gráficos de dispersão, cartas de controle e fluxograma.

Conforme American Society For Quality – ASQC qualidade é definida como a totalidade de características e atributos de um produto ou serviço que possuem a habilidade de satisfazer certa necessidade. A definição de qualidade adotada também implica em um grau ou nível de atendimento.

Para Crosby (1998), a gestão da qualidade é uma abordagem abrangente que visa melhorar a competitividade, eficácia e flexibilidade de uma organização por meio de planejamento, organização e compreensão de cada atividade, envolvendo cada indivíduo em cada nível. É útil em todos os tipos de organização.

“A qualidade seria as características de um produto (requisito), de um serviço, de um documento etc. que conseguem atender a uma necessidade e/ou expectativa que foi declarada formalmente (especificada) por uma das partes que interesse em uma organização (cliente, trabalhador, acionista, sociedade etc.), ou é uma característica esperada que torna desnecessário explicitar (implícita)”. (COUTO; PEDROSA, 2009, p. 65).

Para Quigley (*et al.* 2008) a literatura sobre a qualidade do atendimento nos sistemas de saúde é muito extensa e, ao mesmo tempo difícil de sistematizar. Dependendo do paradigma disciplinar qualidade pode ser entendida de diversas maneiras, usando termos diferentes, etiquetas e modelos.

Esta mesma autora, cita que os autores do Institute of Medicine - IOM revisaram mais de 100 definições sobre qualidade dos cuidados de acordo com 18 dimensões. Com base nesta revisão, chegaram a uma definição da qualidade do atendimento, como sendo o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos aumentam a probabilidade de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional atual.

Segundo Couto e Pedrosa (2009) a gestão da qualidade são atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que diz respeito à qualidade. Observa-se que estes mesmos autores dividem a gestão da qualidade em quatro pontos: planejamento da qualidade, controle da qualidade, garantia da qualidade e melhoria da qualidade.

“- Planejamento da qualidade: focado no estabelecimento dos objetivos da qualidade e que especifica os recursos e processos operacionais necessários para atender a esses objetivos;
- Controle da qualidade: focado no atendimento dos requisitos;

- Garantia da qualidade: focada em prover confiança de que os requisitos da qualidade serão atendidos;
- Melhoria da qualidade: focada no aumento da capacidade de atender os requisitos da qualidade". (COUTO; PEDROSA, 2009, p. 71).

Nos últimos anos, percebem-se importantes modificações na área de saúde no que se refere à necessidade de alcançar uma maior competitividade e conquistar novos mercados.

“No mercado atual extremamente competitivo, associado a um cenário econômico nebuloso e a uma grande regulamentação do setor saúde, com a crescente imposição de demonstração de eficácia/eficiência médico-hospitalar, a implantação de mecanismos de gestão eficientes que garantam a viabilização do setor se faz urgente e necessária”. (COUTO; PEDROSA, 2007, p. 9).

Segundo Manzo (2009), a preocupação com a garantia da segurança do atendimento e a necessidade de atender as expectativas e direitos dos clientes, são uns dos aspectos que exigem das instituições uma mudança na forma de gerir a saúde, sendo inovadores e oferecendo serviços com qualidade.

De acordo com Godoi (2008), a qualidade nos serviços envolve uma correta adequação de todos os serviços prestados às necessidades que o paciente apresenta, superando suas expectativas.

Para Burmester (1997), garantir a qualidade nos serviços ofertados não é culpar ou punir as pessoas, mas sim, evitar e/ou minimizar erros. A ideia é fazer as coisas certas da primeira vez e, assim, evitar a necessidade de repeti-las.

A implantação de um programa de qualidade esta deixando de ser uma opção, está se tornando imprescindível, um pré-requisito básico para a competitividade e sobrevivência das empresas.

Conforme o MBA (2010), a gestão da qualidade é citada como responsável pelas atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, a melhoria contínua da gestão e política da qualidade.

O desenvolvimento e a implementação de um sistema de garantia da qualidade necessita de um suporte documental, que reflita a política, a organização, as ações, as estratégias e as instruções do serviço. Tudo o que se faz tem que estar previsto em normas e/ou procedimentos técnicos, administrativos e protocolos preestabelecidos e continuamente

atualizados e alinhados com o conhecimento e possibilidades técnicas e científicas disponíveis no momento.

Segundo Burmester (2009), o controle da qualidade envolve monitorar os resultados específicos do processo, para determinar se eles estão de acordo com os padrões de qualidade relevantes e identificar as formas para eliminar as não conformidades. Este controle é frequentemente realizado pelo Setor da Qualidade, ou unidade similar da organização. De acordo com Couto e Pedrosa (2007), o Setor da Qualidade de um hospital tem grande relevância, pois o mesmo é responsável pela integração, coordenação e comunicação entre os diversos setores e comissões do hospital, além de analisar, catalisar e oferecer os instrumentos de gestão da qualidade.

Para Bonato (2010), a qualidade no campo hospitalar somente se completa através da ação humana, responsável pela organização do trabalho que influencia diretamente as práticas de saúde.

Manzo (2009) reforça que é imprescindível o envolvimento das pessoas na gestão da qualidade. Para que isso aconteça é fundamental, fortalecer os profissionais pela educação continuada, pois só assim os colaboradores terão segurança e senso crítico, avaliarão melhor os processos, dando-lhes mais eficácia e garantindo as metas determinadas.

“O hospital como uma empresa prestadora de serviços de saúde vem passando por uma rápida evolução tecnológica que atinge diretamente a todos os seus usuários. Nesse processo surgiram os programas de gestão pela qualidade, que são sistemas estruturados de forma a atender e superar as necessidades e expectativas dos clientes, através de controle e aperfeiçoamento contínuo do seu processo de trabalho”. (SILVA, 2003, p. 111).

Segundo Barros (2008), um sistema de gestão da qualidade tem como objetivo o aumento da competitividade entre as organizações por meio de atividades planejadas e demonstradas através de diversas ferramentas, garantindo que atenda os requisitos solicitados para uma determinada qualidade requerida. Atualmente, no Brasil, no que tange aos sistemas de gestão existem três organizações com suas respectivas metodologias, adotadas para avaliação da qualidade (quadro 1).

Quadro 1: Sistema de Gestão.

ORGANIZAÇÃO	FUNDAÇÃO	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	FORMA DE RECONHECIMENTO	CERTIFICAÇÕES CONCEDIDAS
CQH – Controle de Qualidade Hospitalar	1991	Selo de Qualidade Hospitalar	Selo	10
ONA – Organização Nacional de Acreditação	1999	Manual Brasileiro de Acreditação	Acreditação	359
CBA – Consócio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA.	2000	Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar	Acreditação	48

Fonte: Dados coletados nos sites das organizações citadas, adaptada pela autora.

O sistema de gestão da qualidade tem como público alvo as organizações, instituições, órgãos e entidades do setor saúde, além de profissionais ligados à área. Para avaliar a qualidade das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - OPSS são utilizados instrumentos de avaliação específicos, como por exemplo: Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - MBAOPSS Hospitalares, MBAOPSS Hemoterapia, MBAOPSS Laboratórios, segundo a especialidade e a atividade fim desenvolvida pela organização de saúde.

“Vários grupos desenvolveram instrumentos, e reconhecem as organizações bem sucedidas com algum certificado. Porém para nenhum dos modelos, a certificação é obrigatória, e não deve ser o principal objetivo da instituição, o objetivo deve ser a implantação do sistema de gestão. A certificação é uma forma de reconhecimento público de que os processos estão ocorrendo dentro da conformidade específica”. (BARROS, 2008, p. 40).

A busca pela segurança dos serviços prestados requer melhorias contínuas, por isso, todo esse processo é fundamental para a escolha da melhor estratégia de implantação e acompanhamento da gestão da qualidade, contribuindo para o aumento da segurança e confiança dos clientes/pacientes nos serviços prestados.

O processo de acreditação não é simplesmente fornecer um selo de qualidade. “Não se trata de corrigir erros ou desvios apenas, mas antes de tudo, melhorar para evitar e prevenir futuros erros ou desvios”. (CHIAVENATO, 2003, p. 462).

De acordo com Garibaldi e Vieira (2002), no setor saúde, os programas de qualidade têm forte tendência a enfatizar a avaliação das condições dos hospitais, focalizada na infraestrutura, nos processos e resultados. Esta proposta, apesar de identificar elementos importantes e imprescindíveis para a qualidade dos serviços, restringe-se ao diagnóstico e posicionamento das organizações com base em modelos referenciais.

A qualidade dos serviços deve ser executada através de um conjunto de atividades planejadas e sistematizadas que objetivam avaliar o desempenho de processos e a conformidade de produtos e serviços com especificações e prover ações corretivas necessárias, implementando alguns programas de gestão, como os Círculos de Controle de Qualidade, 5 S's, Perda Zero, Zero Defeito, Seis Sigma, Manutenção Produtiva Total, ISO 9001, ISO 14001, Selos de Qualidade, Acreditações CQH, ONA e Joint Commission/CBA, Boas Práticas de Fabricação, etc. (BANAS QUALIDADE, 2013).

CAPÍTULO II – EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ACREDITAÇÃO NO MUNDO E NO BRASIL.

No final da Segunda Guerra Mundial, o Japão com características propícias, se viu obrigado à reconstrução física e econômica do país e para isso estabeleceu como principal meta a qualidade. A qualidade foi dimensionada no contexto industrial, inicialmente pelo pensador William Edwards Deming⁴, que fez contribuição significativa para o Japão, sobressaindo pela fabricação de produtos inovadores de alta qualidade.

“Antigamente, não se pensava em qualidade nos serviços de saúde; os hospitais eram locais para separar os doentes da sociedade sadia. Posteriormente, os hospitais foram entendidos como locais para prestar cuidados necessários para a cura da doença ou a amenização da dor, sempre visando ao menor sofrimento possível”. (LUONGO, 2011, p. 215).

Os primeiros registros sobre a ascendência da Acreditação ocorreram nos Estados Unidos, tendo com precursor, o cirurgião Dr. Ernest Amory Codman⁵, que foi reconhecido neste meio por desenvolver um trabalho denominado “End Results Systems” (Sistema de Resultados Finais) no qual acompanhava e avaliava os resultados dos tratamentos e procedimentos cirúrgicos realizados no Hospital Geral de Massachusetts.

Segundo Luongo *et al.* (2011), na década de 1950, sob a influência de qualidade desenvolvida no Japão e Estados Unidos da América - EUA para as indústrias, surgiu a ideia de preservar e valorizar a qualidade de vida, tendo como avanço a qualidade nos serviços de saúde.

“Os Estados Unidos desenvolveram um programa de acreditação das instituições de saúde, baseando-se no empenho da instituição para realizar suas atividades com alto nível de excelência em qualidade, satisfazendo às necessidades e expectativas dos clientes e da instituição. Esse programa é considerado um dos mais modernos e avançados do mundo”. (LUONGO, 2011, p. 215).

O processo de acreditação originou-se nos EUA, quando ocorreu a instauração do Colégio Americano de Cirurgiões - ACC, que nos meados de 1924 fundou o Programa de

⁴ William E. Deming nasceu em Sioux City, Iowa (EUA), em 14 de outubro de 1900. Graduado em engenharia (1921). Considerado um mestre do gerenciamento de qualidade no mundo todo. Foi o responsável por grande parte dos avanços nesta área que levaram as indústrias japonesas a um crescimento incrível no período do pós-guerra.

⁵ Era um cirurgião de Boston pioneiro que fez contribuições para anestesiologia, radiologia, cirurgia de úlcera duodenal, oncologia ortopédica, cirurgia no ombro. Ele era um defensor do hospital, reforma e é o fundador reconhecido do que hoje é conhecido como gerenciamento de resultados no paciente cuidado. Codman foi o primeiro médico americano para acompanhar o progresso dos pacientes por meio de sua recuperação de uma forma sistemática.

Padronização Hospitalar - PPH, que estabeleceu cinco padrões mínimos essenciais para assistência hospitalar, sendo definido o conjunto dos padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes.

Aliando-se ao Colégio Americano de Clínicos e a Associação Canadense de Hospitais, em 1950, cria-se a Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH, que divulgaram em 1970, as primeiras premissas de ótimos padrões da assistência hospitalar para processos e resultados. Em 1976 ocorreu a primeira acreditação, a National Accreditation Board - NAB, que gerenciava o sistema de acreditação da Associação Americana de Enfermagem - AAE, através de cinco comitês regionais e um comitê nacional. Os colégios e universidades eram responsáveis por preparar enfermeiros para serem avaliados e acreditados.

Segundo Adami (2000) no Canadá a implantação de medidas destinadas a assegurar a qualidade da assistência ocorreu de forma semelhante à dos EUA. Uma lei do Ministério da Saúde em 1983 determinou que todos os hospitais contassem com programas destinados à garantia da qualidade. Nos países da Europa esse movimento surgiu por volta dos anos 70 tomando impulso no final da década de 80, tendo por base os aspectos éticos e profissionais assim como a competitividade entre instituições.

Quanto aos países da América Latina e do Caribe, este mesmo autor cita que é difícil identificar ações concretas visando à garantia da qualidade de forma sistemática e extensiva como nos EUA, Canadá e países europeus. Existe, contudo, um movimento iniciado pela Organização Pan-Americana - OPAS e Federação Latino-Americana de Hospitais que propôs um modelo de acreditação de hospitais, discutido em diversos países e considerado passível de adoção dada sua flexibilidade.

Para Dantés (1999), no México, pesquisadores encontraram um impacto positivo de cobertura, acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde das localidades pesquisadas com melhoria dos principais indicadores de saúde da população infantil e materna, apesar dos resultados poderem ou não ser atribuídos exclusivamente ao programa desenvolvido.

Conforme Quigley (*et al.* 2008), a questão da qualidade surgiu na agenda da política de saúde em Portugal após 1999. Uma série de políticas foram implementadas, desde então, e agora estão sendo consolidadas embora a participação em vários programas de garantia de qualidade continua a ser voluntária e ainda não é uma condição para os contratos com prestadores de que foram iniciadas em 2004.

Segundo Malik (*et al.* 2001), no Brasil, principalmente a partir dos anos 90, instituições públicas e privadas estão desenvolvendo estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade, conforme descrito no próximo item.

2.1 Acreditação no Brasil.

“No final dos anos 1980, no Brasil, começou a surgir o interesse das instituições hospitalares em obter o certificado de acreditação. O Ministério da Saúde instalou uma comissão nacional de especialistas para desenvolver um modelo de acreditação na década de 1990. Assim, os hospitais passaram a ter um parâmetro nacional de qualidade baseado na acreditação”. (LUONGO, 2011, p. 215).

A Organização Mundial de Saúde - OMS discutiu as primeiras diretrizes na área hospitalar abordando o tema “qualidade na assistência”, na qual reuniu 30 países e estabeleceu o termo acreditação como palavra chave para mensurar a qualidade em serviços de saúde.

“O processo de acreditação é uma forma de avaliação dos recursos institucionais, voluntário e periódico, onde se busca garantir a qualidade na assistência por padrões definidos a serem atingidos, dando assim ao hospital condição de ser acreditado”. (Manual Brasileiro de Acreditação, 2010, p. 23).

Com diversas discussões sobre a qualidade nos serviços de saúde, em 1991 foi criado o Controle de Qualidade Hospitalar - CQH, patrocinado pela Associação Paulista de Medicina - APM e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Com a proposta de apoiar a OPA⁶, para implantar no Brasil um programa nacional de acreditação hospitalar tendo como objetivo principal realizar avaliação do atendimento prestado com qualidade de maneira responsável isenta e transparente, possibilitando a adoção de um novo modelo de serviço que conduza a maior eficácia e eficiência.

“Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Qualidade para promover a cultura da qualidade e estimular os hospitais a buscarem padrões de excelência. As entidades acreditadoras são responsáveis pela realização da acreditação nos hospitais”. (LUONGO, 2011, p. 218).

⁶ É uma organização internacional especializada em saúde. Criada em 1902, é a mais antiga agência internacional de saúde do mundo. Sediada em Washington, nos Estados Unidos, atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

O Ministério da Saúde analisou a necessidade de desenvolver um plano de ação voltado ao estabelecimento de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com o sistema de avaliação dos serviços de saúde. Foram convidadas entidades que representavam os diversos segmentos da saúde, compradores destes serviços e instituições da área pública, entendendo que se fazia necessário um projeto voltado para implantação da Acreditação Hospitalar no Brasil.

“Os sistemas de acreditação têm por objetivo estabelecer uma conformidade do atendimento dos serviços de saúde, baseando-se em padrões determinados pelas entidades que concedem a acreditação. O processo procura manter um sistema contínuo de educação, autoavaliação e qualidade para que a instituição tenha a excelência desejada e consiga mantê-la ou aprimorá-la ao longo do tempo”. (LUONGO, 2011, p. 226).

Tal movimento em direção e criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde - PGAQS, junto com a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade - CNQP, iniciou a elaboração dos manuais de acreditação, que foram utilizados nos EUA, Canadá, Inglaterra entre outros países.

“O Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado em novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência a Saúde em Budapeste, bem como o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes. Posteriormente, foram elaboradas propostas para o Sistema Nacional de Acreditação, ou seja, as normas básicas do processo de acreditação: credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores, código de ética e programa brasileiro de acreditação hospitalar”. (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2004, p. 216).

Em 1998 surgiu o MBA que foi editado pela OPA. É uma publicação que fornece os documentos que avalia o processo de avaliação e certificação. Em maio de 1999 deu-se o início ao debate, com o conhecimento na publicação do Processo de Acreditação onde todos os estados brasileiros chegaram ao ponto mais elevado com a ONA.

A Constituição Federal de 1988 define saúde como um direito universal e social, sendo dever do Estado prover. Com isso, os estabelecimentos de saúde deixaram o modelo assistencial, transferindo aos municípios a gestão de serviços de saúde, na qual a busca pela qualidade se torna uma exigência muitas vezes da própria instituição.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde -

CNES⁷, o Brasil tem aproximadamente 6.360 hospitais. Segundo a ONA (2010), a nível nacional são 388 certificações concedidas, entre os seguintes tipos: hospitais, laboratórios, atenção domiciliar, nefrologia e terapia renal substitutiva, hemoterapia, ambulatório e/ou pronto atendimento, diagnóstico por imagem, radioterapia, medicina nuclear, serviços de manipulação, processamento de roupas para serviços de saúde, programas de saúde e prevenção de riscos.

Foram concedidas 183 certificações para hospitais no território nacional, com os seguintes níveis: 54 nível 1 (acreditado), 55 nível 2 (acreditado pleno) e 74 nível 3 (acreditado com excelência). Atualmente as certificações são concedidas por solicitação das instituições de saúde, quando estas identificam que seus processos já reúnem as devidas condições para tal.

É importante ressaltar, a elaboração de um projeto de lei complementar de autoria do Senador Vital do Rêgo que altera a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), tornando obrigatória à avaliação periódica dos serviços hospitalares.

Segundo ONA (2013), se a nova lei for aprovada pela CAS do Senado e pela Câmara dos Deputados, a mesma decreta aos órgãos responsáveis pela área de saúde a incumbência de estabelecer os critérios e parâmetros para a avaliação e certificação de qualidade de hospitais de qualquer natureza, públicos ou privados, vinculados ou não ao SUS.

“Ao se analisar a iniciativa, porém, um dos principais aspectos a serem considerados é que opção voluntária pela acreditação - em prática atualmente - não se deve apenas a inexistência de lei que obrigue as instituições de saúde a adotar um sistema de certificação. A questão é mais complexa, exigindo comprometimento real - o que passa pelo envolvimento da equipe de colaboradores assim como de seus dirigentes. O processo adotado pela ONA, uma entidade não governamental criada com o apoio do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), contempla as diferentes realidades, permitindo que as instituições avancem em direção à qualidade de acordo com sua capacidade e com o tempo necessário para se adequar as exigências”. (ONA, 2013).

A busca pela qualidade assistencial vem sendo discutida cada vez mais pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na gestão, uma vez que os usuários

⁷ É a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. Visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal.

da instituição de saúde tornaram-se nas últimas décadas, mais conscientes de seus direitos, exigindo assim, qualidade nos serviços ofertados.

Nessa perspectiva, a busca pela melhoria contínua pelos serviços de saúde, passa a ser um diferencial técnico e com responsabilidade socioambiental para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só os pacientes, mas toda sua cadeia de clientes: compradores do serviço de saúde (SUS, sistema suplementar), médicos, sociedade, familiares e etc.

2.1.1 Padrões e itens de orientação para o Processo de Acreditação.

Definir os processos, promover a integração entre os diversos setores, gerenciar os riscos inerentes dos processos para garantir uma assistência eficiente e eficaz, onde o cliente saia satisfeito e a viabilidade da empresa seja garantida, essa é a metodologia proposta pela ONA.

“Há uma metodologia específica utilizada para que seja obtido o selo de hospital acreditado. O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar tem sido instrumento utilizado para avaliação da qualidade das instituições hospitalares. Nele são encontradas seções e subseções com normas que devem ser cumpridas e que variam de grau de complexidade”. (GODOI, 2008, p. 107).

O MBA é um instrumento profissional, consistente e objetivo, colocado à disposição de todos aqueles que prezam a assistência de qualidade aos clientes/pacientes. Este instrumento de avaliação é composto de 06 seções e 39 subseções (quadro 2), onde, para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são expectativas máximas desejáveis de desempenho de uma organização. Definição operacional do que deverá ser apresentado/avaliado. Os itens de orientação servem para esclarecer as fontes geradoras de evidências, de modo a contribuir na preparação do avaliado e com o processo de avaliação. (BRASIL, 2010).

Quadro 2: Seções e subseções do MBA.

Seção	Subseção
Gestão e Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Gestão de Pessoas; • Gestão Administrativa; • Gestão de Suprimentos; • Gestão da Qualidade.
Atenção ao Paciente/Cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento; • Internação; • Atendimento ambulatorial; • Atendimento em emergência; • Atendimento cirúrgico; • Atendimento obstétrico; • Atendimento neonatal; • Tratamento intensivo; • Mobilização de doadores; • Triagem de doadores e coleta; • Assistência hemoterápica; • Terapia dialítica; • Medicina nuclear; • Radioterapia; • Terapia antineoplásica; • Cardiologia invasiva e hemodinâmica; • Métodos endoscópicos e videoscópicos; • Assistência Farmacêutica; • Assistência Nutricional; • Atenção ao paciente/cliente.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Processos pré-analíticos; • Processos analíticos; • Processos pós-analíticos; • Métodos diagnósticos; • Diagnóstico por imagem; • Diagnóstico.
Apoio Técnico	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação do cliente/paciente; • Gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar; • Prevenção, controle de infecções e eventos adversos; • Apoio técnico.
Abastecimento e Apoio Logístico	<ul style="list-style-type: none"> • Processamento de roupas; • Processamento de materiais e esterilização; • Armazenamento e transporte; • Higienização; • Gestão da segurança; • Abastecimento e apoio logístico.
Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão da estrutura físico-funcional. • Infraestrutura.

Fonte: Manual Brasileiro de Acreditação – OPSS/ONA 2010, adaptada pela autora.

As seções e subseções são obrigatoriamente aplicadas em todas as organizações avaliadas, independente das suas características e perfil. A metodologia ONA não avalia um

setor isoladamente, pois para obter a certificação hospitalar os processos deverão estar interligados.

“A certificação é o produto da verificação da conformidade do sistema de administração de sua empresa com a norma escolhida (ONA, ISO etc.), através da auditoria por empresa independente e capacitada para esse tipo de verificação. Quanto mais capacitada for à empresa e quanto mais detalhada for à auditoria, maior segurança a sua empresa terá quanto à adequação do sistema de gestão aos propósitos estabelecidos pela norma escolhida”. (COUTO; PEDROSA, 2009, p. 63).

Desse modo, a acreditação trouxe muitas vantagens, visto que o processo de melhoria contínua estabelece padrões progressivos de qualidade nos serviços de saúde, o que garante maior segurança para os pacientes e profissionais.

“Cada nível deve ser plenamente atendido para que seja considerado satisfatório, caso contrário volta-se ao nível anterior para cumprimento de todas as expectativas. O objetivo dos diferentes níveis não é necessariamente aumentar a complexidade dos serviços, e sim estimular a instituição a progressivamente conquistar um nível maior de qualidade com requisitos melhores.”. (GODOI, 2008, p. 107).

Segundo Manzo (2009), os padrões exigidos e verificados na avaliação são divididos por níveis 1, 2 e 3, com seus princípios norteadores e por padrões, sendo que cada padrão apresenta uma definição e uma lista de verificação que permite a identificação da sua necessidade e concordância com o padrão estabelecido:

“Nível 1 – Acreditado – Princípio Segurança: pressupõe atendimento aos requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, com recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço (Quadro 3 e 4);
Nível 2 – Acreditado Pleno – Princípio Gestão Integrada: verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos colaboradores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial e prática de auditoria interna (Quadro 3 e 4);
Nível 3 – Acreditado com Excelência - Princípio Excelência em Gestão: constata se existem políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitário” (Quadro 3 e 4). (LUONGO, 2011, p. 217).

Nos itens a seguir serão especificados os três níveis de complexidade estruturados pelo MBA:

Quadro 3: Padrão exigido pela ONA.

Nível 1	Nível 2	Nível 3
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 os 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 de melhorias e inovações; decorrentes do processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com excelência.

Fonte: Manual Brasileiro de Acreditação – OPSS/ONA 2010, adaptada pela autora.

Quadro 4: Requisitos do padrão exigido pela ONA.

Nível 1	Nível 2	Nível 3
<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 e equipamentos e serviço; ▪ Gerencia o fluxo e demanda do serviço; ▪ Comunicação efetiva entre as áreas; ▪ Sistema de informação com registros atualizados; ▪ Mecanismos de validação os procedimentos de rastreabilidade da informação; ▪ Define planos de contingências; ▪ Assegura o suporte técnico e promove a educação permanente dos profissionais de 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 	<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 dos processos entre cliente e fornecedores; ▪ Gerencia a interação entre os processos e sua melhoria; ▪ Evidencia a efetiva utilização de conhecimento e das habilidades, na execução das atividades dos processos; ▪ Evidencia o impacto no processo decorrente das ações de aprendizado; ▪ Dispõe de sistemática de medição e avaliação da efetividade do processo; ▪ Promove ações de melhoria e a minimização de riscos; ▪ Evidencia o impacto e a efetividade do gerenciamento de riscos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores alinhados e correlacionados às estratégias da organização; ▪ Resultados apresentam informações integras 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 evidencias de ações de melhoria e inovações; ▪ 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 evidencias de resultados positivos.

prevenção e controle de infecção, se aplicável; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de notificação e gerenciamento de eventos adversos; ▪ Gerencia resíduos; ▪ Gerencia riscos assistenciais, sanitários, ambientais, ocupacionais e de responsabilidade civil. 		
---	--	--

Fonte: Manual Brasileiro de Acreditação – OPSS/ONA 2010, adaptada pela autora.

“Para que todo esse processo ocorra, é necessária a disposição voluntária do hospital que faz a solicitação para submeter-se ao processo de acreditação arcando com os custos. A instituição Acreditadora, fará a visita e aceitando, inicia-se o processo de avaliação.” (GODOI, 2008, p. 109).

O processo de avaliação é composto por duas etapas: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na pré-visita, o hospital prepara-se para o processo com a divulgação interna aos colaboradores referente ao diagnóstico do cenário da instituição, conforme os padrões estabelecidos no MBA. A visita de certificação só ocorrerá após a solicitação voluntária do hospital, à instituição acreditadora.

A duração da visita varia em função do porte e da complexidade do hospital. Na visita, todos os setores e unidades são avaliados dentro de uma programação definida e é acompanhada por colaboradores deliberados pela alta direção do hospital, juntamente com os avaliadores da instituição acreditadora.

2.2 As principais organizações que auxiliam os serviços de saúde a obterem a acreditação.

2.2.1. Accreditation Canada International.

ACI é uma instituição sem fins lucrativo, não governamental que oferece serviços de melhoria da qualidade de cuidados de saúde em todo o mundo, através da acreditação internacional, educação e serviços de consultoria para governos, serviços de saúde e organizações de acreditação para impulsionar a qualidade e aumentar a segurança. O trabalho internacional começou em 1960, mas desde 1967, as organizações de saúde têm vindo a perseguir a excelência nos cuidados de saúde através da sua participação no programa do Accreditation Canada Internacional.

Essa metodologia já certificou 65 estabelecimentos de saúde em todo mundo, incluindo países Bahrain, Bermuda, Brasil, Itália, República Islâmica, Reino da Arábia Saudita, Kuwait, México, Filipinas, Eslovênia, ST. Lucia, Árabes Unidos, Turcos e Caicos.

No Brasil 28 instituições de saúde já alcançaram essa certificação distribuída nos seguintes Estados: 1 Ceará, 1 Espírito Santo, 3 Minas Gerais, 2 Paraná, 6 Rio de Janeiro, 14 São Paulo e 1 Sergipe.

2.2.2 Joint Commission International.

Criada em 1994 pela The Joint Commission, a Joint Commission International - JCI tem presença em mais de 90 países hoje. A mesma trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferta de soluções para atingir o máximo desempenho. Seu foco está em três linhas de trabalho: acreditação, educação e serviços de consultoria.

“Em dezembro de 1997, o CBA realizou um seminário com a assessoria da Joint Commission para elaborar um programa nacional de acreditação de hospitais. Nesta ocasião, com esta associação junto a Joint Commission, o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde”. (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2004, p. 216).

Segundo o CBA (2013), até o momento, já foram acreditadas mais de 107 instituições de saúde no mundo, incluindo países como Alemanha, Dinamarca, Itália, Espanha, Irlanda, Turquia, Filipinas, China, Índia, Emirados Árabes Unidos, Áustria, além do Brasil no qual, em 1999 o Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo foi o primeiro hospital acreditado fora dos EUA pela JCI.

No Brasil 11 instituições de saúde já alcançaram essa distinção e reconhecimento de excelência da qualidade, integrando agora um seleto grupo internacional de instituições acreditadas pela metodologia CBA/JCI. São as seguintes as instituições acreditadas: Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Instituto Estadual de Hematologia (RJ), Hospital Moinhos de Vento (RS), Hospital Samaritano (SP), Unidade AMIL Total Care – Nações Unidas (SP), Unidade AMIL Total Care Barra – (RJ), Unidade AMIL Total Care Botafogo (RJ), Unidade Hospital do Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia – MS (RJ), Hospital do Coração (SP), PRONEP (SP) e PRONEP (RJ).

2.2.3 Organização Nacional de Acreditação.

“São vários os meios de normalização utilizados em diversos países, embora alguns sejam reconhecidos internacionalmente. No Brasil, as duas principais organizações são a ONA, Organização Nacional de Acreditação, que é o órgão responsável pelos processos de Acreditação do Sistema Brasileiro de Acreditação; e o CBA, Consórcio Brasileiro de Acreditação de serviços e Sistemas de Saúde que auxilia organizações de saúde a obterem a acreditação internacional pela Joint Commission”. (GODOI, 2008, p. 104).

Segundo Silva; Barbara e Trandafilov (2009), o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, que foi criada pela Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995 e a Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001 reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar.

Criada no ano de 1999, a ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com sede em Brasília e atuação em todo o território nacional. É constituída por entidades de âmbito nacional, que têm afinidades com os princípios, ideais e finalidades do Processo de Acreditação.

Segundo o MBA (2010), a ONA tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência à sociedade brasileira, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

Com as últimas certificações, o sistema SBA/ONA atinge 195 Serviços Hospitalares, 27 Serviços de Hemoterapia, 45 Serviços Laboratoriais, 16 Serviços de Nefrologia ou Terapia Renal Substitutiva, 12 Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia ou Medicina Nuclear, 52 Serviços Ambulatoriais ou de Pronto Atendimento e dois Serviços de Atendimento Domiciliar (Home care). Outros serviços certificados pela ONA que não aparecem nessa relação - Serviços de Processamento de Roupas para Serviços de Saúde, Serviços de Dietoterapia, Serviços de Esterilização e de Reprocessamento de Materiais, e Serviços de Manipulação - totalizam as 359 certificações válidas.

Entre os serviços hospitalares homologados merecem destaque São Paulo, pois lidera a lista de certificações, com 8 hospitais, um serviço de hemoterapia, um laboratório, dois serviços de diagnóstico por imagem, seis serviços ambulatoriais ou de pronto atendimento e

dois serviços de atenção domiciliar. Minas Gerais, com um total de sete homologações (cinco delas apenas na cidade de Uberlândia), sendo dois hospitais, um serviço de hemoterapia, dois serviços laboratoriais, um serviço de radioterapia e um de oncologia. Rio de Janeiro e Paraná tiveram quatro homologações cada, sendo quatro hospitais no Rio de Janeiro e três no Paraná, estado que também teve um serviço ambulatorial certificado. No Ceará foram duas certificações de hospitais e uma de serviço de diagnóstico por imagem. O Distrito Federal passa a contar com mais um hospital certificado e um serviço de hemoterapia; o Rio Grande do Sul com mais um hospital e um serviço de nefrologia; e Santa Catarina com mais um hospital e um serviço ambulatorial. Pernambuco, Goiás e Bahia tiveram uma homologação, sendo um hospital em Olinda, um hospital em Goiânia e um serviço ambulatorial em Salvador.

2.2.4 Instituições Acreditadoras.

“As Instituições Acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que tem a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional.”. (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2004, p. 217).

Hoje no Brasil são 08 instituições que trabalham com o processo de certificação, visando garantir a melhoria contínua das instituições de saúde pelos que solicitam esse modelo de avaliação, conforme citadas abaixo:

- Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços de Saúde – IPASS;
- Fundação Carlos Alberto Vanzolini – FCAV;
- Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde – IAHCS;
- Det Norske Veritas – DNV;
- Instituto Qualisa de Gestão – IQG;
- Germanischer Lloyd Certification South America – GL;
- British Standards Institution – BSI;
- Sistema Nacional de Acreditação Ltda – DICQ.

A instituição escolhida pelo hospital privado foi o Instituto Qualisa de Gestão - IQG que já atua há mais de 15 anos no mercado de certificação e implementação de programas de gestão da qualidade do segmento saúde.

Atualmente concedeu 280 certificações entre elas: metodologia ONA 233 (nível 1 – 72, nível 2 – 80 e nível 3 – 81); acreditado ACI 28, certificação IQG 1, integrante ACI 16 e selo de qualificação ONA 2.

2.3 Acreditação no Estado do Amapá.

Como destacado no capítulo anterior, o processo de certificação hospitalar tem 14 anos de execução de suas atividades a nível nacional. Segundo ONA (2013), a metodologia já atinge cerca de 10% dos serviços hospitalares e computa 359 homologações válidas no momento, em todo o país, incluindo não apenas os hospitais, como também organizações prestadoras de serviços de saúde nas áreas de hemoterapia; laboratório; terapia renal substitutiva; diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear; ambulatório e/ou pronto atendimento e atenção domiciliar.

O Estado do Amapá possui 142.814 km², 16 municípios e conta com uma população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), de 669.526 habitantes. Para atender ao seu contingente populacional, segundo dados do CNES, em junho de 2009, havia 288 estabelecimentos de saúde públicos, compreendidos os hospitais estaduais, unidades básicas de saúde, postos de saúde e clínicas especializadas.

Destacando a Capital Macapá, atualmente existem 06 hospitais, sendo 04 públicos e 02 privados. Na região Norte há 05 hospitais que possuem essa certificação, 01 no Amapá e 04 no Pará.

Para implantação do programa de qualidade, desde 2007 o hospital em estudo passou a trabalhar de modo a atender os requisitos do padrão do MBA e as seguintes legislações pertinentes, segundo Couto e Pedrosa (2009): Lei nº 9.43, de 06 de Janeiro de 1997; Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998; RDC nº 48, de 2 de Junho de 2000; Resolução nº 1.552/CFM, de 20 de Agosto de 1999; Portaria nº 36/MS/GM, de 19 de Janeiro de 1990; Portaria nº 518, de 25 de Março de 2004; Resolução nº 9, de 16 Janeiro de 2003; Portaria nº 3.523/GM, de 28 de Agosto de 1998; Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993; RDC nº 30, de 15 de Fevereiro de 2006; RDC nº 9, de 2 de Janeiro de 2001; RDC nº 45, de 12 de Março de 2003; Portaria nº 272/MS)SNVS, 8 de Abril de 1998; RDC nº 216, 15 de Setembro de 2004; Portaria nº 453, 1 de Junho de 1998; RDC nº 302, 13 de Outubro de 2005; RDC nº 306, 7 de Dezembro de 2004; Resolução nº 358, 29 de Abril de 2005; Portaria nº 15, 23 de Agosto de 1998; NR 4; NR 5; NR 6; NR 7; NR 9; NR 32; Resolução nº 357, 20 de Abril de 2001; Portaria nº 802, 8 de Outubro de 1998; RDC nº 33, 19 de Abril de 2000; Portaria nº 344, 12 de

Maio de 1998; CFM n° 1.363/1993; Portaria n° 3.432, 12 de Agosto de 1998; RDC n° 50, 21 de Fevereiro de 2002; NR 8; NR 26; RDC n° 189, 18 de Julho de 2003; Portaria n° 2.662, 22 de Dezembro de 1995; NR 10; Lei n° 8.159 de Janeiro de 1991; Resolução CFM n° 1.632/2002; Resolução CFM n° 1.638/2002 e Lei n° 5.443, 8 de Maio de 1968.

Segundo a ONA (2012), o hospital privado da cidade de Macapá, foi à primeira instituição que aderiu a metodologia da acreditação no Estado do Amapá e foi certificada em agosto de 2012.

Partindo deste principio, no próximo capítulo será apresentado o histórico do hospital privado da cidade de Macapá, no processo de implantação da metodologia ONA.

CAPÍTULO III – CONTEXTUALIZANDO O HOSPITAL PRIVADO EM MACAPÁ.

3.1 Histórico.

Cabe inicialmente tecer algumas considerações sobre o hospital privado escolhido como campo de estudo.

Segundo Pessini e Jr. (2012) a historia do hospital privado da cidade de Macapá é a concretização do sonho missionário do ex-industrial italiano Marcelo Candia. Nascido em Milão em 1916, numa família de muitas posses, Marcelo, desde muito jovem, sempre acalentou o desejo de ajudar os mais necessitados, onde eles estivessem.

Dr. Marcelo Candia, ganhou da administração do Território do Amapá um local onde poderia começar as obras. Em 1960, começou-se a construção, através dos recursos enviados da Itália por Marcelo Candia. A obra, porém avançava lentamente, concretizando-se depois de 09 anos. Em 07 de fevereiro de 1969, o hospital foi inaugurado e começou a funcionar apenas com atendimento ambulatorial. Diante de muitas dificuldades financeiras, Dr. Marcelo Candia pediu auxilio para uma congregação de padres para administrar o hospital em março de 1972.

Em 1974 Dr. Marcelo doou o hospital a uma Sociedade Beneficente. Instituição filantrópica, religiosa coordenada por padres cuja sede no Brasil é situada em São Paulo.

Atualmente possui 188 leitos, sendo classificado como hospital de grande porte, incluindo 10 leitos de UTI Adulto e 9 de UTI Neonatal. Credenciado junto ao SUS, que representa 60% do movimento total, o hospital considerado de referência no Estado, realiza atendimento nas especialidades de média e alta complexidade.

Seu quadro funcional é de: 769 colaboradores, 142 Médicos e 24 Fisioterapeutas.

3.2 Filosofia da Instituição.

- **Missão**

Prestar serviços médico-hospitalares com qualidade, fundamentado na valorização da vida e nos Princípios Camilianos.

- **Visão**

Ser referência na região norte, com qualidade na assistência e sustentabilidade até 2014.

- **Valores**
 - Espiritualidade;
 - Comprometimento profissional e social;
 - Princípio ético nas ações;
 - Desenvolvimento profissional;
 - Valorização da vida e da saúde;
 - Qualidade e humanização no atendimento;
 - Integração institucional;
 - Gestão autossustentável.

3.3 Estudo de Caso.

O estudo foi desenvolvido em um hospital privado, de grande porte, no Estado do Amapá, do Município de Macapá, com 188 leitos, atendendo baixa, média e alta complexidade nas especialidades: ginecologia/obstetrícia, pediatria, neurologia, cardiologia, neonatologia, clínica cirúrgica, clínica médica, urgência e emergência, hemodinâmica, terapia intensiva adulto e neonatal. Com suporte diagnóstico laboratorial, ultrassom, raios-x, endoscopia, mamografia com estereotaxia, densitometria óssea, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Dando suporte em seus atendimentos assistenciais tem como parceiros os seguintes serviços terceirizados: neurologia (tomografia, ressonância magnética); cardiologia; fisioterapia e hidroterapia; laboratório de análises clínicas e laboratório de patologia.

Para Burmester (1997), não é possível implementar a gestão da qualidade em um hospital sem que a alta administração manifeste fortemente seu compromisso com o processo. É necessário que a equipe de nível hierárquico mais elevado da instituição esteja ciente de que se trata de um programa de garantia de qualidade, bem com estar disposta a aceitar os riscos de implementação. Uma vez que este compromisso, também é importante para sensibilizar os outros níveis de colaboradores do hospital, especialmente o corpo clínico.

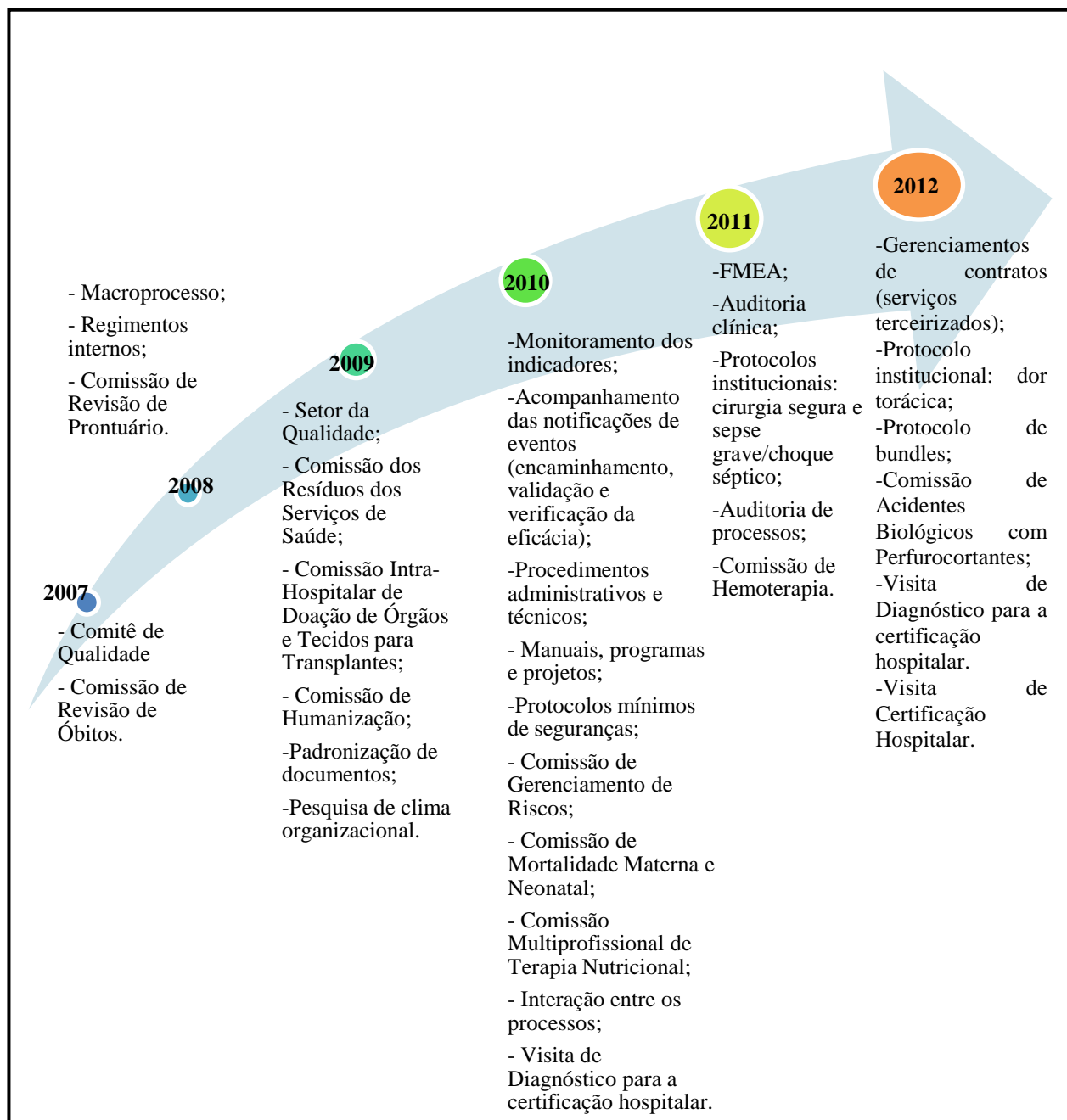
O processo para certificação do hospital teve início em 2007, com a criação do comitê de qualidade, pela Resolução Interna 04/2007 de 04 de dezembro de 2007. Com a preocupação da alta administração no gerenciamento do processo de acreditação, foi criado em 2009 o Setor da Qualidade, com a finalidade acompanhar, avaliar e coordenar o programa de normatização que rege a estrutura organizacional, manuais de procedimentos técnicos e

administrativos, protocolos de prevenção e tratamento, intensificando assim, as atividades para melhoria contínua e segurança do paciente, bem como garantir a integração intersetorial.

No início do processo umas das dificuldades da instituição foi o desconhecimento dos profissionais com relação às ferramentas de gestão da qualidade. Fez-se necessário então, que a alta administração contratasse consultorias externas. Mesmo com consultorias realizadas a cada 02 meses, a alta administração decidiu proporcionar capacitação a 03 de seus colaboradores com uma pós-graduação na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais em Belo Horizonte, devido à inexistência de cursos específicos dessa área no Estado, com intuito de disseminar as técnicas básicas para a implantação da acreditação na instituição.

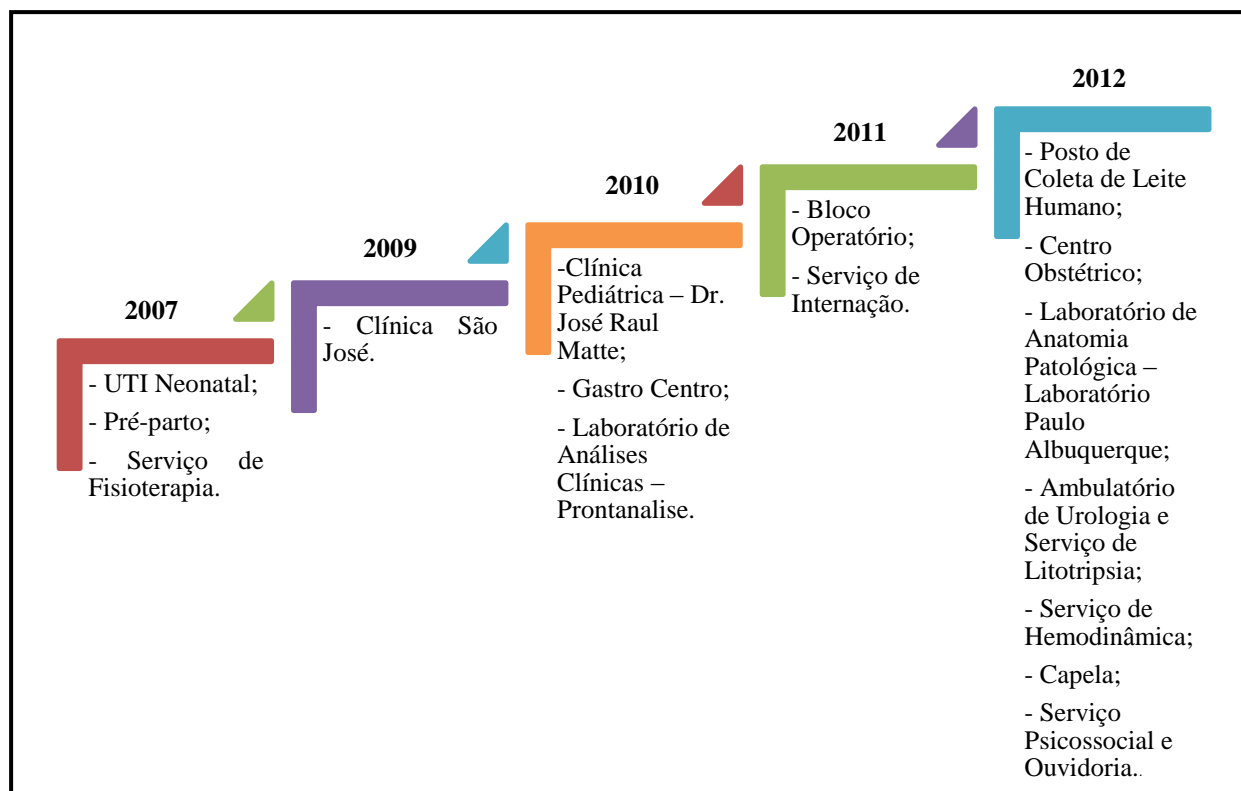
Até receber a certificação no início do segundo semestre de 2012, o hospital passou por um processo que duraram 04 anos, em razão da necessidade de adequações em algumas áreas. As principais adequações foram o aperfeiçoamento de procedimentos, parte estrutural, equipamentos, implantação de novos protocolos e capacitação das equipes, como é possível observar no demonstrativo da implantação do processo de acreditação (figura 1) e a evolução da estrutura predial (figura 2) no referido hospital privado.

Figura 1: Evolução da implantação do processo de acreditação.



Fonte: Dados coletados no hospital privado, adaptado pela autora.

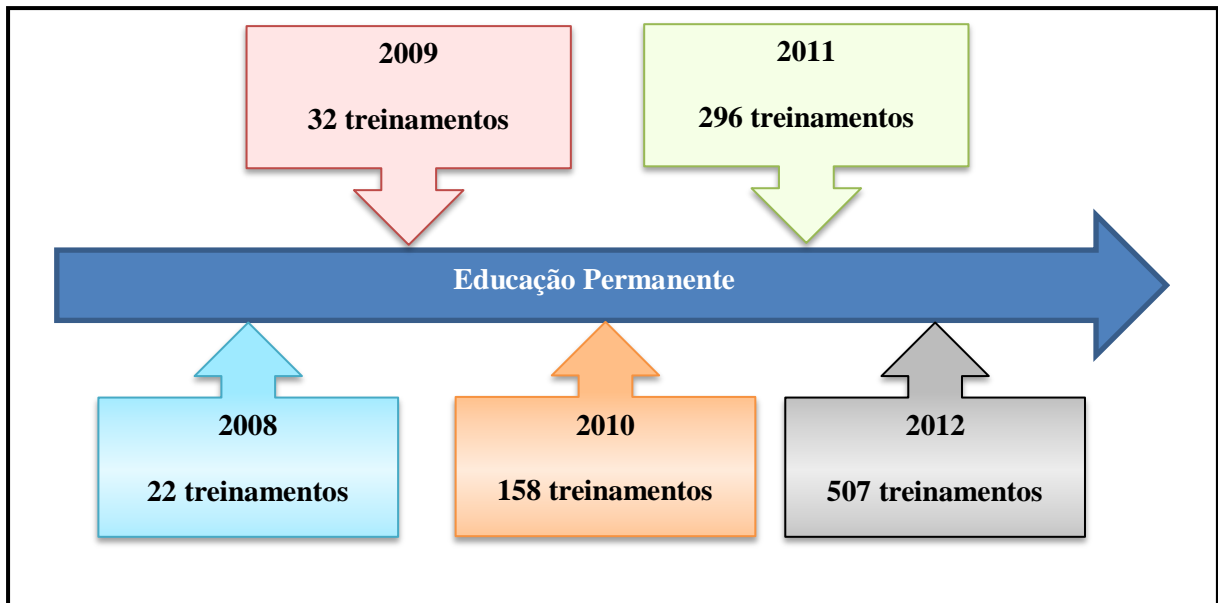
Figura 2: Evolução da estrutura predial.



Fonte: Dados coletados no hospital privado, adaptado pela autora.

Outro ponto importante foram os treinamentos/capacitações oferecidos pelo hospital aos seus colaboradores. Segundo informação do setor de Recursos Humanos, a instituição vem proporcionando desde 2008 (figura 3) vários treinamentos voltados para implantação e manutenção do processo de acreditação, tanto internos como externos, conforme a evolução a seguir:

Figura 3: Quantitativo de capacitação.



Fonte: Dados coletados no setor de Recursos Humanos do Hospital Privado, adaptada pela autora.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA.

Para realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica e pesquisas quanti-qualitativa, com abordagem descritiva exploratória no período de maio de 2013.

Segundo Duarte (2012), pesquisa qualitativa tem um caráter exploratório, uma vez que estimula o entrevistado a pensar e a se expressar livremente sobre o assunto em questão. Esta mesma autora afirma que a pesquisa quantitativa traduz tudo aquilo que pode ser quantificável, ou seja, traduzir em números as opiniões e informações para então obter a análise dos dados e, posteriormente, chegar a uma conclusão.

Outro fato que este teórico considera que a pesquisa exploratória permite uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, que dará base ao assunto abordado, como é o caso das entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. Já a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado.

Foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) semiestruturado constituído por perguntas abertas e fechadas.

O instrumento de pesquisa incluiu questões que caracterizam a avaliação dos benefícios alcançados após a acreditação na instituição. Sendo constituído por 3 etapas:

- 1ª Parte – Caracterização do entrevistado: cargo/função, tempo de vínculo com a instituição, horário de trabalho, sexo, participou do processo de acreditação;
- 2ª Parte – Dados objetivos de satisfação com o processo de acreditação: A implantação da acreditação gerou impactos positivos nas rotinas de trabalho? O controle da qualidade através da acreditação é útil para minhas atividades? A padronização de documentos utilizados no processo de acreditação deixaram os processos mais confiáveis? O fluxo das informações entre os setores está mais organizado por causa do sistema de acreditação? Estou plenamente satisfeito com a certificação conquistada pela instituição? Aprovo integralmente a opção da instituição de buscar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA? Você gostaria de ser atendido em um hospital acreditado?
- 3ª Parte - Dados subjetivos da satisfação com o processo de acreditação: A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço hospitalar de

qualidade? Justifique sua resposta; Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação; Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação.

Dos 350 questionários distribuídos, foram recolhidos 198 respondidos. Os demais 152 não foram devolvidos.

Os questionários foram distribuídos pela própria pesquisadora in loco. Desta maneira foi estabelecida uma data para seu encerramento, em seguida as informações foram catalogadas e ordenadas em planilhas do Microsoft Office Excel (versão 14.0, 2010) para serem analisadas e transformadas em dados gráficos com a finalidade de discutir o assunto e os resultados obtidos.

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de saúde pertencentes à estrutura organizacional do hospital privado, distribuídos nos diversos níveis hierárquicos da instituição: diretores, gerentes, coordenadores, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, biomédicos, psicólogos, técnicos em enfermagem, técnicos em informática, técnicos em segurança do trabalho, técnicos em radiologia, técnicos em laboratório, técnicos em patologista, analistas, recepcionistas, assistentes, auxiliares, maqueiros, porteiros, aprendizes, almoxarifes e compradores que obedeceram aos critérios de inclusão: colaboradores de ambos os sexos, de qualquer área de serviço/atendimento da instituição, que trabalhavam na instituição na época da certificação e os que estarão no período da coleta de dados. Este estudo tem o propósito de utilizar as informações das vantagens e desvantagens do processo de implantação da acreditação, garantindo o anonimato dos participantes.

Houve também, uma visita ao setor da qualidade, recursos humanos e departamento de pessoal para buscar informações quanto ao histórico e o processo de acreditação na instituição.

A partir desse método de estudo, buscou-se a compreensão do processo de acreditação, por meio das falas e relatos da satisfação dos profissionais de saúde do hospital privado.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

5.1 Distribuição da amostra segundo cargo/função ocupado.

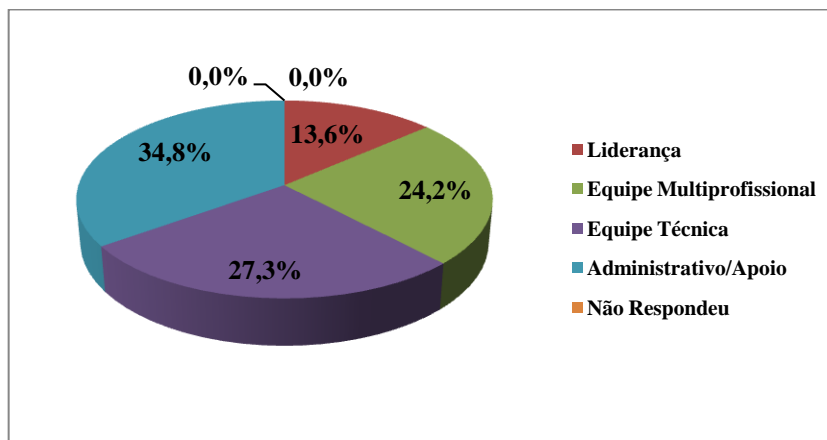


Gráfico 1: Cargo/Função ocupado.

Segundo Feldman; Gatto e Cunha, (2004 apud Quinto Neto 2000), o processo de acreditação precisa da participação de toda equipe, sejam administradores, técnicos, enfermeiros, médicos, ultrapassando as barreiras hierárquicas para atender a meta de melhoria dos procedimentos e processos que devem ser executados com toda habilidade, presteza e segurança.

Integra esta pesquisa uma amostra de 198 profissionais de saúde do hospital privado. As respostas obtidas, em todas as categorias do estudo, foram padronizadas em 04 subcategorias composta, em termos de tamanho, por 34,8% (69) na área administrativo/apoio (recepcionistas, assistentes, auxiliares, maqueiros, porteiros, aprendizes, almoxarifes e compradores), 27,3% (54) na equipe técnica (técnicos em enfermagem, técnicos em informática, técnicos em segurança do trabalho, técnicos em radiologia, técnicos em laboratório, técnicos patologista, analistas), 24,2% (48) equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, biomédicos e psicólogos) e 13,6% (27) no cargo liderança (diretores, gerentes e coordenadores).

5.2 Distribuição da amostra segundo gênero.

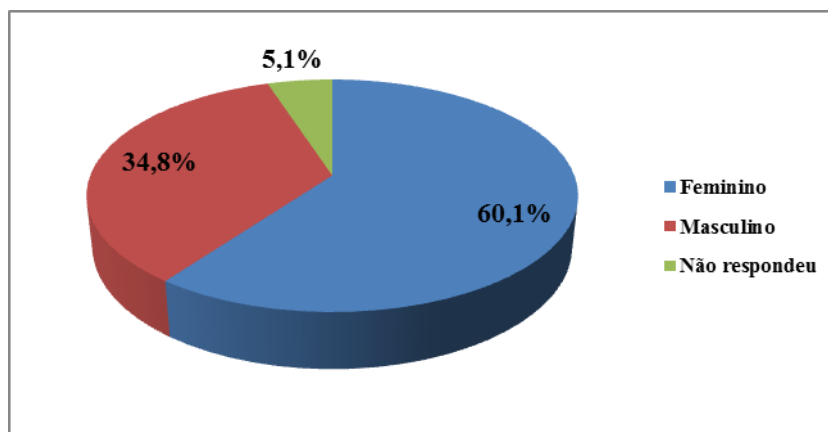


Gráfico 2: Gênero.

“Em tempos passados, era o homem que dominava os lares, e as mulheres não podiam sequer, pensar em ganhar dinheiro. Hoje, esse paradigma não é mais o mesmo. Há um grande número de mulheres que deixaram de ser apenas esposas, donas de casa e mães, ampliando seu espaço na economia nacional e provando de forma brilhante suas competências e habilidades no mercado de trabalho. Essa mudança é lenta, porém, as conquistas são constantes e progressivas”. (ASSIS, 2012, p. 3).

Com o levantamento realizado constatou-se que o contingente de colaboradores do sexo feminino foi superior em relação ao gênero masculino, obtendo nesta amostragem 60,1% (119) mulheres, chegando somente a 34,8% (69) de homens e 5,1% (12) profissionais não responderam ao questionamento.

O resultado demonstra a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, estando em predomínio em todas as subcategorias do referido estudo: 22,2% (44) administrativo/apoio, 17,7% (35) equipe técnica, 12,6% (25) equipe multiprofissional e 6% (15) liderança.

Assis (2012) discorre ainda, que atualmente há muitas mulheres inseridas no mercado de trabalho como colaboradoras, mas, também, grande quantidade exercendo o papel de líder. Citação esta que é ratificada no referido estudo.

5.3 Distribuição da amostra segundo tempo de vínculo com a instituição.

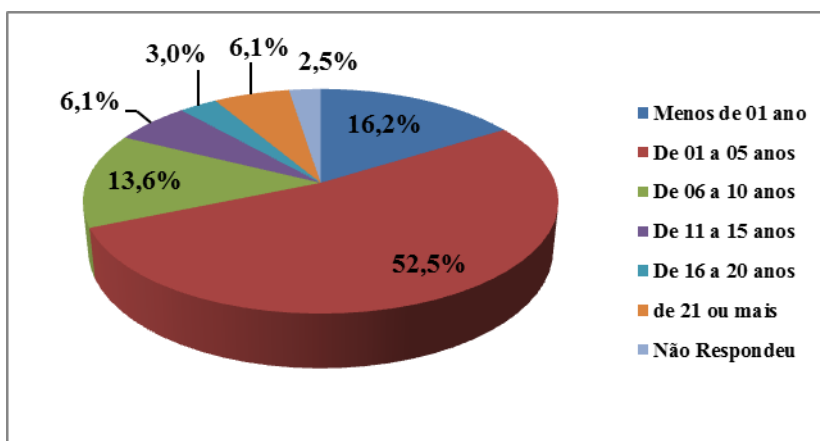


Gráfico 3: Tempo de vínculo com a instituição.

Vilhena (2013), afirma que a inclusão de mais políticas de valorização do trabalhador adotadas pelas empresas promove a permanência no mesmo emprego por em média 6 anos e meio. Conforme o IBGE (2010), a média ficava em torno de 5 anos e meio; alguns anos atrás era comum encontrar funcionários com 20, 30 anos de casa.

Segundo IBGE (2010), não é tão comum encontrar colaboradores acima de 21 anos nas empresas, o gráfico acima confirma essa realidade, pois demonstra que o tempo de vínculo predominante na instituição é “de 01 a 05 anos” com 52,5% (104). Sendo que a maioria dos profissionais está inserida na subcategoria administrativo/apoio representando 39,4% (41).

Para Mezzomo (2001), em um processo de melhoria da qualidade deve-se pensar em um sistema de recompensas e de reconhecimento dos esforços das pessoas que contribuem com o serviço de excelência. Os atos de esforço estimulam e motivam as pessoas quando devidamente recompensados, renovando o compromisso com a qualidade e com a excelência dos serviços prestados.

O hospital privado oferece diversos benefícios, como: cesta básica, uniforme, auxílio faculdade, auxílio creche, plano de cargo carreira e salário, plano de saúde (co-participação), vale refeição, lanche, atendimento gratuito e etc., mesmo com estes benefícios ofertados ainda ocorre turno ver devido competição com o serviço público em termos salários.

5.4 Distribuição da amostra segundo horário de trabalho.

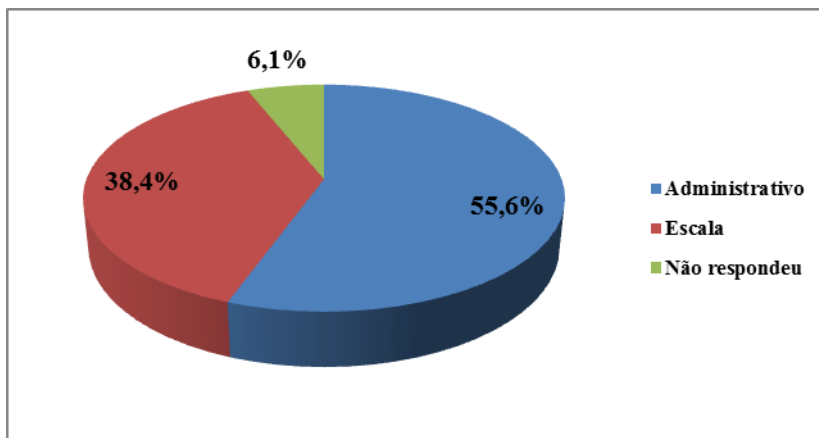


Gráfico 4: Horário de trabalho.

Dos profissionais de saúde entrevistados podemos observar que a variante da jornada de trabalho que predomina foi administrativa que compreendeu 55,6% (110) e a carga horária de escala foi de 38,4% (76).

Os dados demonstram que o contingente de colaboradores que trabalham em horário administrativo representam 27,8% (55) a subcategoria administrativo/apoio, 11,6% (23) a liderança, 8,6% (17) equipe multiprofissional e 7,6% (15) equipe técnica. Obtendo nesta amostragem no esquema de escala, 17,7% (35) equipe técnica, 14,6% (29) equipe multiprofissional, 5,1% (10) administrativo/apoio e 1% (2) liderança. No resultado global 6,1% (12) dos entrevistados preferiram não responder.

5.5 Qual o grau de satisfação com a implantação da acreditação nas rotinas de trabalho?

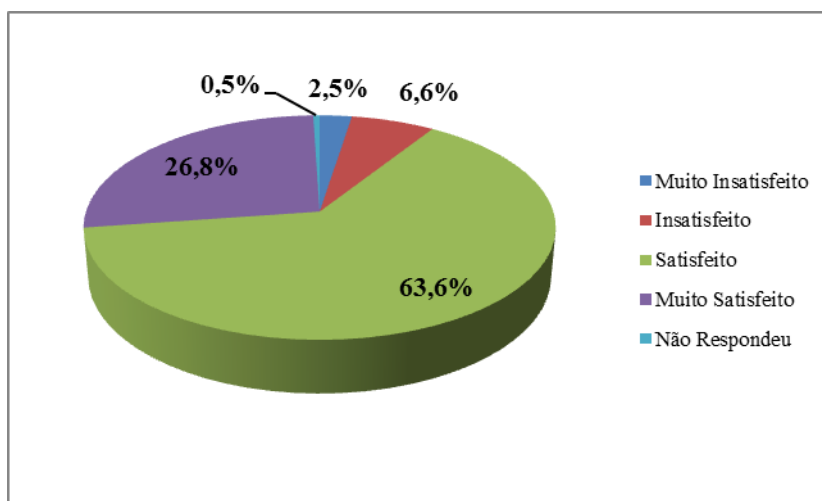


Gráfico 5: Satisfação com a implantação da acreditação.

“A nova filosofia de administração centrada na busca de melhorias privilegia o trabalho em equipe, a manutenção das pessoas nas empresas, o respeito e o valor de quem produz, crescendo assim, a consciência de que os profissionais são o cerne da gestão da qualidade, ao passo que sem eles não é possível atender às expectativas e necessidades dos clientes que estão cada vez mais exigentes”. (MEZOMO, 2001, p. 301).

Os sujeitos da pesquisa demonstram que 63,7% (126) estão “satisfeitos” com os impactos positivos da acreditação hospitalar, inseridos nas seguintes categorias: 25,8% (51) administrativo/apoio, 17,7% (35) equipe multiprofissional, 13,6% (27) equipe técnica e 6,6% (13) liderança. Comparando ao tempo de vínculo com a instituição, destaca-se que 24 profissionais estão “menos de 1 ano”, 64 “de 1 a 5 anos”, 15 “de 6 a 10 anos”, 7 “de 11 a 15 anos”, 7 “de 16 a 20 anos” e 8 “de 21 ou mais”.

A percepção dos profissionais destacou 26,8% (53) para a variável “muito satisfeito” incluindo os seguintes resultados: 8,6% (17) equipe multiprofissional, 7,1% (14) liderança, 6,6% (13) administrativo/apoio e 4,5% (9) equipe técnica. Correlacionando ao tempo de vínculo com a instituição, observa-se que 6 profissionais estão “menos de 1 ano”, 29 “de 1 a 5 anos”, 11 “de 6 a 10 anos”, 4 “de 11 a 15 anos”, 2 “de 16 a 20 anos” e 1 “de 21 ou mais”.

Somando-se os itens “muito insatisfeito” e “insatisfeito” temos o total de 9,1% (18) dos profissionais que não estão de acordo com a implantação da acreditação, os mesmos estão inseridos nas seguintes subcategorias: 4,5% (9) equipe técnica, 2,5% (5) administrativo/apoio, 2,1% (4) equipe multiprofissional. Confrontando ao tempo de vínculo com a instituição nota-

se que 2 profissionais estão “menos de 1 ano”, 11 “de 1 a 5 anos”, 1 “de 6 a 10 anos”, 1 “de 11 a 15 anos”, 1 “de 16 a 20 anos” e 2 “de 21 ou mais”. É importante ressaltar que esses profissionais destacaram que a metodologia implantada pela instituição tornou as rotinas de trabalho burocráticas.

Após avaliação dos questionários de pesquisa, observa-se que a afirmação de Mezomo (2001), é ratificada no referido estudo, haja vista, quantitativo elevado de profissionais que estão envolvidos com a gestão da qualidade. Para eles, não é possível atender às expectativas e necessidades dos clientes - que estão cada vez mais exigentes - se o hospital não tiver o selo de acreditação.

5.6 Qual o grau de satisfação com o controle da qualidade através da acreditação?

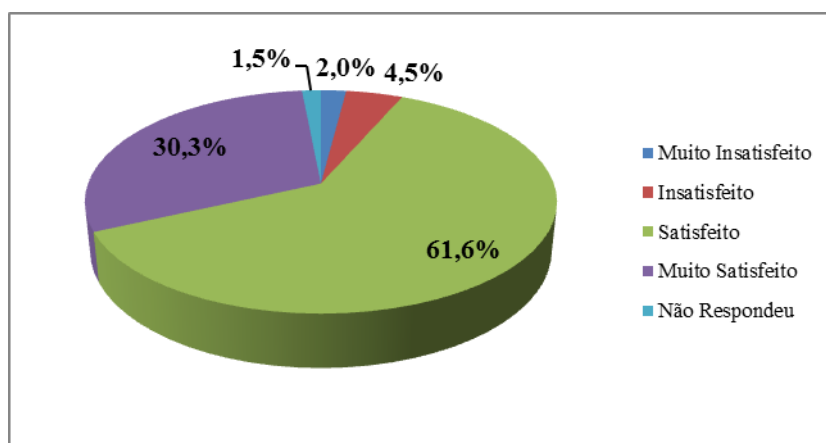


Gráfico 6: Satisfação com o controle da qualidade através da acreditação.

Paganini (2001) identifica quatro estratégias-chave para a implementação positiva em relação à qualidade, estas dizem respeito à formação, autoavaliação, participação e gestão estratégica global. Essas estratégias integraram esforços para o desenvolvimento da qualidade e eficiência em sistemas e serviços de saúde.

Segundo Burmester (2009), o controle da qualidade envolve monitorar os resultados específicos do processo, para determinar se eles estão de acordo com os padrões de qualidade relevantes e identificar as formas para eliminar as não conformidades.

Este controle é realizado pelo Setor da Qualidade da organização. De acordo com Couto e Pedrosa (2007), o Setor da Qualidade de um hospital tem grande relevância, pois o mesmo é responsável pela integração, coordenação e comunicação entre os diversos setores e comissões do hospital, além de analisar, catalisar e oferecer os instrumentos de gestão da qualidade.

Neste quesito podemos destacar algumas ferramentas de controle e acompanhamento aplicadas pelo setor da qualidade: auditoria clínica, auditoria de processos, acompanhamento do trajeto do paciente na instituição e evidência do cumprimento de protocolos, os indicadores, itens de controle, gerenciamento de protocolos, monitoramento dos procedimentos prestados pela equipe multidisciplinar, além da integração entre processos assistenciais, de apoio e entre membros da equipe.

Do total da amostra 61,6% (122) estão “satisfeitos” com o controle da qualidade através da acreditação nas suas atividades, como podemos observar: 24,2% (48) do grupo administrativo/apoio, 17,7% (35) equipe técnica, 12,6% (25) equipe multiprofissional e 7,1% (14) grupo liderança. Confrontando ao tempo de vínculo com a instituição, nota-se que 24 profissionais estão “menos de 1 ano”, 62 “de 1 a 5 anos”, 16 “de 6 a 10 anos”, 9 “de 11 a 15 anos”, 3 “de 16 a 20 anos” e 6 “de 21 ou mais”.

A variável “muito satisfeito” compreende 30,3% (60) do total da amostra, compreendendo os seguintes resultados: 8,6% (17) equipe multiprofissional, 8,1% (16) administrativo/apoio, 7,1% (14) equipe técnica e 6,6% (13) liderança. Comparando ao tempo de vínculo com a instituição, analisa-se que 6 profissionais estão “menos de 1 ano”, 33 “de 1 a 5 anos”, 10 “de 6 a 10 anos”, 3 “de 11 a 15 anos” e 3 “de 16 a 20 anos” e 1 “de 21 ou mais”.

A percepção “muito insatisfeito” e “insatisfeito” totaliza 6% (13) do resultado, inseridos nos seguintes grupos: 2,5% (5) profissionais da equipe multiprofissional, 2,5% (5) equipe técnica e 1% (3) administrativo/apoio. Correlacionando ao tempo de vínculo com a instituição, observa-se que 2 profissionais tem “menos de 1 ano”, 7 “de 1 a 5 anos”, 1 “de 6 a 10 anos” e 3 “de 21 ou mais”.

5.7 Qual o grau de satisfação com a padronização de documentos utilizados no processo de acreditação?

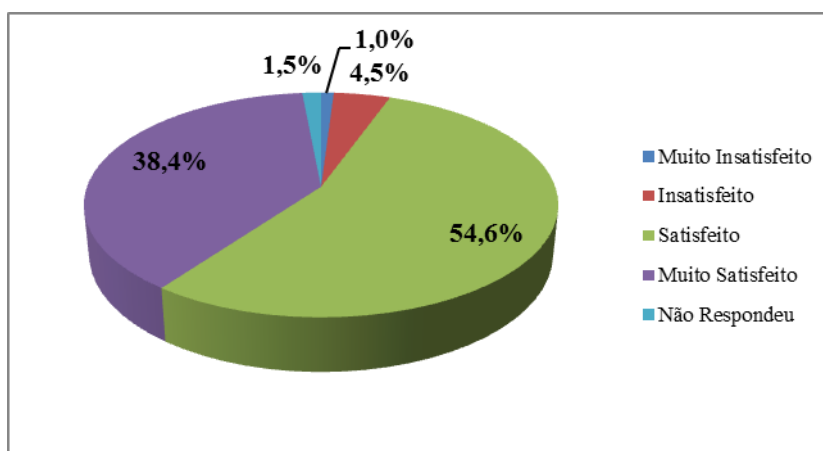


Gráfico 7: Satisfação com a padronização de documentos utilizados no processo de acreditação.

“A padronização dos processos de avaliação vem ao longo dos anos evoluindo e aprimorando a identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais significativos para os vários serviços hospitalares”. (FELDMAN; GATTO e CUNHA, 2004, p. 218).

Segundo Filho; Montenegro e Barragão (2012), os primeiros passos referentes à padronização dos serviços em relação à assistência prestada ao paciente surgiram em 1910 com o médico-cirurgião norte-americano Ernest Codman, o qual formulou mecanismo da avaliação de pacientes cirúrgicos.

Segundo Paganini (1993), a criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade, pois proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável.

Os documentos normativos que definem as atividades da instituição, sejam estes de origem interna e externa, devem ter suas áreas de aplicação e validade gerenciadas pelo Sistema de Gestão da Qualidade, tais documentos serão continuamente analisados criticamente com foco na comunicação e otimização de recursos.

Em 2009 com a criação do setor da qualidade foram realizadas orientações para formatação de documentos. Foram padronizados 489 instrumentos, sendo eles: 257 cópias controladas e 232 cópias não controladas; além de 80 indicadores para tomada de decisão da alta administração; 138 itens de controle para monitorar os processos de trabalhos; como

também os macroprocessos, regimentos internos, rotinas, protocolos, manuais, planos de melhoria e etc., para facilitar o fluxo das informações entre os setores.

Em relação à padronização de documentos, observa-se que a percepção de “satisfação” nas 4 categorias obteve o percentual global de 54,6% (108): 19,7% (39) administrativo/apoio, 16,7% (33) equipe técnica, 12,6% (25) equipe multiprofissional e 5,6% (11) liderança. Comparando ao tempo de vínculo com a instituição, analisa-se que 18 profissionais estão “menos de 1 ano”, 57 “de 1 a 5 anos”, 9 “de 6 a 10 anos”, 8 “de 11 a 15 anos” e 2 “de 16 a 20 anos” e 8 “de 21 ou mais”.

A variável “muito satisfeito” compreende 38,4% (76) do total da amostra, compreendendo os seguintes resultados: 13,1% (26) administrativo/apoio, 10,1% (20) equipe multiprofissional, 7,6% (15) equipe técnica e 7,6% (15) liderança. Comparando ao tempo de vínculo com a instituição, nota-se que 11 profissionais estão “menos de 1 ano”, 38 “de 1 a 5 anos”, 14 “de 6 a 10 anos”, 4 “de 11 a 15 anos”, 4 “de 16 a 20 anos” e 3 “de 21 ou mais”.

A percepção “muito insatisfeito” e “insatisfeito” totaliza 5,5% (11) do resultado, inserido nos seguintes grupos: 2,5% (5) equipe técnica, 1,5% (3) administrativo/apoio, 1% (2) equipe multiprofissional e 0,5% (1) liderança. Correlacionando ao tempo de vínculo com a instituição, observa-se que 1 profissional tem “menos de 1 ano”, 8 “de 1 a 5 anos”, 1 “de 6 a 10 anos” e 1 “de 21 ou mais”.

Segundo Manzo (2009), os documentos normativos que definem as atividades da instituição, sejam estes de origem interna ou externa, devem ter suas áreas de aplicação e validade gerenciadas pelo sistema de gestão da qualidade. Tais documentos serão continuamente analisados criticamente com foco na comunicação e otimização de recursos. Nota-se com esta afirmação, que os sujeitos da pesquisa demonstraram que estão “satisfeitos” com o gerenciamento de documentos realizado pelo setor da qualidade.

5.8 Qual o grau de satisfação com o fluxo das informações entre setores?

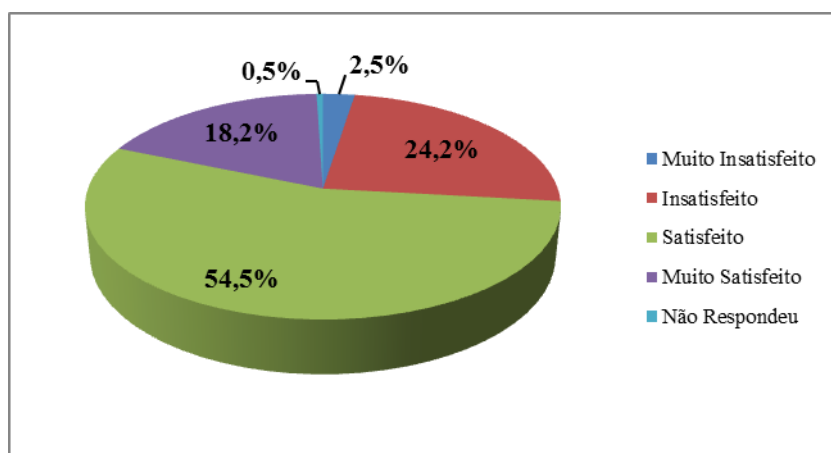


Gráfico 8: Satisfação entre os setores.

“A acreditação é um procedimento de avaliação da qualidade que estipula padrões mínimos para garantir a satisfação do cliente. Esse processo é constituído pela organização e padronização dos recursos e atividades”. (LUONGO, 2011, p. 215).

Segundo Pinho; Leal e Almeida (2005 apud Fagundes, 2006) as organizações almejam continuamente a redução e eliminação das falhas que são inerentes aos seus produtos ou serviços. Em várias ocasiões, a redução de falhas está ligada com a vantagem competitiva, ou seja, quanto mais isentos de falhas forem os produtos e serviços que determinada empresa é capaz de fornecer ao cliente final, maior admiração terá destes mesmos clientes.

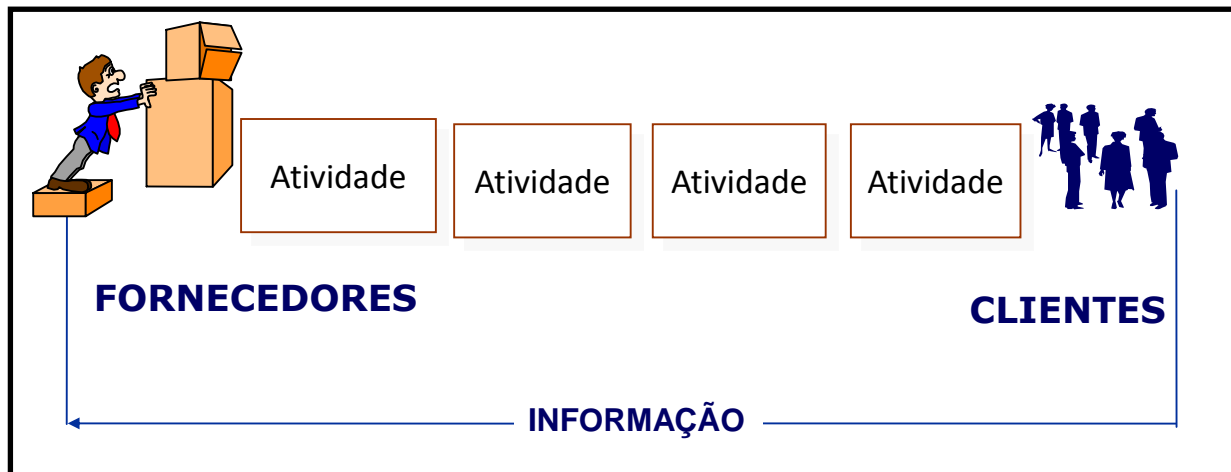
Segundo Burmester (1997), avaliar a qualidade envolve juízos de valor sobre os resultados dos procedimentos técnicos e administrativos. É importante compreender que tais decisões não podem ser baseadas em preferências pessoais subjetivas, mas deve relacionar-se com os padrões estabelecidos de forma objetiva e com antecedência.

O início da implantação do processo de acreditação no hospital privado, deu-se com a elaboração pelos gestores de cada área, do mapeamento do processo definindo seus fornecedores, processos, produtos, negócios, indicadores e/ou itens de controle e os clientes, conforme figura 4, e só depois construíram os procedimentos administrativos (503) e técnicos (176), mas conhecidos como POP's.

Um ponto forte para incentivar as gerências na busca da resolução das não conformidades e para formalizar um momento de acompanhamento da direção e do setor da qualidade, é realizado a apresentação do plano de ação de cada setor pela gerência. Observou-

se um grande avanço na adesão ao processo quando cada liderança passou a apresentar seu setor para os demais colegas.

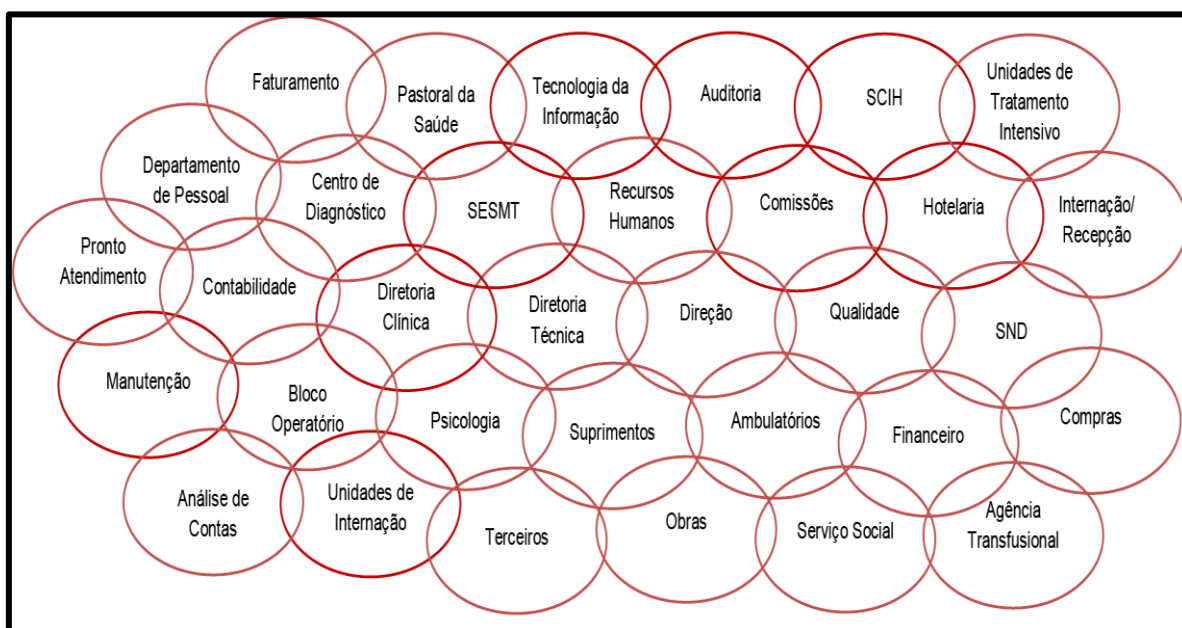
Figura 4: Fluxo do Macroprocesso.



Fonte: Fonte Hospital Privado, adaptado pela autora.

Outro ponto identificado durante a pesquisa foi que com a implantação da gestão da qualidade houve o desenvolvimento de todas as áreas da instituição, contribuindo para uma visão sistêmica e evitando o surgimento de ilhas de excelência, e uma eficácia na comunicação entre as equipes, conforme a figura 5 a seguir:

Figura 5: Estrutura de Processos.



Fonte: Hospital Privado – Setor da Qualidade.

Além dessas construções citadas anteriormente, sentiu-se a necessidade de definir entre as áreas, interações entre os processos através da utilização do impresso denominado pela instituição de contrato de negociação.

Essa metodologia tem como finalidade, fechar acordos entre as áreas referentes às rotinas de trabalho. A mesma é utilizada desde 2010 e a instituição firmou as seguintes interações entre processos, conforme informações repassadas pelo setor da qualidade: 2010: 50 contratos, 2011: 29 contratos e 2012: 32 contratos, visto que os mesmos apresentaram um impacto positivo no fluxo de informações entre os setores.

Diante do exposto os profissionais de saúde demonstram que estão “satisfeitos” com o fluxo das informações entre os setores, correspondendo o total de 54,5% (108), subdividido em: 19,7% (39) administrativo/apoio; 16,2% (32) equipe técnica, 9,6% (19) liderança e 9,1% (18) equipe multiprofissional.

O total de “muito insatisfeito” e “insatisfeito” foi maior do que o grau de “muito satisfeito”, representando 26,7% (53) do resultado entre os seguintes grupos: 9,6% (19) administrativo/apoio, 9,1% (18) equipe multiprofissional, 6,1% (12) equipe técnica e 2% (4) liderança. Correlacionando ao tempo de vínculo com a instituição, observa-se que 8 profissionais tem “menos de 1 ano”, 27 “de 1 a 5 anos”, 10 “de 6 a 10 anos”, 1 “de 11 a 15 anos” e 5 “de 21 ou mais”. A insatisfação se dá, no ponto de vista dos entrevistados, devido à falha de comunicação entre os setores, tornando em alguns momentos o processo burocrático.

Ressaltado ainda que, as maiores diferenças observadas e sentidas foram à necessidade de integração da equipe multiprofissional e a importância do trabalho multidisciplinar, principalmente o que se refere à participação dos membros do corpo clínico.

5.9 Qual o grau de satisfação com a certificação conquistada pela instituição?

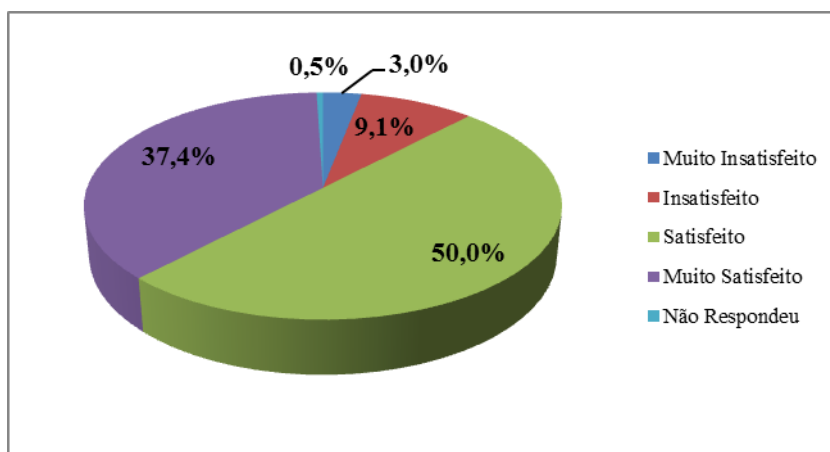


Gráfico 9: Satisfação com a certificação conquistada pela instituição.

A ONA realizou uma pesquisa de satisfação entre as organizações certificadas em 2012, com o objetivo de saber qual é a percepção dos clientes certificados em relação ao processo de acreditação. “Seus resultados serão utilizados para a melhoria do Sistema Brasileiro de Acreditação. Ao final, a pesquisa de satisfação indicou que 33,3% dos participantes consideraram bom o processo de certificação, enquanto 64,4% classificaram como excelente e 2,2% preferiram não responder”. (ONA 2013).

O hospital privado aderiu ao processo de Acreditação Hospitalar em 2007, com o objetivo de aprimorar os procedimentos médicos e administrativos, visando um atendimento de segurança ao paciente.

Observa-se que na soma das percepções “muito satisfeito” e “satisfeito” os profissionais de saúde indicaram que 87,4% (173) estão de acordo com a conquista da certificação, dividido nas seguintes subcategorias: 31,3% (62) administrativo/apoio, 21,2% (42) equipe técnica, 22,2% (44) equipe multiprofissional e 12,7% (25) liderança. Comparando estes resultados com o tempo de vínculo com a instituição, observa-se que 13 profissionais tem “menos de 1 ano”, 33 “de 1 a 5 anos”, 15 “de 6 a 10 anos”, 4 “de 11 a 15 anos”, 4 “de 16 a 20 anos” e 3 “de 21 ou mais”. Este resultado não fica atrás do quantitativo nacional realizado pela ONA sobre a satisfação com o processo de acreditação.

É importante ressaltar que 87,4% (173) dos entrevistados afirmaram que o processo de acreditação modificou positivamente a instituição e entre os principais resultados obtidos pelos entrevistados com o processo de certificação pela metodologia ONA estão: aumento na qualidade do atendimento e da segurança aos pacientes; conscientização sobre a importância

da notificação das intercorrências; educação continuada e melhoria contínua; segurança nos processos; visão sistêmica e grande melhoria nos processos gerenciais/administrativos, com maior envolvimento das lideranças e equipes operacionais.

Representando a somatória de 12,1% (24) “muito insatisfeito” e “insatisfeito” com o processo de acreditação, distribuído nas seguintes subcategorias: 5,5% (11) equipe administrativo, 3,5% (7) administrativo/apoio, 1,9% (4) equipe multiprofissional e 1% (2) liderança. Correlacionando estes resultados com o tempo de vínculo com a instituição, nota-se que 1 profissional tem “menos de 1 ano”, 14 “de 1 a 5 anos”, 3 “de 6 a 10 anos”, 1 “de 11 a 15 anos”, 1 “de 16 a 20 anos” e 3 “de 21 ou mais”.

5.10 Qual o grau de satisfação com a opção de a instituição buscar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA?

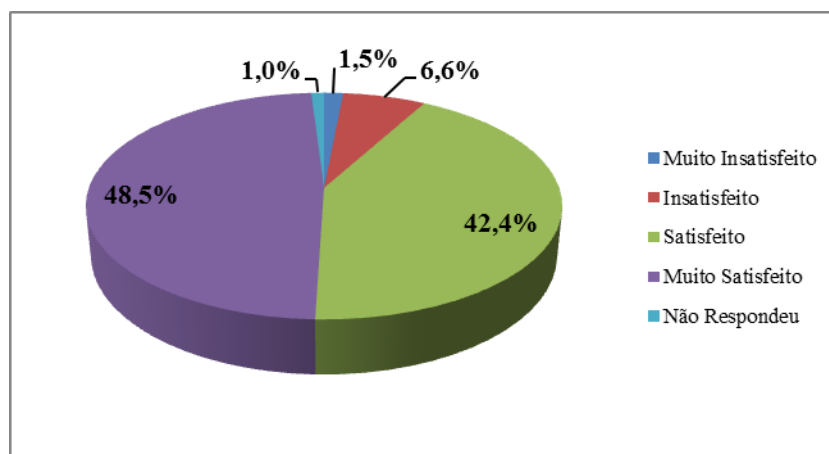


Gráfico 10: Satisfação com a opção de a instituição buscar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA.

Filho; Montenegro e Barragão (2012) afirmam que a acreditação é uma certificação de qualidade dada as OPSS. Toda sua forma de avaliação e padronização dos processos está pautada nos padrões pré-estabelecidos pela OMS e ANVISA.

A iniciativa por buscar a certificação partiu da organização de saúde em dezembro de 2007, sendo que a mesma recebeu o selo em agosto de 2012. A certificadora escolhida pelo hospital privado foi o IQG, instituição esta, credenciada para avaliação e acreditação através da metodologia ONA.

Os 90,1% (180) que responderam “satisfeito” e “muito satisfeito” com a instituição optar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA estão distribuídos nos seguintes grupos: 32,4% (64) administrativo/apoio, 23,3% (46) equipe técnica, 22,8% (45)

equipe multiprofissional e 12,6% (25) liderança. Estes profissionais afirmaram que o processo de acreditação modificou positivamente a organização, a qualificação dos gestores, o alinhamento do processo e a implantação da gestão de riscos; mudança nas instalações e procedimentos, bem como adequação das estruturas para atender o manual.

Os 8,1% (16) representam a somatória das variáveis “muito insatisfeito” e “insatisfeito”, distribuído nas seguintes subcategorias: 3,5% (7) equipe técnica, 2,5% (5) equipe administrativo, 1,5% (3) equipe multiprofissional e 0,5% (1) liderança. Comparando estes resultados com o tempo de vínculo com a instituição, observa-se que 3 profissionais tem “menos de 1 ano”, 8 “de 1 a 5 anos”, 2 “de 6 a 10 anos”, 1 “de 11 a 15 anos” e 2 “de 21 ou mais”.

5.11 Gostaria de ser atendido em um hospital acreditado?

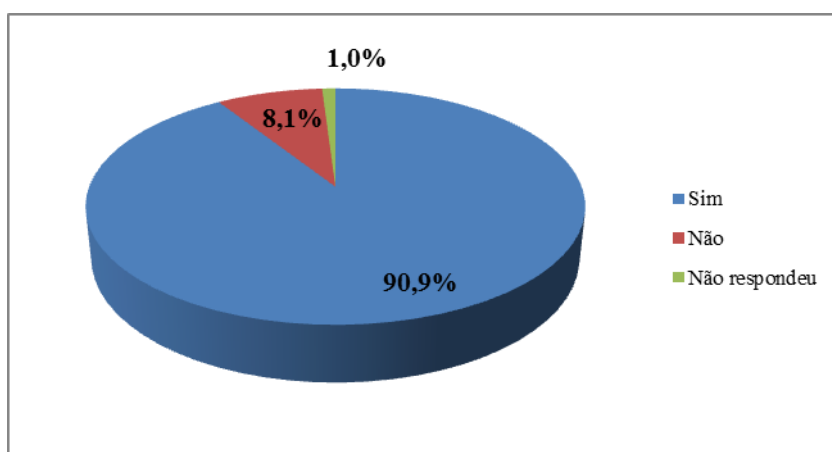


Gráfico 11: Gostaria de ser atendido em um hospital acreditado?

Em Macapá, o hospital privado é o único acreditado pela ONA, conquista que prova a segurança dos procedimentos assistenciais, do atendimento humanizado, da capacitação da equipe multidisciplinar e dos constantes investimentos realizados em processos e infraestrutura.

Com a acreditação, o paciente tem a garantia de estar sendo atendido por um hospital que atua na melhoria contínua da assistência prestada e que investe em tecnologia, estrutura física e no treinamento de seus profissionais, entre outros benefícios, que vão do momento da internação à alta hospitalar.

No que diz respeito à percepção dos profissionais de saúde, observa-se que os mesmos gostariam de ser atendidos em um hospital acreditado, correspondendo 90,9% (180),

distribuídos nas seguintes funções: 32,3% (64) administrativo/apoio, 23,7% (47) equipe técnica, 21,7% (43) equipe multiprofissional e 13,2% (26) liderança.

Os participantes destacaram que um hospital acreditado oferece segurança nos seus atendimentos, busca maior eficiência e efetividade no atendimento, abordagem centrada no processo do cuidado com o paciente. Ainda relataram que o hospital privado desde sua porta de entrada esta preocupado com a segurança do paciente, pois é oferecido um serviço de acolhimento (classificação de riscos por cores) no pronto atendimento, gerenciamento de riscos, protocolo de cirurgia segura, protocolos mínimos de segurança, entre outros serviços com o foco na segurança dos pacientes e boas práticas de atendimento.

Observa-se que no decorrer da avaliação dos questionários o termo “segurança” foi destacado em vários momentos. Atribuímos estas colocações devido ao gerenciamento e mapeamento dos riscos em todos os setores. A instituição adota a avaliação de risco do paciente no momento de sua admissão e a cada 48 horas de internação. São monitorados os riscos assistenciais (flebite, queda, úlcera por pressão, broncoaspiração, infecção hospitalar, raptos de RN, alergia e etc.), nutricional, psicológico e social.

A maior importância desse gerenciamento está na proposta de ações para melhorar os processos, prevenindo as ocorrências e dano aos clientes.

5.12 A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço hospitalar de qualidade? Justifique sua resposta.

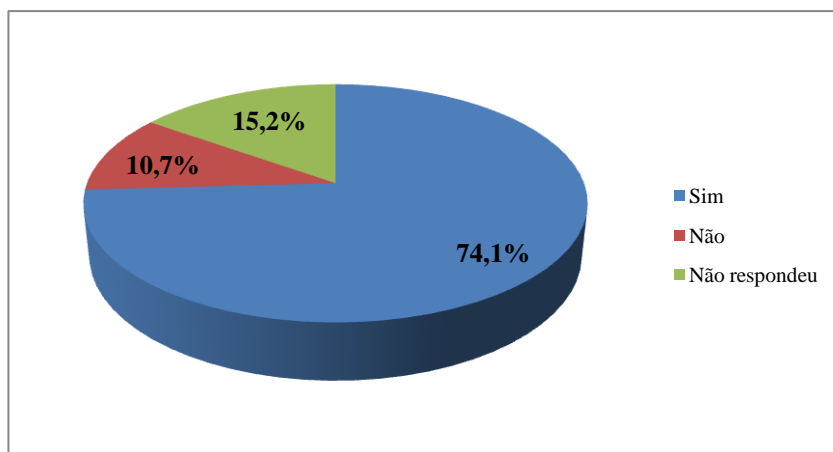


Gráfico 12: A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço hospitalar de qualidade?

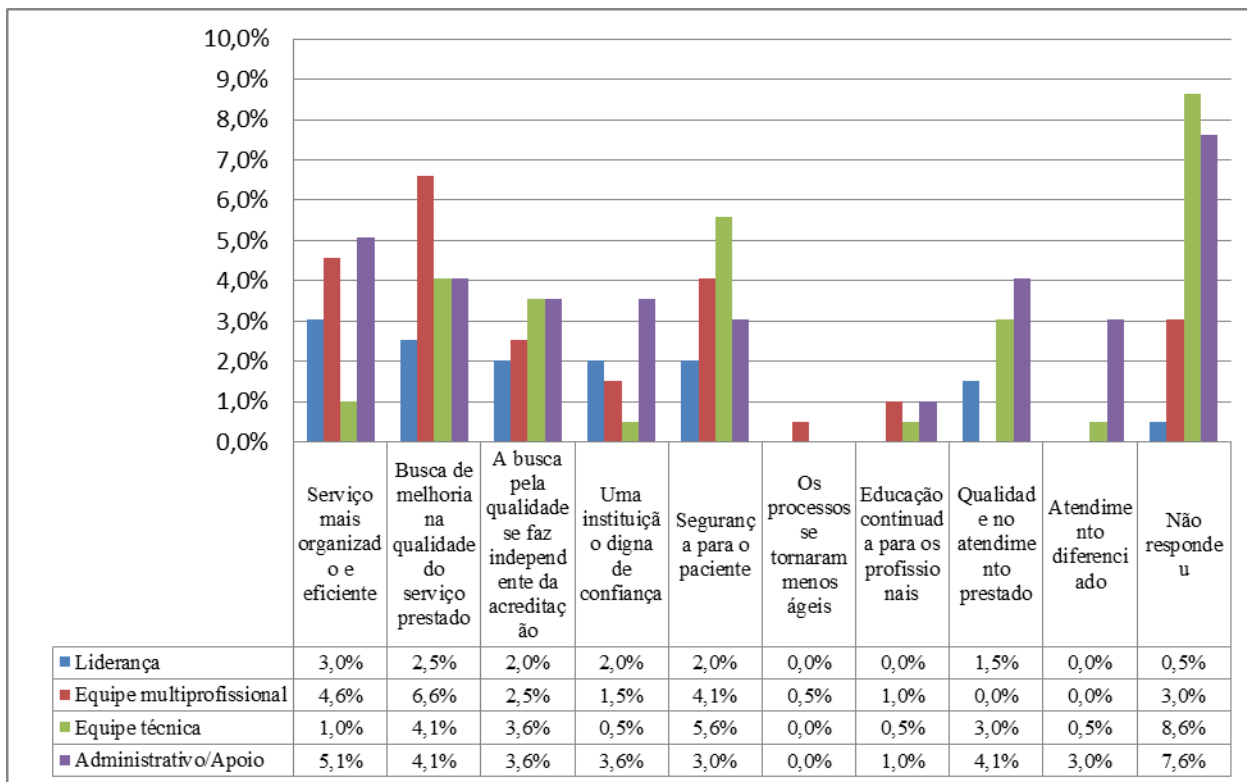


Gráfico 12.1: Justifique sua resposta.

Segundo Massa (2013), com o crescimento na área de saúde os hospitais necessitavam de ferramentas para torná-los competitivos. Uma das ferramentas utilizadas no mercado atualmente é a acreditação. Essa mesma autora afirma que o objetivo principal da acreditação é melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes, proporcionando um ambiente livre de riscos para todos aqueles que circulam na instituição.

Observa-se que os resultados obtidos nesta pergunta confirmam a citação acima. Entre os participantes 74,1% (146) afirmaram que a acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço hospitalar de qualidade, ilustrado no gráfico 12: 25,8% (51) administrativo/apoio, 18,3% (36) equipe multiprofissional, 18,3% (36) equipe técnica e 11,7% (23) liderança. Sendo que 10,6% (21) considera que para oferecer um serviço de qualidade não precisa ter a certificação hospitalar e 15,2% (31) preferiram não responder.

Os sujeitos expõem suas opiniões de forma espontânea e reflexiva, como ilustrado no gráfico 12.1, quando questionados sobre “acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço hospitalar de qualidade? Justifique sua resposta”. Foram agrupadas e somadas para melhor entendimento às respostas que se coincidem, ao total tivemos 10 respostas.

Manzo (2009 apud Adami, 2006) salienta que, tendo em vista a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população, é necessário adotar um

sistema de avaliação contínua e sistematizado para dinamizar progressivamente a qualidade dos serviços prestados. Tal situação é confirmada nas respostas obtidas no gráfico 12.1 e apresentadas de forma crescente às 3 primeiras variáveis com o percentual maior:

Representando 17,3% (34) das respostas “busca de melhoria na qualidade do serviço prestado” correspondendo: 6,6% (13) equipe multiprofissional, 4,1% (8) equipe técnica, 4,1% (8) administrativo/apoio e 2,5% (5) liderança.

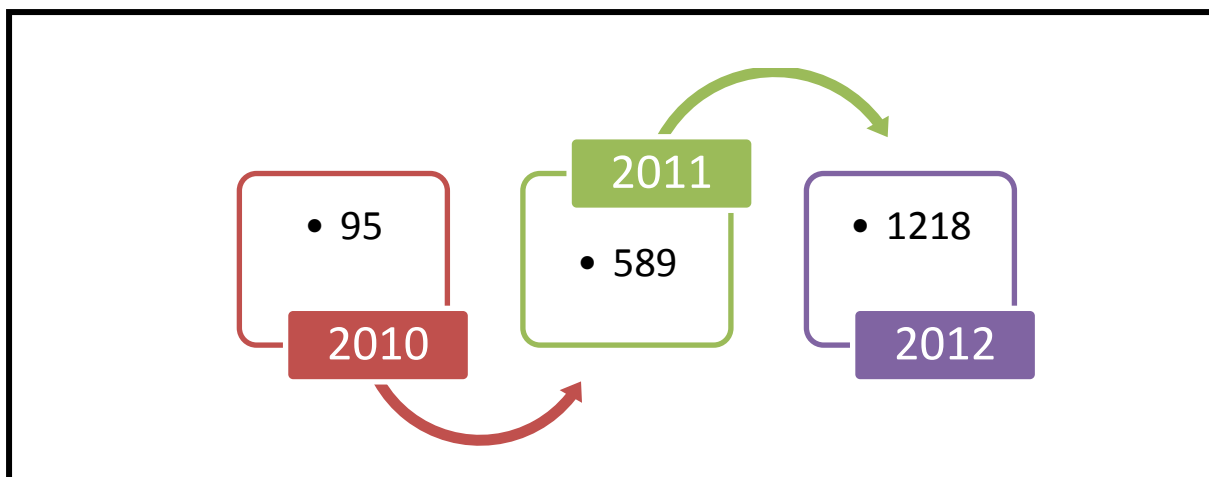
O depoimento referente à “segurança do paciente” representa 14,7% (29), correspondendo: 5,6% (11) equipe técnica, 4,1% (8) equipe multiprofissional, 3,1% (6) administrativo/apoio e 1,9% (4) liderança.

O reconhecimento dos entrevistados referente “o serviço mais organizado e eficiente” concebe 13,7% (27) correspondendo: 5,1% (10) administrativo/apoio, 4,6% (9) equipe multiprofissional, 3% (6) liderança e 1% (2) equipe técnica.

É importante ressaltar que também foi relatado que “a busca pela qualidade se faz independente da acreditação hospitalar” representando 11,7% (23) das respostas, correspondendo: 3,6% (7) equipe técnica, 3,6% (7) administrativo/apoio, 2,5% (5) equipe multiprofissional e 2% (4) liderança.

Nota-se que parte dos entrevistados consegue visualizar como importante o processo de acreditação na sua esfera técnica, processual e operacional. No entanto, os entrevistados sabem que a certificação não garante que as falhas possam acontecer. Elas possuem normas que funcionam como uma ação preventiva, e quando ocorre algum evento é gerada uma notificação que será analisada e imediatamente identificada à causa raiz e definida uma ação corretiva para que este tipo de falha não ocorra novamente.

Figura 6: Quantitativo de notificação de evento ano.



Fonte: Hospital Privado – Setor da Qualidade, adaptado pela autora.

5.13 Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação.

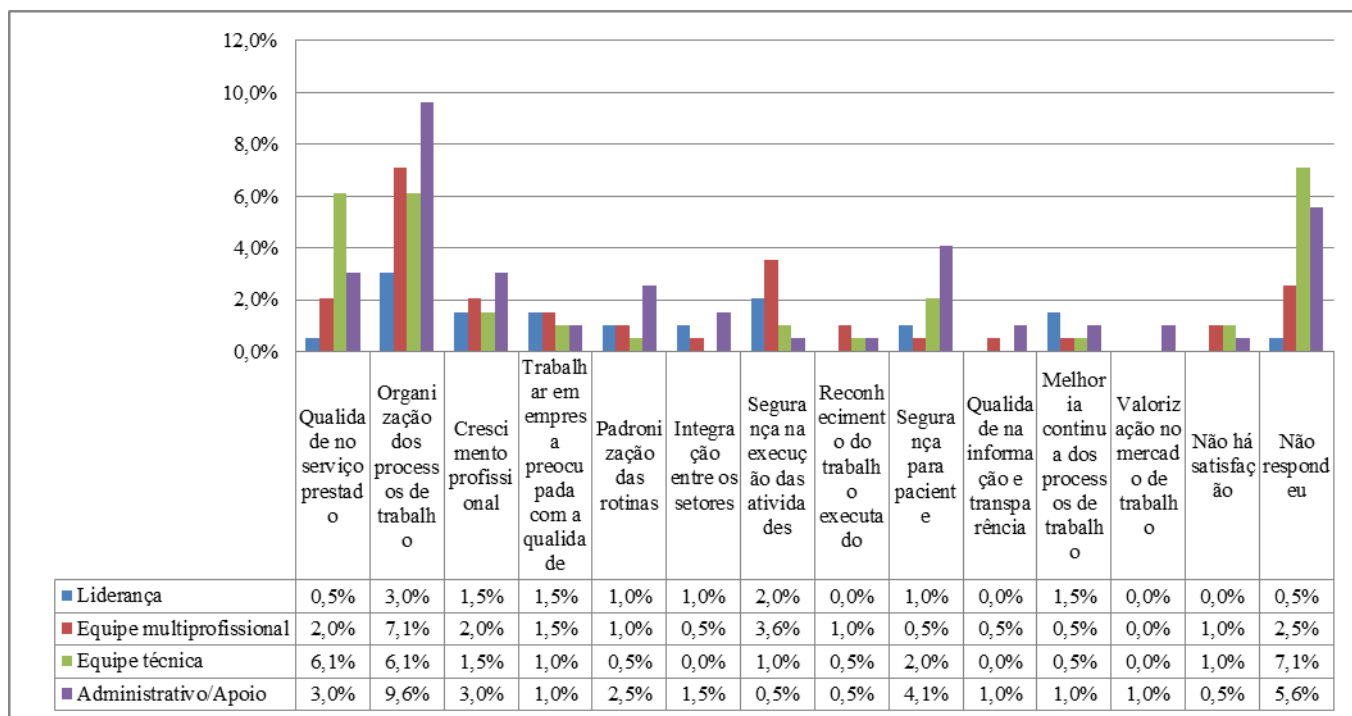


Gráfico 13: Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação.

“O processo de acreditação hospitalar acarreta importantes consequências para os clientes, para os profissionais de saúde e para o próprio hospital como prestador de serviços de saúde, tais consequências podem ser positivas ou negativas”. (MANZO, 2009, p. 48).

No que se refere à percepção positiva, observou-se que a acreditação desencadeia, nos profissionais, sentimentos de orgulho, satisfação e reconhecimento. Esses sentimentos encontram-se relacionados ao compartilhamento da responsabilidade pela conquista do título e pela valorização do hospital. Os depoimentos explicitam essa ideia:

Ao apontarem a “satisfação” com o processo de acreditação, os profissionais de saúde destacaram: qualidade no serviço prestado, organização dos processos de trabalho, crescimento profissional, trabalhar em empresa preocupada com a qualidade, padronização das rotinas, integração entre os setores, segurança na execução das atividades, reconhecimento do trabalho executado, segurança para paciente, qualidade na informação e transparência, melhoria contínua dos processos de trabalho e valorização no mercado de trabalho.

Por meio deste estudo foi possível compreender as repercussões sobre essa metodologia na perspectiva de diferentes profissionais de saúde, conforme citado

anteriormente. Foram agrupadas e somadas para melhor entendimento às respostas que se coincidem, ao total tivemos 14 respostas, conforme ilustrada no gráfico 13 e apresentadas de forma crescente às 3 primeiras variáveis com o percentual maior:

Representando 25,8% (51) das respostas “organização dos processos de trabalho” correspondendo: 9,6% (19) administrativo/apoio, 7,1% (14) equipe multiprofissional, 6,1% (12) equipe técnica e 3% (6) liderança.

O depoimento referente à “qualidade no serviço prestado” representa 11,6% (23), correspondendo: 6,1% (12) equipe técnica, 3% (6) administrativo/apoio, 2% (4) equipe multiprofissional e 0,5% (1) liderança.

O reconhecimento dos entrevistados referente “crescimento profissional” concebe 8% (16) correspondendo: 3% (6) administrativo/apoio, 2% (4) equipe multiprofissional, 1,5% (3) liderança e 1,5% (3) equipe técnica.

Deste modo, das diversas respostas colhidas em face da pergunta “cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação”, conclui-se que os profissionais dos diversos cargos consideram positivamente a atenção com a qualidade oferecida ao paciente, fortalecendo seus laços de confiança com a sociedade, numa prova irrestrita de que o hospital privado tem o interesse permanente em se fazer o melhor.

5.14 Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação.

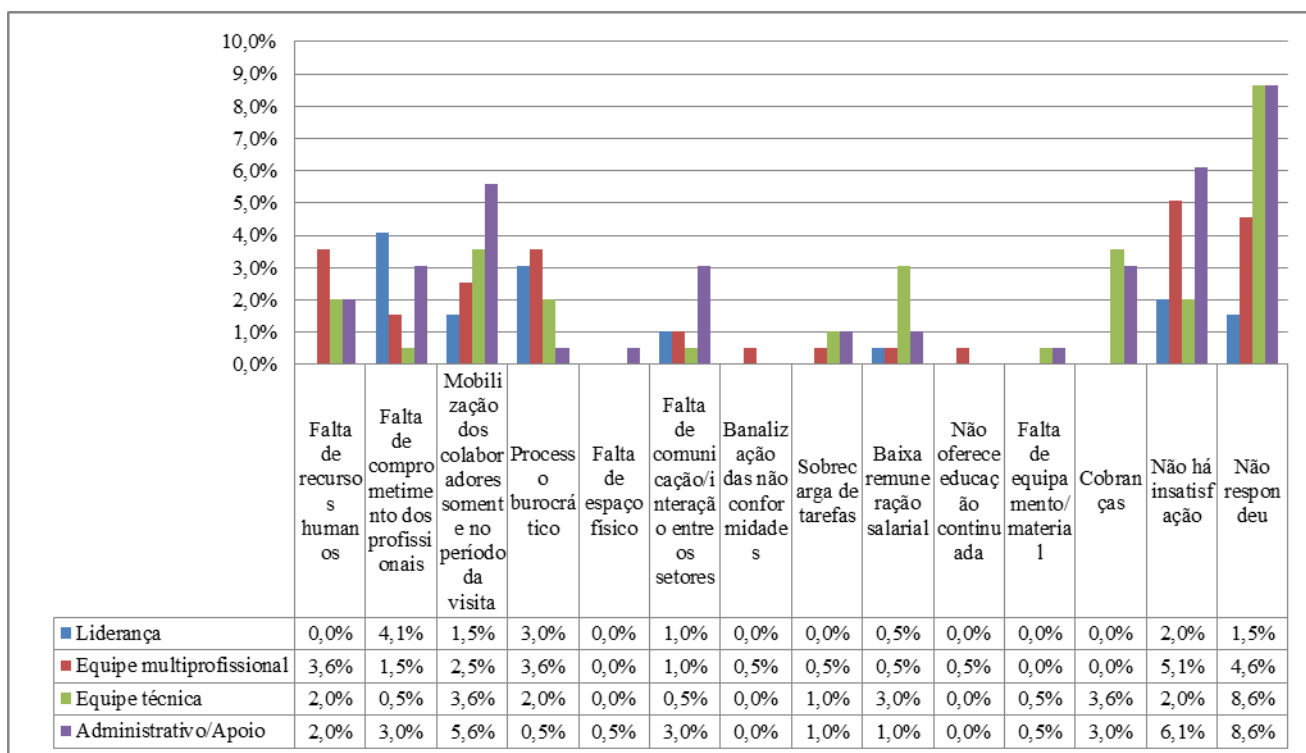


Gráfico 14: Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação.

Para Manzo (2009), há colaboradores que conseguem perceber o processo de forma positiva e outros de forma negativa, como também há profissionais que conseguem ter as duas visões. Para este mesmo autor, a insatisfação com o processo de acreditação na concepção dos profissionais de saúde está relacionada ao estresse e à cobrança, advindos das demandas impostas pelos processos de certificação, o que gera o sentimento de desmotivação, conforme ilustrado no gráfico acima.

Em relação à percepção dos aspectos negativos sobre a acreditação, os profissionais de saúde expressaram tais situações: falta de recursos humanos, falta de comprometimento dos profissionais, mobilização dos colaboradores somente no período da visita, processo burocrático, falta de espaço físico, falta de comunicação/interação entre os setores, banalização das não conformidades, sobrecarga de tarefas, baixa remuneração salarial, ausência de educação continuada, falta de equipamento/material e cobranças.

Tal situação é demonstrada no agrupamento e soma das respostas que se coincidem, ao total tivemos 14 itens, apresentados no gráfico 14 e apresentadas de forma crescente às 3 primeiras variáveis com o percentual maior.

Nota-se que os profissionais de saúde se posicionam em relação a um cenário permeado por cobrança e pressão. Para Manzo (2009), tal situação, apesar de inerente a qualquer sistema que utiliza de avaliação contínua, pode ser suavizada pelo incremento de estratégias que busquem a valorização dos sujeitos envolvidos, a fim de proporcionar uma continuidade e maior adesão à gestão da qualidade. Também merece destaque o fato de alguns colaboradores terem associado à proposta de aquisição do título com o aumento da remuneração. Tal associação encontra-se relacionada à necessidade de engajamento dos profissionais aos objetivos do hospital, ao aumento das exigências e do estresse, somados, à melhoria do atendimento decorrente da melhor capacitação, conforme observado nos resultados seguir:

Representando 13,2% (26) das respostas “mobilização dos colaboradores somente no período da visita” correspondendo: 5,6% (11) administrativo/apoio, 3,6% (7) equipe técnica, 2,5% (5) equipe multiprofissional e 1,5% (3) liderança.

No sentido de cumprir criteriosamente os requisitos do MBA, observa-se que o hospital privado produziu vários documentos, que para alguns dos entrevistados tornou o processo burocrático. A resposta referente a “processo burocrático” representa 9,1% (18), correspondendo: 3,6% (7) equipe multiprofissional, 3% (6) liderança, 2% (4) equipe técnica e 0,5% (1) administrativo/apoio.

A consideração dos entrevistados referente “falta de comprometimento dos profissionais” concebe 9,1% (18) correspondendo: 4,1% (8) liderança, 3% (6) administrativo/apoio, 1,5% (3) equipe multiprofissional e 0,5% (1) equipe técnica.

No confronto entre as percepções “satisfeitos” (45,4%) e “insatisfeitos” (31,4%) somando as 03 variáveis com o percentual maior, observa-se que o crescimento profissional supera as cobranças, já que é impossível conquistar melhorias sem o aumento da responsabilidade, visto que o sistema da qualidade impõe uma rotina de trabalho mais exigente.

CONCLUSÃO

A complexidade de uma unidade hospitalar pode ser comparada com uma junção de várias empresas de prestação de serviços reunidas. Para gerir bem um hospital é necessário conhecer do ramo de alimentação, hotelaria, lavanderia, engenharia civil, biomédica, equipamentos, marketing, manutenção, além da área de saúde propriamente dita. Com tanta variedade e complexidade juntas, torna-se extremamente necessário definir e formalizar os processos que acontecem no hospital.

A assistência e os processos que a envolvem direta e indiretamente, somente poderão acontecer de forma adequada, quando estiverem padronizados e formalizados dentro de sua realidade e atendendo as necessidades apresentadas por seus clientes.

A implantação de um programa de qualidade está deixando de ser uma opção, está se tornando indispensável, um pré-requisito básico para a competitividade e sobrevivência das empresas.

A busca pela segurança dos serviços prestados requer melhorias contínuas, por isso, todo esse processo é fundamental para a escolha da melhor estratégia de implantação e acompanhamento da gestão da qualidade, contribuindo para o aumento da segurança e confiança dos clientes/pacientes nos serviços prestados.

A acreditação hospitalar é uma forma de avaliação voluntária, onde busca garantir a qualidade dos serviços prestados, tornando-se relevante por implementar e garantir a qualidade nos serviços de saúde, contribuindo para que ocorra uma progressiva mudança de hábitos, facilitando estímulos internos e externos, de maneira a provocar um movimento dentro dos serviços de saúde, através de seu corpo profissional, que permita o estabelecimento de melhoria de metas com mobilização constante, para garantir a melhoria contínua no ambiente de trabalho e na atenção prestada.

Nesse contexto, o programa de Acreditação Hospitalar surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual. Para tanto a metodologia apresentada pela ONA vem ao encontro da necessidade de profissionalizar a gestão dos hospitais, propondo a implantação de um processo de qualidade próprio para a diversidade e complexidade da área da saúde.

Observa-se que a certificação hospitalar constitui-se de um processo minucioso, detalhado e que leva algum tempo para se concretizar, em toda a organização de saúde, uma vez que há a necessidade de se passar por vários estágios. Um deles, e também o mais importante, é a conscientização por parte da administração, de que qualidade é um adicional

para a organização, e, conseqüentemente, a diminuição de custos, tempo e aumento da lucratividade, para em seguida a difusão dessa cultura para todos os colaboradores.

Nessa perspectiva, a busca pela melhoria contínua pelos serviços de saúde, passa a ser um diferencial técnico e com responsabilidade socioambiental para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente, que envolve não só os pacientes, mas toda sua cadeia de clientes: compradores do serviço de saúde (SUS, sistema suplementar), médicos, sociedade, familiares e etc.

O hospital privado em Macapá aderiu ao processo, com o objetivo de aprimorar os procedimentos médicos e administrativos, visando um atendimento de segurança ao paciente. Desde 2007, o hospital vem trabalhando e acredita na metodologia ONA, por oferecer transparência, valorizar os clientes, apostar na padronização e monitoramento de processos internos e na interação entre fornecedores e clientes. A implantação do processo de qualidade vem somar aos interesses da instituição, garantindo um crescimento a passos seguros, com planejamento, prioridade muito bem definida.

Este estudo aprofundou a reflexão sobre o Processo de Acreditação Hospitalar sob a ótica dos profissionais de saúde de um hospital privado em Macapá.

A implantação do processo foi recebida pela equipe do hospital privado sem muitas objeções. Nota-se que a maior parte dos profissionais consegue visualizá-lo de forma positiva.

O presente estudo teve um obstáculo no que diz respeito à pesquisa de literatura, baseada na perspectiva de satisfação dos profissionais de saúde que permeia o processo de acreditação hospitalar. Entretanto, ao analisar os discursos dos entrevistados, foi possível compreender as ideias e suas percepções referidas ao processo, permitindo assim, uma melhor visão da gestão da qualidade através daqueles que prestam diretamente os atendimentos. Hoje, a grande expectativa do hospital privado é a conquista do nível 2 da ONA, para o ano de 2014.

Conclui-se, portanto, que os objetivos propostos foram alcançados, pois já se observa a existência de uma cultura de melhoria contínua nos processos. Os profissionais hoje trabalham visando a manutenção do selo atual e com a expectativa de ascensão para outros níveis de certificação.

SUGESTÃO PARA TRABALHOS FUTUROS.

A partir da conclusão obtida, é possível sugerir a execução de trabalhos futuros que possam complementar o estudo realizado:

- ❑ Analisar os processos de acreditação ocorridos em outros hospitais, de maneira a possibilitar comparações entre os resultados obtidos em diferentes instituições de saúde.
- ❑ Realizar uma nova análise comparativa entre os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação 2010 e a versão definitiva que será publicada em 2014.

RECOMENDAÇÕES.

Elaboração de um relatório para alta administração do hospital privado para:

- ❑ Adoção de estratégias junto à média gerência para fortalecer a cultura de melhoria contínua na prática diária.

BIBLIOGRAFIA

- ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL. Disponível em: <http://www.internationalaccreditation.ca>. Acesso em: 15/09/2013.
- ADAMI, N. P. **Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem**. Acta Paul Enferm, 2000.
- American Society for Quality Control – ASQC. Disponível em: [http://www.acronymfinder.com/American-Society-for-Quality-Control\(ASQC\).html](http://www.acronymfinder.com/American-Society-for-Quality-Control(ASQC).html). Data de acesso: 16/09/2013.
- ASSIS, R. H. **A inserção da mulher no mercado de trabalho**. Artigo. Instituto Superior de Educação, São Paulo, 2012.
- BANAS QUALIDADE. Porque gestão da qualidade? São Paulo, 19 de junho de 2013. Disponível em: www.banasqualidade.com.br. Data de acesso: 01/07/2013.
- BARROS, E. **Mudanças de práticas de gestão em instituições de saúde com a adoção do modelo do CQH – Compromisso com qualidade hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Gestão de Negócios. São Paulo, 2008.
- BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. São Paulo: Icone, 2007.
- BRASIL, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Portaria nº 356, de 20 de fevereiro de 2002. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis/portaria/356_02.htm. Acesso em: 25/06/2013.
- BRASIL, **Manual Brasileiro de Acreditação: das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010.
- BRASIL, **Ministério do Trabalho**. Disponível em: www.trabalho.gov.br. Acesso em: 25/06/2013.
- BURMESTER, H. **Manual de gestão hospitalar do CQH: Livro de casos práticos**. São Paulo: Yendis, 2009.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- CNES. Secretaria de Atenção a Saúde – DATASUS. <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acedido em 26 de junho de 2013 em <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). Institucional-histórico. Disponível em: www.cbacred.org.br/site. Acesso em: 25/03/2013.
- CORREIA, O. A. C. A. **Compreendendo o modelo de gestão da qualidade na busca da excelência**. Banas Qualidade. São Paulo. V. 01. P. 10. Outubro de 2007.

- COSTA, E. A. **Gestão estratégica de negócios**: construindo o futuro de sua empresa fácil. São Paulo: Saraiva, 2012.
- COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G. **Hospital**: Acreditação e Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G. **Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação**. Belo Horizonte: Iag Saúde, 2009.
- CROSBY, P. **A gestão pela qualidade**. Banas Qualidade, v.8, n. 70, p. 98. Março/98.
- DANTÉS, O. G. **Evolución de programa de salud para pobleción na assegurada**. Ver Saúde Pública, 1999.
- DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome**. In: **Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan (USA): Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med, 1990.
- DUARTE, V. M. N. **Pesquisa quantitativa e qualitativa**. Disponível em: www.monografias.br/brasilecola.com/regras-abnt. Acesso em: 03/03/2013.
- DUARTE, V. M. N. **Pesquisa exploratória, descritiva e explicativa**. Disponível em: www.monografias.br/brasilecola.com/regras-abnt. Acesso em: 14/09/2013.
- FALCONI, V. **Qualidade total**: padronização de empresas. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços LTDA, 2004.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar**: dos padrões a acreditação. Artigo de revisão. Universidade Guarulhos, São Paulo, 2004.
- FILHO, J. F. C; MONTENEGRO, A. V. BARRAGÃO, S. R. M. S. **Qualidade na saúde à luz da acreditação hospitalar e sua interface com a gestão de pessoas**. Artigo Psicologia, São Paulo, 2012.
- GARIBALDI J.; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar**: explorando disjunções conceituais. Ciência & Saúde Coletiva, 7(2): 325-334, 2002.
- GODOI, A.F. **Hotelaria Hospitalar**: Humanização no Atendimento Hospitalar. 2ª. ed. São Paulo: Ícone, 2008.
- JOINT COMMISSION INTERNARTIONAL (JCI). Disponível em: www.pt.jointcommissioninternational.org. Acesso em: 25/06/2013.
- INFOESCOLA. <http://www.infoescola.com/biografias/william-edward-deming/>. Acedido em 26 de junho de 2013 em <http://www.infoescola.com/biografias/william-edward-deming/>.

ISO. **Quality management.** <http://www.iso.org>. Acedido em 15 de setembro de 2013 em <http://www.iso.org>.

ISTO É. **Briga de gurus.** http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/68099_josé_gody.BRIGA+DE+GURUS. Acedido 26 de junho de 2013 em http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/68099_josé_gody.BRIGA+DE+GURUS.

KLUCK, M., GUIMARÃES, J. R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C. A. **A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores.** Artigo. Revista de Administração em Saúde. São Paulo: Rediprint Editora, 2008.

LUONGO, J. **Gestão da qualidade em saúde.** São Paulo: Rideel, 2011.

MACEDO, S. G. **Gestão de pessoas e suas interfaces com a ONA:** um estudo de caso na clínica de oftalmologia Biovisão. Artigo. Belo Horizonte, 2010.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde.** Dissertação (mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MASSA, R. **A importância da acreditação no ambiente hospitalar.** Disponível em: www.gehosp.com.br. Acesso em: 01/07/2013.

MAZIERO, V. G; SPIRI, W. C. **Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual.** Revista eletrônica de enfermagem. São Paulo, 2013.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** 3ª. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2008.

OLIVEIRA, I. C. A. **Introdução a Metodologia Científica.** Macapá: CEAP, 2004.

PAGANINI, J. M. **Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Há relación entre estrutura, processo y resultado.** Washington USA: OPS, 1993.

PAGANINI, J. M. **Las estrategias para la calidad y eficiencia em salud.** Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud, 2011.

PINHO, A. F.; LEAL, F.; ALMEIDA, D. A. **A interação entre o mapeamento de falhas: dois casos de aplicação no setor elétrico.** Artigo XXVI ENEGEP. Fortaleza, 2006.

PESSINI, L.; Jr. F. G. (Org.). **Missões camilianas na foz do rio Amazonas.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Província Camiliana Brasileira, 2012.

- PRIMO, J.; MATEUS, D. **Normas para elaboração e apresentação**: teses de doutoramento. Lisboa, 2008.
- QUIGLEY, H. L.; MCKEE, M.; NOLTE, E.; GLINOS, I. A. **Assuring the quality of health care in the european union: A case for action**. Observatory Studies Series n^o12, 2008.
- REIS, P. **Qualidade nunca é demais** – Kaoru Ishikawa. <http://especialistasemqualidade.blogspot.com.br/2008/12/kaoru-ishikawa.html>. Acedido 26 de junho de 2013 em <http://especialistasemqualidade.blogspot.com.br/2008/12/kaoru-ishikawa.html>.
- ROTHBARTH, S. **Gestão da qualidade**: um processo de acreditação hospitalar. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.
- SILVA, A. R.; BARBARA, D. C.; TRANDAFILOV, A. Z. **Percepção do enfermeiro na acreditação hospitalar**. Revista de enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, 2009.
- SILVA, L. D. **Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva**. Revista de enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, 2003.
- SOUZA, V. H. S. **O hospital**: manual do ambiente hospitalar. Curitiba, 2009.
- VILHENA, B. **Por quanto tempo trabalhar na mesma empresa?** Disponível em: www.dinheirama.com/blog. Data de acesso: 01/07/2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Prezado (a) Colaborador(a)/Parceiro(a),

Esta pesquisa tem como objetivo “avaliar a melhoria de gestão da qualidade, com a implantação do processo de acreditação hospitalar”. Resultado da mesma será utilizado em uma dissertação de mestrado. Suas respostas serão confidenciais.

Conto com sua colaboração.

O questionário é composto de três partes:

- I. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO;
- II. DADOS OBJETIVOS DA SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO;
- III. DADOS SUBJETIVOS DA SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO.

I. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO					
1. Cargo/Função:					
2. Setor que trabalha:					
3. Tempo de vínculo com a instituição: <input type="checkbox"/> Menos de 01 ano <input type="checkbox"/> De 01 a 05 anos <input type="checkbox"/> De 06 a 10 anos <input type="checkbox"/> De 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> De 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> De 21 ou mais.					
4. Horário de trabalho: <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Escala			5. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		
6. Participou do processo de acreditação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
II. DADOS OBJETIVOS DA SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO					
Marque com um X na coluna que indica o seu grau de satisfação para cada um dos itens abaixo. As notas variam de 1 a 4, conforme a seguinte escala: 1 (muito insatisfeito), 2 (insatisfeito), 3 (satisfeito) e 4 (muito satisfeito).					
Nº	ITENS	1	2	3	4
1	Qual o grau de satisfação com a implantação da acreditação nas rotinas de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Qual o grau de satisfação com o controle da qualidade através da acreditação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Qual o grau de satisfação com a padronização de documentos utilizados no processo de acreditação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Qual o grau de satisfação com o fluxo das informações entre os setores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Qual o grau de satisfação com a certificação conquistada pela instituição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Qual o grau de satisfação com a opção da instituição buscar alcançar os níveis 2 e 3 da acreditação pela metodologia ONA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Você gostaria de ser atendido no hospital?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	

III. DADOS SUBJETIVOS DA SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

1. A acreditação hospitalar faz-se necessária para que seja oferecido um serviço de saúde de qualidade? Justifique sua resposta.

2. Cite a principal causa de satisfação com o processo de acreditação.

3. Cite a principal causa de insatisfação com o processo de acreditação.

Obrigada, sua contribuição foi essencial para o sucesso da pesquisa!