

VITOR MANUEL JESUS MATEUS

**GESTÃO DA QUALIDADE - AVALIAÇÃO DO PROCESSO
DE ACREDITAÇÃO DO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA**

Orientador: Prof. Doutor. Antonio Augusto Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciência Económicas e das Organizações

**Lisboa
2013**

VITOR MANUEL JESUS MATEUS

**GESTÃO DA QUALIDADE - AVALIAÇÃO DO PROCESSO
DE ACREDITAÇÃO DO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre do curso de Mestrado em Gestão conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Antonio Augusto Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciência Económicas e das Organizações

**Lisboa
2013**

EPÍGRAFE

"Na verdade entre o ver e o olhar é a própria configuração do mundo que se transforma. Completo estado de saúde emocional de saúde Emocional e Mental".

OMS - Organização Mundial de Saúde

DEDICATÓRIA

À Deus, por termos a certeza de que Ele esteve presente em todos os momentos dessa jornada, e nos deu luz para continuarmos até nos momentos mais difíceis de nossas vidas.

Aos meus pais Antonio Mateus e Helena de Jesus Mateus (in memoriam) e à minha esposa Fátima de Nazaré Melo Brito Mateus, por serem minha maior fonte de força e inspiração.

Ao orientador Prof. Dr. Antonio Augusto Costa, pela sabedoria na orientação e por sua compreensão bem como no auxílio para alcançarmos o resultado deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por nos dar o dom da vida, e nos permitir que chegássemos até aqui com saúde, mesmo passando por muitas batalhas.

A todos os coordenadores em especial o Prof. Dr. Ricardo Figueiredo Pinto, a todos os professores que administraram as aulas do curso de gestão IV, aos apoiadores da faculdade ciência e conhecimento.

Um honrado agradecimento ao Professor Doutor Antonio Augusto Costa que nos orientou com sabedoria, determinação e perseverança no desenvolvimento de todo trabalho.

Por final aos amigos da turma do Curso de Mestrado em Gestão-IV da ULHT (Lisboa-Portugal) que, de uma maneira ou de outra, contribuíram incentivando a realização deste estudo.

RESUMO

A temática desta pesquisa surgiu da análise do projeto de acreditação hospitalar do Hospital Divina Providência (HDP) junto à Organização Nacional de Acreditação - ONA do Governo Federal do Brasil – no município de Marituba da Região Metropolitana de Belém, objetivando mensurar o grau de entendimento dos colaboradores, usuários e gestores sobre o processo de Acreditação desenvolvido na Instituição. A metodologia utilizada para realização da pesquisa caracteriza-se como exploratória descritiva com abordagem quantitativa e quantitativa, de amostra probabilística por acessibilidade, aplicada aos três tipos de elementos acima mencionados, com o intuito de verificar, qual o nível de conhecimentos sobre o assunto abordado, e como eles veem a empresa inserida nesse tema. No decorrer do estudo, foi analisado quão grande tem se tornado a abordagem no Brasil e mundo, e como os hospitais têm adotado as certificações de qualidade como um fator de competitividade no mercado e de reconhecimento. Conclui-se que, a entidade não mantém um sistema de aprimoramento de gestão da qualidade com vistas a uma certificação de acreditação juntos aos colaboradores e gestores, de forma a auxiliá-los no desenvolvimento e amadurecimento do referido processo. Percebe-se também, que não há conformidade e nem integração de ideias a respeito do tema abordado entre gestores e colaboradores do HDP.

Palavras- chave: Qualidade, gestão hospitalar, Acreditação Hospitalar.

ABSTRACT

The theme of this research project arose from the analysis of hospital accreditation Divine Providence Hospital (HDP) by the National Accreditation Organization - ONA Federal Government of Brazil - the city of Marituba the Metropolitan Region of Belém, in order to measure the degree of understanding of employees, users and managers about the Accreditation process developed at the institution . The methodology for this research, is characterized as exploratory descriptive approach with quality and qualitative probabilistic sample accessibility , applied to three types of elements mentioned above, in order to order to ascertain what level of knowledge about the subject matter, and how they see the company included within this theme. During the study, we analyzed how big has become the approach in Brazil and the world, and how hospitals have adopted quality certifications as a factor of competitiveness and market and recognition . We conclude that the entity does not maintain a system enhancement quality management toward a certification accreditation together employees and managers in order to assist them in the development and maturation of that process. One can also see that there is no compliance and no integration of ideas on the subject discussed between managers and employees of the HDP.

Keywords: Quality, Hospital management, Hospital Accreditation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSC- Balanced Score Card
CBA- Consórcio Brasileiro de Acreditação
CQH- Controle da Qualidade Hospitalar
HOL- Hospital Offir Loyola
FPNQ- Fundação para o Premio Nacional da Qualidade
GRI- Global Reporting Initiative
IBGC- Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
ISO- International Organization for Standardization
CEP- Comitê de Ética e Pesquisa
JCAHO- Accreditation of Healthcare Organizations
JCHA- Joint Commission of Accreditation of Hospitals
IAHCS: Instituto de acreditação hospitalar e certificação em saúde
ONA- Organização nacional de acreditação
ONG- Organização Não – Governamental
ONS: Operador Nacional de Sistemas
OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PEC- Programa de Educação Continuada
PNGS- Premio Nacional da Gestão em Saúde
PNQ- Premio nacional da Qualidade
QT- Qualidade Total
RH- Recursos Humanos
RSC- Responsabilidade Social Corporativa
HDP – Hospital Divina Providência
AS- Social Accountability
OSS- Organização social de saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
TQM- Total Quality Management

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
1.1 CONCEITOS DE QUALIDADE E GESTÃO HOSPITALAR.....	16
1.2 ABORDAGEM DA QUALIDADE EM UNIDADES HOSPITALARES.....	23
1.3 PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	26
1.3.1 A evolução da acreditação hospitalar.....	26
1.3.2 Desenvolvimento da acreditação no Brasil.....	27
CAPÍTULO II- APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL.....	32
2 HISTÓRICO DO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA (HDP).....	33
2.1 INSTRUMENTOS DE GESTÃO.....	33
2.2 A REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A FILANTROPIA HOSPITALAR.....	48
CAPÍTULO III- METODOLOGIA.....	50
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	51
3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	52
3.2.1 Instrumentos utilizados na coleta de dados.....	53
3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	54
3.3.1 Critérios adotados na amostra.....	54
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	56
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	56
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	57
CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	58
4.1 DO STAFF/ GESTORES.....	59
4.2 DOS COLABORADORES/CLIENTES INTERNOS.....	61
4.3 DOS PACIENTES/ CLIENTES EXTERNOS.....	67
CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	81
ÍNDICE REMISSIVO.....	93
APÊNDICES	
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Dinâmica das Organizações.....	25
Figura 2: Avaliação da JCI.....	30
Figura 3: Processo de qualidade.....	45
Figura 4: Liderança- Staff.....	59
Figura 5: Estratégias-Staff.....	60
Figura 6: Total geral- Staff.....	61
Figura 7: Colaboradores.....	63
Figura 8: Informações.....	64
Figura 9: Pessoas.....	65
Figura 10: Processos.....	66
Figura 11: Total geral- Colaboradores.....	67
Figura 12: Comunidade.....	68
Figura 13: Total geral- Comunidade.....	69

INTRODUÇÃO

Em um contexto da sociedade moderna a organização do sistema de saúde de um País, é um referencial do desenvolvimento como marco global de avaliação. Independente do modelo de sistema de saúde, há resgistro de uma ampla transformação organizacional,

decorrentes de uma nova ordem econômica mundial, focada essencialmente em busca de resultados.

Pela tendência mundial, vários países veem se ajustando a esta evolução dentro dos moldes que tramita pela legislação atual bem como pelas regras do mercado aberto. A incerteza do ambiente econômico-financeiro mundial tem levado as organizações a buscarem diferenciais para se manterem competitivas e superar a concorrência na disputa por clientes.

Para garantir a própria continuidade, os hospitais precisam definir objetivos, antecipar possíveis caminhos a serem percorridos para atingi-los e serem ágeis o suficiente para adaptarem-se às constantes transformações do mercado, o que requer ferramentas eficazes, valores organizacionais bem definidos e um ambiente aberto a novas ideias, no qual a competência e a criatividade sejam características valorizadas.

Nesse cenário turbulento, é crescente o número de empresas que buscam ferramentas e técnicas para auxiliar no processo gerencial, pois estas agregam estratégias capazes de gerar vantagens competitivas sustentáveis por meio da diversificação de negócios e, principalmente, da inovação de produtos e serviços.

As pessoas têm sentindo o reflexo dessas transformações no ambiente de negócios em que estão inseridas, em especial, no que diz respeito aos novos modelos de gestão, às mudanças no perfil e no relacionamento com os clientes.

O fato é que as organizações acumulam vantagens competitivas quando são resolutas e lançam no mercado, com eficiência e rapidez, produtos e serviços inovadores, harmonizados às necessidades e expectativas dos clientes.

JUSTIFICATIVA

Na área de gestão hospitalar questiona-se sobre a eficiência e eficácia dos serviços de saúde existentes no mundo, contudo a problemática administrativa em seus serviços, não atende às devidas expectativas do mercado.

Ao longo das últimas décadas, mas num crescimento a partir da década de 90, marca novos caminhos a esses serviços, indicando a aprendizagem e uso de métodos de gestão da qualidade. Acredita-se que as medidas mais urgentes foram tomadas objetivando aproveitar esta tendência universal em prol da qualidade. É imperioso medir os resultados da qualidade para obter-se parâmetros de análise comparativa e avançar em tal sentido.

Diversos governos, inclusive em Portugal, vem mobilizando e apoiando os programas de qualidade para que se defina padrões mínimos de qualidade que garantam ao cidadão a excelência do atendimento com vertente cada vez mais humanizada, ao qual tem direito e motivem as instituições a se engajarem nos programas de melhoria contínua com forte evidência na sustentabilidade organizacional.

Os processos de busca por certificação de qualidade de serviços hospitalares constituem uma considerável inovação frente ao diminuto número de hospitais brasileiros que desfrutam de credibilidade, no caso, da chamada acreditação hospitalar.

Como problema de pesquisa, avaliamos um conjunto de fatores que uma organização hospitalar como o Hospital Divina Providência - HDP atravessa no processo, visando a certificação do sistema brasileiro de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação - ONA que se utiliza de ferramentas de gestão hospitalar para o fim supra citado.

Este trabalho propõe apresentar se o nível de preparação da instituição hospitalar da Divina Providência para aderir ao processo de creditação da ONA foi suficiente visando o desenvolvimento das diversas etapas previstas. Para tal aborda algumas questões cruciais que irão contribuir para uma análise mais apurada:

- O diagnóstico situacional levantado foi pouco profundo ao ponto de não emergir os principais pontos críticos dos componentes organizacionais?
- Até onde os atributos essenciais ao andamento tiveram alinhamento com o objeto da gerência estratégica, da liderança do processo ou no estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização?

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Avaliar através de instrumentos de gestão o processo de acreditação do Hospital Divina Providência, desde de sua fase inicial até ao presente no contexto da gestão da qualidade.

Objetivos específicos

- Analisar as ferramentas de gestão no processo de acreditação;
- Avaliar o atual estágio do processo de acreditação no HDP;

- Entender quais as expectativas e desejos dos colaboradores quanto ao avanço do processo;
- Refletir sobre as informações mapeadas e elaborar um conjunto de propostas para a melhoria do processo envolvendo todos atores.

Com isso, a equipe do hospital verifica se tem condições de atingir o nível I da acreditação pela ONA e promove alinhamento do processo para a sua habilitação e manutenção. Quando a organização prestadora de serviços de saúde cumprir integralmente o nível I em todos os setores, será distinguida com a condição de acreditada.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 CONCEITOS DE QUALIDADE E GESTÃO HOSPITALAR

Assim como ocorre com a concepção de gestão, o termo qualidade é polissêmico e sua evolução resulta da interação de diversos fatores, essencialmente aqueles relacionados à estrutura organizacional e ao processo gestor. Sofrem influências e influenciam os paradigmas

vigentes em cada momento histórico, determinando ciclos de existência (Marshall Junior, 2005).

Constata-se, atualmente, que a busca pela qualidade constitui-se como objetivo primordial de todos os tipos de organização, sejam estas de produtos ou de serviços (Taraboulsi, 2006). Para tanto, torna-se indispensável a adoção de procedimentos, estratégias e recursos que possibilitem a qualificação do processo de desenvolvimento e de produção da organização em face das características e exigências do mundo contemporâneo.

Entende-se que a busca pela qualidade de ambientes e de serviços é, hoje, uma condição de preexistência da organização (Oliveira, 2006). O conceito de qualidade “[...] passou por três grandes fases: era da inspeção, era do controle estatístico e era da qualidade total”. (Oliveira, 2006, p. 4)

A era da inspeção situa-se antes da Primeira Revolução Industrial, quando o produto era inspecionado pelo produtor e pelo cliente. Procurava-se detectar eventuais defeitos de fabricação do produto.

A era do controle estatístico utilizou-se de técnicas estatísticas, uma vez que o crescimento da demanda mundial por produtos manufaturados impossibilitou a verificação de produto a produto. O controle passou a ser feito por amostragem aleatória que representava o universo da produção. Aos poucos, a inspeção deslocou-se do produto para o processo de produção.

A era da qualidade total, que corresponde ao período atual, enfatiza o cliente que se torna “[...] o centro das atenções das organizações que dirigem seus esforços para satisfazer às suas necessidades e expectativas” (ibidem, 2006, p. 4), passando toda a empresa a ser responsável pela garantia da qualidade de produtos e serviços.

Marshall (2005) apud Garvin (2002) apresenta estudo acerca dessas eras, explicitando que a preocupação com a qualidade já se fazia presente desde os primórdios do período industrial. Nas duas últimas décadas do século XX, a questão da qualidade passa a ocupar lugar estratégico na agenda de negócios, assim como esclarece o mesmo Autor (2005, p. 27)

“As legislações de defesa do consumidor, além de normas internacionais amplas e aplicáveis na cadeia de interação cliente-fornecedor, como a família ISO 9000, transformaram definitivamente o escopo da qualidade, consolidando-a em todos os pontos dos negócios”.

A essência da abordagem estratégica de qualidade, segundo o relatório da Sociedade Americana de Controle de Qualidade, de acordo com Marshall Junior (2005, p. 28) está assim resumida:

“[...] não são os fornecedores do produto, mas aqueles para quem eles servem – os clientes, usuários e aqueles que os influenciam ou representam – que têm a última palavra quanto até que ponto um produto atende às suas necessidades e satisfaz suas expectativas; a satisfação relaciona-se com o que a concorrência oferece; é conseguida durante a vida útil do produto, e, não apenas na ocasião da compra; é preciso um conjunto de atributos para proporcionar o máximo de satisfação àqueles a quem o produto atende.”

Evidencia-se uma diferença substantiva entre a concepção de qualidade aceita na era da inspeção e a que vigora atualmente – esta se mantém relacionada às necessidades e aos anseios dos clientes, conforme afirma Marshall Junior (2005, p. 28): “Não importa fazer o melhor produto com os melhores processos, se o que se faz não vai ao encontro do consumidor, razão de ser de todos os processos organizacionais”.

O mesmo Autor (2005) afirma que há uma variedade de conceitos e definições para o termo qualidade e apresenta as cinco principais abordagens a ele relacionadas, subsidiado em Garvin (2002):

- transcendental: considerada uma condição de excelência, na qual é buscado o mais alto padrão;
- baseada no produto: supõe que “[...] diferenças de qualidade correspondem a diferenças de quantidade de algum ingrediente ou atributo (p.31)”;
- baseada no usuário: consiste na “[...] capacidade de satisfazer desejos” e de se ajustar “[...] aos padrões das preferências do consumidor” (p. 32);
- baseada na produção: corresponde ao “[...] grau em que o produto específico está de acordo com o projeto ou especificação” (p. 32);
- baseada no valor: refere-se ao “[...] grau de excelência a um preço aceitável e ao controle da variabilidade a um custo aceitável” (p. 32).

Marshall Junior (2005) indica, também, os elementos básicos nos quais pode ser desdobrado o conceito de qualidade: desempenho, características, confiabilidade, conformidade, durabilidade, atendimento, estética, qualidade percebida.

Dentre os principais responsáveis pelo movimento de qualidade, encontram-se: W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand Vallin Feigenbaum e Philip B. Crosby. Eles

estabeleceram a base da cultura da qualidade, tendo seus estudos propagados em todo mundo e, em consequência, arregimentaram inúmeros seguidores.

Em 1991, foi instituída, no Brasil, a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ), cuja missão “[...] está associada à promoção da conscientização para a busca da excelência na gestão das organizações e à transmissão de informações e conceitos relativos às técnicas e práticas bem-sucedidas” (Marshall, 2005, p. 41).

A FPNQ elaborou um modelo de gestão com base nos estudos realizados por expoentes da área de qualidade das organizações, contendo os seguintes critérios de excelência, conforme indica o mesmo Autor (2005, p. 47):

“liderança e constância de propósitos; visão de futuro; foco no cliente e no mercado; responsabilidade social e ética; decisões baseadas em fatos; valorização das pessoas; abordagem por processos; foco nos resultados; inovação; agilidade; aprendizado organizacional; visão sistêmica”.

Marshall Junior (2005, p. 47; 48) enfatiza que o modelo incorpora os “[...] fundamentos de excelência às operações da organização, de maneira continuada e em consonância com seu perfil e suas estratégias”.

O modelo sugerido por Marshall (2005) adota as seguintes pressuposições:

a) os clientes são a razão de ser da organização e “[...] suas necessidades devem ser identificadas, entendidas e utilizadas para que os produtos possam ser desenvolvidos de modo a criar o valor necessário para conquistá-los e retê-los” (p. 49);

b) a equipe de liderança “[...] estabelece os valores e as diretrizes da organização, pratica e vivencia os fundamentos, impulsionando, com seu exemplo, a disseminação da cultura da excelência” (p. 49);

c) as estratégias “[...] são formuladas para direcionar a organização e o seu desempenho, bem como para determinar sua posição competitiva” (p. 49), desdobrando-se em planos de ação;

d) as pessoas que “[...] compõem a força de trabalho devem estar capacitadas e satisfeitas, atuando em um ambiente propício à consolidação da cultura da excelência” (p. 50);

e) os processos servem para “[...] identificar as melhores alternativas de captações e aplicações de recursos” (p. 50), assim como contribuem para o desenvolvimento das comunidades;

f) os resultados servem para “[...] acompanhar o desempenho da organização e suas tendências em relação aos clientes e ao mercado, às finanças, às pessoas, aos fornecedores, aos processos relativos ao produto, à sociedade, aos processos de apoio e aos processos organizacionais” (p. 50);

g) as informações e o conhecimento “[...] representam a inteligência da organização, propiciando a análise crítica e a tomada das ações necessárias em todos os níveis (p. 50)”.

A preocupação com o ambiente hospitalar é antiga. Os registros históricos servem para comprová-la, conforme revela Dias (2009, p. 1):

“A medicina grega, hipocrática, considerava que o bem-estar dos indivíduos era influenciado pelos fatores ambientais – qualidade da água, do ar, dos alimentos, dos hábitos gerais de vida, da topografia. Uma das primeiras providências de Florence Nightingale, ao chegar à Criméia, no século XIX, foi melhorar as condições sanitárias do hospital que abrigava os soldados feridos.”

Desde então, o conceito de hospital evolui, de acordo com o contexto cultural e as condições sociais de cada época. De acordo com Foucault (200, p. 101, *apud* Dias, 2009, p. 1);

“[...] até o século XVIII, o hospital servia apenas para assistir aos pobres; a partir do momento em que se transforma em um instrumento de cura, surge a preocupação com a sua arquitetura, não com o seu exterior, mas com a relação de número de leitos e área útil do hospital, tamanho e altura das salas, iluminação e aeração, fluxo de roupas e materiais diversos, pois podem explicar várias situações patológicas dentro do hospital.”

A palavra hospital origina-se do latim hospes, que significa hóspede, dando origem a *hospitalis* e a *hospitium*. Servem para designar o lugar onde se hospedavam, na Antiguidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos. “O termo *hospitium* designava o estabelecimento que se ocupava dos pobres, incuráveis e insanos” (Hauser, 2009, p. 1).

Por muito tempo, o hospital assemelhava-se a um depósito em que eram deixadas pessoas doentes, destituídas de recursos, assim como soldados enfermos, principalmente aqueles pertencentes ao Império Romano. Sua finalidade, então, era mais social do que terapêutica.

A partir de 360 d.C, surge o hospital com “[...] atividades básicas de restaurar a saúde, pregar a assistência, simplesmente concluindo diagnóstico e efetuando tratamento limitados pelos padrões e condições da época” (idem).

Desse modo, pobres, mulheres desamparadas e doentes crônicos, em diversas partes do mundo, eram abrigados em hospitais, sob o cuidado de monges e religiosos. Constituíam-se como recurso de caridade. Os pacientes com maiores recursos financeiros “[...] tratavam-se a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar” (Hauser, 2009, p. 2).

No Brasil, o crescimento do número de hospitais, na época da colonização, esteve associado, principalmente, ao cuidado dos colonizadores portugueses. Em 1538, foi fundada em Santos a primeira Santa Casa. O movimento de exploração da terra brasileira muito contribuiu para o surgimento de hospitais, porque os exploradores fundavam um hospital em cada local desbravado para o atendimento dos próprios exploradores e colonizadores. A finalidade do hospital, naquele tempo, era de natureza curativa (ibidem, 2009).

Atualmente, para a Organização Mundial da Saúde, “[...] o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais” (Hauser, 2009, p. 2;3).

A mesma Autora (2009, p. 3) transcreve o conceito de hospital definido pelo Ministério da Saúde do Brasil:

“O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. Assim o hospital é também um centro de investigação biopsicossocial.”

Lima Gonçalves (1983) apud Hauser (2009, p. 3) indica as seguintes funções de um hospital:

- “- prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação;
- desenvolvimento, sempre que possível, de atividades de natureza preventiva;
- participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes, incluindo aqui a educação em saúde, que abrange a divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde;
- integração ativa no sistema de saúde.”

Como já afirmado neste trabalho, qualidade tem relação direta com os valores sociais vigentes em uma sociedade, que enfatiza e promove as características consideradas pertinentes e relevantes para o cumprimento de seu projeto social.

Entende-se, portanto, que a história da humanidade é marcada por inúmeras transformações que assumem diferentes ênfases, marcando distintas eras ou etapas. Chiavenato (2004) assim as denomina:

- era da industrialização clássica: período logo após a Revolução Industrial e que se estende até meados de 1950; sua maior característica foi a “[...] intensificação do fenômeno da industrialização em amplitude mundial e o surgimento dos países desenvolvidos ou industrializados” (p. 35); a estrutura organizacional tem o formato piramidal, administração centralizadora e ênfase na departamentalização funcional; as decisões situam-se no topo da pirâmide, no nível mais elevado da hierarquia; o comportamento das pessoas é estabelecido por normas e padrões internos; o interesse era o de manter o status quo da organização, permitindo que “[...] as organizações se introvertessem e se preocupassem com os seus problemas internos de produção” (p. 35), entendendo-se que a eficiência resultaria da adoção de medidas de padronização e simplificação. A ênfase, neste fato, recaía nas relações industriais, denominação que recebia a administração das pessoas;

- era da industrialização neoclássica: período compreendido entre 1950 a 1990; teve início logo após a Segunda Guerra Mundial, quando as mudanças passaram a se efetivar de modo mais rápido e intenso; as transações comerciais ampliaram-se dos espaços locais para os internacionais, tornando-se cada vez menos previsíveis, intensificando a competição entre as organizações. A esse respeito, Chiavenato (2004, p. 36) esclarece:

“O velho modelo burocrático e funcional, centralizador e piramidal utilizado para formatar as estruturas organizacionais, tornou-se rígido e vagaroso demais para acompanhar as mudanças e transformações do ambiente. As organizações tentaram novos modelos estruturais para incentivar a inovação e o ajustamento às mutáveis condições externas. A estrutura matricial, uma espécie de quebra-galhos para reconfigurar e reavivar a velha e tradicional organização funcional, foi a resposta das organizações.”

A cultura que passou a ser privilegiada na organização substitui a concepção de relações industriais por administração de recursos humanos, entendendo-os como recursos vivos e inteligentes e não mais como fatores inertes de produção (ibidem, 2004). O mundo continuava a promover contínuas mudanças, sempre mais intensas e velozes.

- era da informação: período iniciado na década de 90 do século XX; é marcada pelas transformações nas tecnologias da informação e comunicação. A esse respeito, Chiavenato (2004, p. 37) registra:

A tecnologia da informação – integrando a televisão, o telefone e o computador – trouxe desdobramentos imprevisíveis e transformou o mundo em uma aldeia global [...]. A informação passou a cruzar o planeta em milésimos de segundos. A tecnologia da informação forneceu as condições básicas para o surgimento da globalização da economia: a economia internacional transformou-se em economia mundial e global. A competitividade tornou-se intensa e complexa entre as organizações.

Nesse contexto, o capital financeiro cede lugar ao conhecimento, ao capital humano e intelectual, conforme enfatiza Chiavenato (2004, p. 38): “O conhecimento torna-se básico, e o maior desafio passa a ser a produtividade do conhecimento”. Tornar o conhecimento útil passa a ser uma importante responsabilidade do gestor organizacional.

O modelo organizacional da “era da informação” enfatiza a gestão de pessoas, sendo que estas deixam de ser consideradas como “[...] simples recursos (humanos) organizacionais para serem abordadas como seres dotados de inteligência, personalidade, conhecimentos, habilidades, competências, aspirações e percepções singulares” (ibidem, 2004, p. 39).

Esse se constitui em desafio para as organizações do século XXI. A mesma lógica emergente impõe-se à organização hospitalar: reconfigurar contextos e recuperar valores antropológicos com destaque para a humanização da gestão, a qual precisa redimensionar seus propósitos e suas práticas, buscando qualificar seus serviços. Considera-se que a qualidade de serviços hospitalares constrói-se a partir de três âmbitos principais: a estrutura física e seus equipamentos, a estrutura organizacional e humana e o processo de gestão (Marshall Junior, 2005), tendo em vista o que esclarece Minayo (2007, p. 40): “[...] o ser humano é autor das instituições, das leis, das visões de mundo que, em ritmos diferentes, são todas provisórias, passageiras, trazendo em si mesmas as sementes da transformação”. Por isso, a gestão hospitalar de qualidade é processo histórico, isto é, está vinculada aos movimentos científico-sociais que a priorizam e constroem, a partir de inúmeros desafios.

1.2 ABORDAGEM DA QUALIDADE EM UNIDADES HOSPITALARES

Em atenção ao incentivo do desenvolvimento da assistência hospitalar e na evolução da qualidade de gestão e assistência, o Ministério da Saúde do Brasil criou um conjunto de instrumentos nesta vertente.

Tendo em vista este desafio implementado a qualidade de gestão hospitalar, a humanização da assistência, da modernização gerencial dos hospitais, o da acreditação hospitalar, além de projetos de financiamento para a reestruturação de unidades assistenciais entre outros.

Esta preocupação se fizermos uma retrospectiva histórica dos serviços de saúde, nos remete a 700 anos atrás. Atualmente a maior parte da prestação de serviços de saúde estão imersos na qualidade dos resultados cujos processos são cada vez mais complexos, com elevada pressão da sociedade, os altos custos da assistência bem como a necessidade de promover os princípios da equidade, do acesso, da universalidade da oferta de serviços, na racionalização dos recursos no sentido de buscar continuamente respostas às demandas dos usuários do sistema de saúde seja ele público ou privado.

Muitos têm sido os motivos dos grandes pensadores, em provocar um movimento por modernização e melhoria da qualidade que vão ao encontro – a inovação, o aumento da produtividade com maior biosegurança e da satisfação multi direcional dos atores inerentes aos processos assistenciais.

A agenda dos gestores com a qualidade está posta para deixar de ser apenas um diferencial para se tornar um imperativo, um requisito básico na competitividade das organizações.

A gestão pela qualidade nos serviços de saúde teve a contribuição do cirurgião cirurgião Enest Codman, pensada em 1910, de implantar um sistema de gerenciamento de resultados.

Logo após, em 1918, surge o programa nacional de padronização hospitalar, onde foram estabelecidos padrões mínimos de qualidade para o funcionamento dos hospitais nos EUA, através da coordenação pela American College of Sureon (Martelotte, 2003).

Hoje, o termo qualidade faz parte do contexto das organizações hospitalares e sua concepção evoluiu sob a influência de paradigmas vigentes em diferentes etapas da trajetória da humanidade. Por isso, seu significado é mutável e se adapta aos valores sociais e aos conhecimentos científicos disponíveis e acessados em cada organização.

Atualmente, a organização hospitalar, seguindo a tendência mundial pela humanização, revê e redimensiona sua visão e sua missão, estabelecendo parâmetros da

qualidade pretendida na gestão, ainda que tenha a compreensão de que eles são mutáveis e, muitas vezes, imprevisíveis.

Os indicadores que seguem estão assentados nessa lógica, significando, principalmente, possibilidades para a gestão hospitalar de qualidade. Segundo Garvin (2002) apud Marshall Junior (2005), os parâmetros de qualidade devem contemplar os seguintes aspectos relacionados ao serviço ou produto: desempenho (características operacionais); características (funções secundárias); confiabilidade (garantia de bom funcionamento); conformidade (adequação entre projeto e características); durabilidade (tempo útil/necessário para o uso ou produção de efeitos); atendimento (rapidez, cortesia, seleção de alternativas); qualidade percebida (opinião subjetiva de profissionais e usuários).

Figura 1: Dinâmica das organizações



Fonte: Marshall Junior (2005, p. 47)

Resultados de estudos de avaliação de organizações em todo o mundo indicaram os parâmetros de qualidade em gestão, que passaram a constituir os critérios do Plano Nacional de Qualidade americano, assim enumerados por Marshall Junior (2005, p. 47):

“[...] liderança e constância de propósitos; visão de futuro; foco no cliente e no mercado; responsabilidade social e ética; decisões baseadas em fatos; valorização das pessoas; abordagem por processos; foco nos resultados; inovação; agilidade; aprendizado organizacional; visão sistêmica.

Ao se tratar de parâmetros de qualidade da gestão, deve ser considerada a International Organization for Standardization – ISO, fundada em 1947, com sede em Genebra/Suíça. Reúne mais de uma centena de organismos nacionais de normalização e “[...] tem por objetivo promover o desenvolvimento da padronização e de atividades correlacionadas, de forma a possibilitar o intercâmbio econômico, científico e tecnológico em níveis mais acessíveis aos aludidos organismos” (Marshall Junior, 2005, p. 60). Para tanto, busca conciliar “[...] interesses de produtores, usuários, governos e da comunidade científica na preparação de normas internacionais” (idem).

1.3 PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

1.3.1 A evolução da acreditação hospitalar

Em vários países atuam em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência desses serviços (Camacho,1998).

Dentro desse contexto,desenvolve-se no Brasil, já há alguns anos,instrumentos oficiais de avaliação de performance das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizam um conjunto de critérios que os hospitais devem preceder a partir de padrões pré estabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos NE técnicas de qualidade total – QT (Quinto Neto, 2000).

Fenômeno semelhante para ser observado nos hospitais da rede privada complementar bem como a filantrópica que fazem uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento nacional e internacional como diferencial de mercado, demonstrando uma crescente preocupação com a qualidade.

Atualmente, a adoção dos programas de qualidade, no setor saúde, está fortemente relacionado aos crescentes custos da assistência hospitalar, quando comparados ao gasto total em saúde. Nos últimos anos, agenda mundial, de reforma do setor saúde, adota um conjunto de ações com o objetivo de reduzir esses custos e trona-se cada vez mais competitivo.

Neste aspecto, os governos locais estimularam dentro outras medidas, a concorrência entre os hospitais passaram a limitar o pagamento total das faturas, a encorajar um melhor gerenciamento das organizações de saúde através de programas de qualidade.

Há fortes argumentos utilizados para adoção de programas desta natureza na administração hospitalar, pois não é suficiente compor o melhor grupo de profissionais da saúde para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores comuns às organizações de vários setores (Nogueira,1999).

Com isso, um novo conceito de qualidade está surgindo: Acreditação Hospitalar. Esse conceito combina segurança,com ética profissional,responsabilidade e qualidade de atendimento.

Em 1951, esta instituição procurou outras parcerias criando a Joint Commission of Accreditation Of hospitals (JCHA), depois houve alterações, com forte expansão dos mecanismos de controle e avaliação , passando a ser denominada de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Os sistemas de acreditação espalhados no mundo, se colocam como uma referencia de garantia de qualidade assistencial para a sociedade como um todo, uma vez que exibem uma indicação objetiva e prática que as organizações de saúde se encontram em conformidade com determinados padrões, fato que se torna menos provável a ocorrência de erros e resultados adversos que prejudicam os usuários e criam uma situação de insegurança na população em geral (Quinto Neto, 1997).

A respeito da acreditação hospitalar, Godoi (2008, p. 111) ressalta:

“A importância no processo de Acreditação não está simplesmente no fato de padronizar a rotina do hospital, ou de simplesmente fornecer um selo de qualidade. Constitui-se em importante instrumento para que todos saiam ganhando, especialmente o cliente e seus familiares que são o objetivo primário da existência do hospital. A qualidade passa a ser fator determinante e constante na rotina hospitalar, gerando melhores resultados a cada dia e aumentando o grau de satisfação interno dos funcionários, médicos e da empresa; assim como externo, clientes, familiares, comunidade, sociedade numa escala multiplicadora.”

Em decorrência destes fatos, uma organização hospitalar tem grande necessidade de coordenação de suas atividades para instalar um certo nível de qualidade na gestão hospitalar.

1.3.2 Desenvolvimento da acreditação no Brasil

A procura por padrões de qualidade que pudessem ser implantados em hospitais do país surgiu no Brasil por volta da década de 1980 e em resposta a essa situação a Federação de Hospitais tentou desenvolver projetos e programas voltados para a melhoria da qualidade e desempenho de seus filiados, apoiando-se em entidades internacionais (D’innocenzo, 2006).

Além da Acreditação Hospitalar como certificação na indústria da saúde, destacam-se ainda outras como o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH); o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS), o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e as normas ISO.

A Acreditação Hospitalar é “um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado” (ONA2, 2008). O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) define a Acreditação como um processo de avaliação externa, de caráter

voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

A Acreditação Hospitalar pode, ainda, ser definida como: sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua de Qualidade na assistência médico-hospitalar e na proteção à saúde da população (Mello & Camargo, 1998, p. 203).

Segundo a ONA (2004) a Acreditação é compreendida como um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado que busca a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

No Brasil, em 1995, o Ministério da Saúde criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde – PGAQS, quando então foram desenvolvidos vários estudos sobre diferentes instrumentos de avaliação da qualidade hospitalar.

Em consequência foi criado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (1997), em seguida veio o manual brasileiro de acreditação com metodologia única e podendo ser aplicada na rede hospitalar. Deste momento até hoje ocorreram várias versões sempre na estrita ligação com a qualidade que é desenvolvida através do cumprimento das conformidades com os padrões de desempenho pré estabelecidos, levando a organização a receber o certificado de hospital acreditado pela ONA.

Conforme o desenvolvimento da gestão da qualidade em serviços de saúde, “a maioria dos gestores e formuladores de políticas na área de saúde vêem agora como imperativa a avaliação e o controle de qualidade bem como as atividades de melhoria de desempenho” no gerenciamento dos hospitais (Rooney & Ostenberg, 1999).

Em se tratando de um serviço complexo e específico, as organizações hospitalares tem de acompanhar o avanço constante da inovação tecnológica e da qualificação dos serviços representados pela infra estrutura física, equipamentos e desenvolvimento contínuo das competências gerenciais com o objetivo de buscar resultados satisfatórios para o sistema de saúde.

Um boa representatividade dos hospitais investe grande quantidade de ativos, recursos tecnológicos e gestão com pessoas, empregando profissionais e oferecendo serviços de alto grau de especialização.

As organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas, podem ser acreditadas. O Brasil adota uma metodologia específica para que a organização hospitalar obtenha o selo de hospital acreditado, de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Estabelece normas que devem ser cumpridas em três níveis de complexidade. A avaliação é realizada in loco, utilizando contatos pessoais com profissionais, análise documental e comparação da descrição de processos e sua execução pelos profissionais da saúde.

Quanto à classificação em níveis, Godoi (2008, p. 107) esclarece:

“Cada nível deve ser plenamente atendido para que seja considerado satisfatório. Caso contrário volta-se ao nível anterior para o 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.”

A implantação de processo de avaliação para fins de Acreditação decorre da solicitação do hospital, arcando com todos os custos. Em geral, a Instituição Acreditadora realiza duas visitas ao hospital: a pré-visita que prepara a instituição da saúde para o processo de Acreditação, quando são desenvolvidos programas de capacitação de multiplicadores e avaliadores internos; a visita é o momento de avaliação propriamente dito.

A Acreditação não é perene. Ao expirar o prazo de validade do certificado, o hospital poderá solicitar nova avaliação à Instituição Acreditadora, que realizará o processo de acordo com a metodologia vigente à época da avaliação. O relatório da visita anterior deverá servir como referência para a reavaliação.

“O processo de avaliação é realizado por profissionais de elevada competência técnica, com experiência administrativa e profissional, evidenciando a necessária postura ética. Esses profissionais preparam e apresentam Relatório de Avaliação destinado à administração do hospital e Relatório de Avaliação destinado à Instituição Acreditadora, constando parecer resultante do atendimento aos padrões de avaliação, bem como ao nível em que a organização hospitalar é elegível, enviando Certificado de Acreditação, quando for o caso” (Godoi, 2008, p. 110).

Na avaliação internacional, não há divisão por níveis – a instituição é ou não acreditada. O processo prevê a visita de avaliadores, inclusive representantes de países indicados pela Joint Commission. A Acreditação internacional enfatiza a melhoria contínua da

qualidade e abrange os aspectos legais, culturais e religiosos, considerando os padrões nucleares, “[...] pois protegem direitos fundamentais de pacientes e familiares, mantém um ambiente de cuidado seguro e reduzem os riscos nos processos de cuidado ao paciente” (Manual da Joint Commission, 2003, p. 3, *apud* Godoi, 2008, p. 111). Os padrões avaliativos são: conforme, parcialmente conforme, não conforme.

Figura 2: Avaliação da JCI



Fonte: Wikihosp (2013)

A respeito da Acreditação hospitalar, Godoi (2008, p. 111) ressalta:

“A importância no processo de Acreditação não está simplesmente no fato de padronizar a rotina do hospital, ou de simplesmente fornecer um selo de qualidade. Constitui-se em importante instrumento para que todos saiam ganhando, especialmente o cliente e seus familiares que são o objetivo primário da existência do hospital. A qualidade passa a ser fator determinante e constante na rotina hospitalar, gerando melhores resultados a cada dia e aumentando o grau de satisfação interno dos funcionários, médicos e da empresa; assim como externo, clientes, familiares, comunidade, sociedade numa escala multiplicadora.”

A busca voluntária da organização hospitalar em se submeter à Acreditação demonstra seu interesse em qualificar sua gestão e seus serviços, revelando seu compromisso com a vida e a saúde.

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL

2 HISTÓRICO DO HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA - HDP

O Hospital Divina Providência é uma instituição filantrópica inaugurado em 1997, mantido pelo Instituto Pobres Servos da Divina Providência, localizado no município Marituba na região metropolitana de Belém (Pará), está dotado de uma área física de 8.134m². É um hospital geral, com 137 leitos que atende várias especialidades e oferece serviços de média

complexidade (clínica cirúrgica, pediátrica, médica e maternidade) e alta complexidade (neurologia, terapia renal substitutiva, traumatologia-ortopedia, U.T.I adulto e UCI neonatal); prestando uma cobertura assistencial a cerca de 480 mil habitantes abrangendo 25 municípios da região acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI estadual.

2.1 INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Nesta linha de pensamento, salienta-se a importância de informações que instrumentalizem os gestores da qualidade para planejar, desenvolver e avaliar os seus processos de forma racional e crítica. Nesta perspectiva, evidencia-se o uso de ferramentas da qualidade e o preparo dos profissionais para a participação ativa nesses processos (Silva & Nora, 2008).

Assim, a metodologia utilizada pela CAH atende ao fornecimento dessas informações aos gestores, pois contempla a avaliação dos itens que devem ser considerados em auditorias na gestão da qualidade, como, por exemplo, a verificação de práticas com base em padrões previamente estabelecidos, a definição de metodologia e objetivos, e análise de resultados tendo por base normativas e, posteriormente, elaboração de plano de ação e cumprimento das ações corretivas para solucionar não-conformidades (Oliveira, 2009).

Entretanto, Oliveira (2009) acrescenta que as auditorias e seus resultados possibilitam um *feedback* aos profissionais e, neste sentido constituem instrumentos de aperfeiçoamento a medida em que possibilitam a retroalimentação do processo de gestão da qualidade da instituição. Além disto, se forem realizadas periodicamente, tal como preconizado pela CAH do hospital em estudo, possibilitam avaliar a implementação dos processos e seus resultados.

Fornecendo, portanto informações para os profissionais e gestores setoriais para que sobre o quê devem adequar corrigindo possíveis falhas e erros, os quais são entendidos nesta perspectiva, como oportunidades de melhorias e aperfeiçoamento. Assim sendo, com o passar do tempo e com o crescimento e maturidade de profissionais, equipes e da própria instituição, todos vieram a entender que sempre há o que melhorar e aprimorar (Donabedian, 2003 *apud* Rodrigues, 2004).

Nesta perspectiva, a realização de auditorias internas no hospital de estudo propiciou o planejamento de ações corretivas e de aperfeiçoamento das Unidades/Serviços auditados mediante a elaboração de planos de ação. Além disto, demonstra o reconhecimento por parte

da CAH da importância do planejamento para a gestão da qualidade, permitindo assim a eliminação ou, pelos menos minimização, de ações e decisões tomadas com base na subjetividade e intuição, conferindo assim mais credibilidade e eficiência ao que é desenvolvido.

Em relação às metodologias utilizadas para planejar, dentre as comumente utilizadas destaca-se o plano de ação no modelo 5W2H, opção observada no hospital em estudo. Neste sentido, exemplifica-se a elaboração do plano de ação setorial e, destaca-se que a expertise de profissionais desta unidade foi um diferencial contribuindo positivamente na construção do planejamento setorial (circunstancial).

Adicionalmente, tem-se que o comitê deste hospital optou pelo estabelecimento de metas relacionadas às etapas do preparo para o processo de avaliação para certificação de Acreditação Hospitalar. Tais metas foram gradativas e diversificadas para diferentes unidades administrativas e assistenciais. Ressalta-se que a definição clara de objetivos e metas a serem alcançadas, bem como a socialização de informações possibilita um processo de construção necessário à mudança no comportamento das pessoas para a gestão da qualidade (Lima & Erdmann, 2006).

Desta forma, observa-se a propriedade da estratégia da Comissão em estabelecer tais metas para dirigir o esforço pela qualidade por parte dos profissionais envolvidos no processo, que é justificada pela constatação de sua visão da necessidade de se eliminar ações improvisadas e evitar decisões baseadas na intuição e subjetivismo (Paladini, 2007).

Além disto, para a ampliação das ações relacionadas ao plano de intervenção e para maior envolvimento das unidades/serviços, assim como de seus profissionais, criou-se os grupos internos de qualidade- GIQ, outra estratégia escolhida pela CAH do hospital em estudo. Nesta perspectiva, os GIQ são responsáveis pela gestão da qualidade em suas Unidades/Serviços com competências determinadas pela Comissão. Visam essencialmente pôr em operação o processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação pela sua Unidade/Serviço. Desta forma, atuando como agentes de transformação na busca da ação “coletiva, integrada e cooperativa” para a melhoria da qualidade no hospital (Paladini, 2007, p.265), de modo que espera-se que ocorram o desenvolvimento mútuo e o controle da gestão da qualidade de forma participativa com o envolvimento de todos.

Nesta linha de trabalho, o Grupo interno de qualidade - GIQ é composto por, no mínimo dois e no máximo quatro, representantes de diferentes profissionais e turnos de trabalho, designados pela própria Unidade/Serviço, por apresentarem características pessoais como responsabilidade, envolvimento, liderança e sensibilidade para trabalhar como multiplicadores de conhecimento e informações em prol de processos para a qualidade. Observa-se que essas características remetem ao perfil desejado àqueles que exercem a gerência da qualidade, tais como, a liderança, a oportunidade de motivação, o controle da informação, o conhecimento do produto/serviço e processo, o relacionamento humano e a capacidade de interação (Paladini, 2007).

Nesse enfoque, exemplifica-se que o GIQ busca estratégias para garantir a necessária participação e envolvimento dos profissionais no grupo, que nem sempre é possível devido à impossibilidade de ausentarem-se do trabalho ou falta de interesse. Dentre essas estratégias destacam-se: estímulo à qualificação visando ao envolvimento com a gestão da qualidade; convocação da liderança do grupo e/ou designação da chefia da unidade. No entanto, tem dificuldades no recrutamento de seus membros.

Quanto à possibilidade de ausentarem-se do trabalho, faz-se um contraponto com a afirmação de Ribeiro (2006), de que os gestores públicos deparam-se com dificuldades relacionadas ao desempenho e características de suas instituições, afetados pela escassez de recursos que devem ser compartilhados no contexto da administração pública, e modelo de gestão.

Assim, os hospitais indene da natureza jurídica convivem com a carência de profissionais e a estabilidade no serviço. Com o objetivo de exemplificar as ações planejadas e executadas pelo GIQ, tendo em vista a avaliação diagnóstica situacional, destacam-se as ações de limpeza, organização, segurança do trabalhador, rotinas de enfermagem e procedimentos de controle de infecção hospitalar; as auditorias mensais e treinamento acerca de Procedimentos Operacionais Padrões- POPs, eventos adversos e execução do Programa dos 5S.

Salienta-se que a referida unidade gerencial iniciou seu processo de preparo para a avaliação de certificação em 2008, e desde então passou por duas auditorias internas e execução dos respectivos planos de correção. Todavia, observa-se um contínuo desenvolvimento de ações de gestão da qualidade, característico do processo de Acreditação na perspectiva da ONA (BRASIL, 2010a), de acordo com o qual procede-se à avaliação dos

recursos institucionais de forma periódica na busca da garantia da qualidade, utilizando-se programas de educação continuada para a correção de falhas, fragilidades e o planejamento de ações para mobilização de todos os envolvidos (ELLU15 apud Aquino; Giaponesi; Santos, 2008).

Neste contexto, destaca-se que cabe a cada instituição definir sua metodologia de trabalho, bem como as estratégias a serem utilizadas para a obtenção e manutenção da certificação. Diante disto, observa-se que a entidade acreditadora IACHS, percorrida pelo hospital em estudo tem similaridades relacionadas às estratégias utilizadas por outras instituições que buscam à certificação de hospital acreditado.

Neste sentido, buscam primeiramente eleger pessoas-chaves, profissionais de várias áreas para compor equipes, comissões ou grupos para conduzir e a assessorar o processo na instituição. Por conseguinte, formam multiplicadores, treinam e capacitam os envolvidos. Para ter conhecimento sobre a situação institucional frente aos padrões que serão avaliados, buscam informações por meio da realização de avaliações internas no modelo de auditorias e, por fim, visando à adequação a estes padrões, elaboram planejamentos com estabelecimento de prioridades e pactuação de metas (Ribeiro, 2006; Piegas *et al.*, 2007). Diante disto, observa-se que estas instituições adotam estratégias similares, seja de forma intuitiva ou norteada por referenciais e expertos no assunto. A variabilidade está nos instrumentos gerenciais, ferramentas da qualidade e ações escolhidas para capacitar, sensibilizar, obter o diagnóstico situacional, realizar seu planejamento e adequar o que for necessário.

Ao avaliar o sucesso relacionado à gestão da qualidade deve-se considerar a complexidade e morosidade desta e, neste sentido, os inúmeros fatores que interferem dificultando ou facilitando no processo de gestão da qualidade. Nesta perspectiva, durante o Plano de acao, o hospital em estudo deparou-se com aspectos que interferiram agregando dificuldades e àqueles que contribuíram para seu êxito.

Em relação aos aspectos dificultadores, destacam-se: características da instituição como o porte, grau de complexidade e ser hospital público e de ensino; fatores relacionados aos profissionais como comportamento inadequado, envolvimento incipiente; entendimento e interpretações equivocadas; a expectativa pelos resultados e falta de êxito em alcançá-los; o modelo gerencial relacionado à forma organizacional das unidades/serviços; o não estabelecimento de uma cultura de segurança na instituição; a inexistência de gestão de indicadores e, a visão fragmentada dos processos.

No que se refere às características da instituição, tem-se que seu grande porte, quadro profissional grande e alta complexidade agregam dificuldades relacionadas ao processo de preparação para a avaliação de certificação de Acreditação. Adicionalmente, o fato de ser uma instituição pública e de ensino lhe confere características particulares que a tornam ainda mais complexa, tal como as equipes instáveis e circulantes, número grande pessoas que transitam e desenvolvem ações de ensino na instituição, tal como professores e estudantes (nível técnico, graduação, residentes e pós-graduandos).

Estes são fatores que dificultam o desenvolvimento de algumas ações de preparo para a certificação de hospital acreditado, principalmente àquelas que requerem, especificamente, treinamento e capacitação. Neste contexto, não há como contemplar todas estas pessoas nas atividades educativas realizadas.

Sobre isto, faz-se um contraponto com as afirmações de Mezomo (2001) de que não tendo conhecimento do porquê e da importância de fazer cada coisa as pessoas raramente se envolvem e comprometem-se. Somado a isto, tem-se que a formação e preparo dos novos profissionais relacionados à qualidade são inadequados e constituem obstáculos à gestão da qualidade nas instituições que a tem como meta.

Tendo em vista esta questão, Mezomo (2001) analisa que os currículos não propiciam a formação necessária relacionada aos processos de qualidade. Em grande parte deles, temas relacionados à qualidade são pobres ou inexistentes. Fato este que não pode mais perdurar diante do momento em que se vive e do futuro que se vislumbra, sendo imprescindíveis e iminentes a revisão e adequação dos mesmos.

Neste contexto, ressalta-se que o fato de ser um ambiente de aprendizado que influencia na formação de novos profissionais e de ser uma instituição pública o coloca em evidência, e assim, prestar serviços de qualidade é um imperativo, e o reconhecimento da comunidade é indispensável (Lima & Erdmann, 2006). Além disto, em relação à Acreditação em hospitais públicos destaca-se como uma forma de fortalecer o SUS, otimizando seus recursos e sistematizando a assistência prestada.

Em relação à dificuldade relacionada aos profissionais, foram apontados aspectos relacionados ao comportamento inadequado, ao envolvimento incipiente da categoria médica e às interpretações equivocadas sobre as funções da CAH na instituição. Neste sentido,

conforme ressaltado anteriormente, a Acreditação Hospitalar e os processos de qualidade implicam mudanças de comportamento por parte dos envolvidos e, como é dito, mudar não é fácil. Ademais, somado à resistência a mudanças tem-se a cultura de estabilidade do servidor público que contribui para o seu desinteresse e falta de participação cenário este que requer outros esforços por parte da gestão da qualidade nestas instituições. Por sua vez, na gestão da qualidade para as instituições públicas há ainda que se considerar a falta de qualificação, a cultura de estabilidade do servidor público e a cultura de descaso com o que é público e, neste contexto, ressalta-se a importância da criação de ambientes de motivação tal como acima descritos (Paladini, 2007).

Para Mezomo (2001) é preciso lembrar que sempre existem os mais participativos e os mais acomodados e resistentes à mudança. Nesta linha de pensamento, no hospital em estudo dentre os menos participativos destaca-se a categoria médica. Isto agregou dificuldades durante o processo de preparação para a avaliação de certificação de Acreditação, visto que a metodologia da Acreditação deve permear todas as áreas da instituição e suas interfaces, não existindo a possibilidade da não participação de determinada área. Assim sendo, destacam-se as estratégias educativas e de sensibilização realizadas pela comissão, acima descritas, buscando envolver e capacitar os profissionais, de todos os níveis hierárquicos e áreas de atuação da instituição na gestão da qualidade mediante um processo participativo.

O conhecimento deficiente e interpretações equivocadas também podem dificultar o processo de Acreditação. Neste sentido, a falta de conhecimento dos profissionais do hospital em estudo sobre a Acreditação Hospitalar, seus objetivos e contribuições, assim como sobre as atribuições da CAH que coordena o processo na instituição impuseram dificuldades no processo de preparação para a avaliação de certificação. Estes, por sua vez, devem ser combatidos com a disseminação da informação, isto por que a falta de conhecimento e clareza acerca do que consiste um processo de Acreditação Hospitalar leva os profissionais a pensarem que trata-se apenas algo que agrega mais tarefas que devem fazer, sobrecarregando-os em seu dia-a-dia de trabalho. Em relação ao desconhecimento das atribuições e do trabalho da CAH, observa-se que se não forem esclarecidos e divulgados levam as pessoas a pensarem que cabe à CAH resolver as não-conformidades e trabalhar em busca do alcance das metas relacionadas à Acreditação.

Neste sentido, faz-se um contraponto com as afirmações de Paladini (2001) quando este analisa o quê se pensa sobre qualidade e o impacto que isto proporciona na gestão da qualidade na instituição. O autor destaca que se a qualidade é considerada como algo que

cabe aos especialistas neste assunto, neste caso a CAH, entende-se então que a qualidade é de responsabilidade exclusiva destes e os demais se isentam dos esforços em prol da qualidade.

Diante disto, salienta-se a importância da disseminação do conhecimento e capacitação dos envolvidos para que se obtenha o envolvimento de todos, uma vez que a falta de informações, conhecimento e entendimento podem levar ao não comprometimento e interpretações equivocadas e distorcidas. Ademais, só é possível mudar comportamentos mediante a definição clara dos objetivos, metas e metodologias, sua divulgação e compartilhamento de informações e, reforçando-os constantemente para que não caiam no esquecimento e na rotina (Lima & Erdmann, 2006).

Em relação à expectativa por resultados rápidos e à falta de êxito, observa-se que muitos profissionais anseiam por resultados rápidos e, diante de maiores dificuldades e da não resolução das não-conformidades frustram-se e desacreditam na aplicabilidade prática do PPACAH, podendo resultar na descontinuidade do processo nas unidades/serviços que fazem vêem nesta perspectiva. Assim, destaca-se a importância da motivação e do preparo dos profissionais, uma vez que o processo de Acreditação implica na busca e identificação exaustiva e constante de falhas e oportunidades de melhoria. Ademais a qualidade não é abstrata, imutável ou permanente.

Além disto, a forma de organização das unidades/serviços pode apresentar-se como um dificultador no processo de preparo para a avaliação de certificação. Isto é observado no hospital em estudo, assim as unidades/serviços que não encontravam-se no modelo de unidades gerenciais agregaram dificuldades e tornaram o processo de preparo para a avaliação de certificação mais moroso, uma vez que necessitavam de um número maior de reuniões, abordagens e sensibilizações.

A segurança é o princípio norteador do Nível 1 da Acreditação Hospitalar e implica no estabelecimento da chamada cultura da segurança. Por conseguinte, a inexistência de uma cultura voltada para a segurança e do gerenciamento de riscos no hospital em estudo agregou dificuldades no processo de preparo para a avaliação de certificação de hospital acreditado. Isto implica no desenvolvimento da cultura de segurança na instituição, bem como do gerenciamento de riscos o que requer tempo e esforço por parte de todos.

Ressaltam-se as iniciativas da CAH em trabalhar com estes aspectos buscando o estabelecimento de uma cultura de educação e não de punição, desde que respeitados os aspectos legais relacionados. Adicionalmente, nas discussões acerca da qualidade está implícita a noção de avaliação e, neste contexto o gerenciamento de indicadores que fornecem informações para a tomada de decisão consciente e fundamentada é muito importante no processo de Acreditação e para a gestão da qualidade. No entanto, observa-se que, no hospital em estudo, muitos dados são coletados, no entanto não são analisados criticamente para gerar informações e, desta forma não possibilitam uma avaliação real e fidedigna, deixando muitas coisas ao sabor da intuição e do subjetivismo.

Nesta perspectiva, os indicadores não estão sendo utilizados como ferramentas da qualidade que permitem avaliar, planejar, agir e acompanhar, possibilitando assim a comparação intra e extramuros tão relevante para a gestão da qualidade institucional (Haddad, 2004; Bohomol, 2006; Silva; Nora, 2008).

Por fim, a visão de processos é primordial para a Acreditação Hospitalar, bem como para a gestão da qualidade. Assim sendo, a falta dela dificulta a identificação das interfaces existentes entre as diversas unidades/serviços da instituição, fato este observado no hospital em estudo, no qual a visão fragmentada e não na perspectiva dos processos agrega dificuldades do processo de prepare para a avaliação de certificação. Sobre isto, salienta-se que a gestão da qualidade e, neste contexto, a Acreditação Hospitalar requerem esforços amplos e abrangentes, pois as interfaces entre os diversos serviços da instituição e, assim visão na perspectiva dos processos é de extrema importância. Ademais, considera-se a instituição como um todo e não como a soma das partes, tendo em vista a premissa que as diversas unidades/serviços da instituição interagem entre si e influenciam-se mutuamente .

Em contrapartida das dificuldades encontradas durante o processo de acreditacao, observam-se igualmente aspectos facilitadores que contribuíram positivamente, impulsionando este processo no hospital em estudo, dos quais destacam-se: o apoio da Direção; a expertise e envolvimento dos profissionais; o modelo de gestão das unidades/serviços; o envolvimento de diversas categorias profissionais, o estímulo pelo alcance bem sucedido dos objetivos e o reconhecimento das interfaces.

Inicialmente, o apoio da Direção é fundamental para o desenvolvimento de processos de qualidade na instituição (Paladini, 2007; Oliveira, 2009). Neste sentido, o nível diretivo da

instituição deve almejar a qualidade e demonstrar seu comprometimento por meio da formulação e divulgação da política de qualidade da instituição.

Nesta linha de pensamento, destaca-se que a Direção do hospital em estudo sempre apoiou a CAH e o processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação, proporcionando oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos membros da Comissão, respaldando suas ações, pactuando metas relacionadas à este processo nos contratos das unidades gerenciais e, aprovando e concedendo meios para proporcionar ambientes de motivação, a exemplo das premiações com valores em dinheiro para as unidades/serviços com melhores desempenhos.

Em relação ao apoio da direção da instituição, que determina as diretrizes e direciona os recursos institucionais, observa-se que sem ele os processos de qualidade dificilmente têm êxito e atingem os objetivos propostos. Assim, é preciso que a busca pela qualidade seja de interesse de todos que assim agirão em consonância e uniformidade. Outro fator decisivo no processo de Acreditação e na gestão da qualidade é a participação de todos os envolvidos nos processos de qualidade.

Neste sentido, primeiramente destaca-se o envolvimento e participação dos membros da CAH, uma vez que sem isto o trabalho não teria continuidade se quer o sucesso observado. Estes comprometeram-se com o trabalho proposto, buscaram qualificação e aperfeiçoamento profissional relacionado à Acreditação Hospitalar, muitas vezes acumulando outras funções no hospital em estudo em prol da qualidade dos serviços prestados. Adicionalmente, destaca-se o envolvimento de determinadas categorias profissionais, tais como, Enfermeiros, Farmacêuticos, Assistentes Sociais e Administradores que demonstram mais comprometimento do que as demais categorias que compõem o quadro profissional do hospital em estudo.

Neste sentido, considera-se que ter profissionais que acreditam no propósito da Acreditação da instituição facilita o desenvolvimento de um processo de preparo para a obtenção da certificação, à medida em que disseminam as informações e orientações aos demais envolvidos agindo como facilitadores no processo de Acreditação. Em relação à participação dos enfermeiros, ressalta-se que é a categoria que mais adere à processos de qualidade, no entanto observa-se que muito tem sido feito, mas pouco tem sido registrado e socializado, configurando assim uma lacuna relacionada à esta prática profissional que precisa ser preenchida.

Todavia, ressalta-se a importância do enfermeiro registrar e divulgar sua participação nesta área de atuação para a qual sua participação é fundamental e decisiva (Vargas *et al.*, 2007). Assim como a falta de conhecimento pode agregar dificuldades o conhecimento prévio sobre processos de qualidade e, especificamente, em Acreditação Hospitalar contribui para o desenvolvimento destes processos.

Deste modo, observa-se que a experiência prévia de alguns profissionais com programas de qualidade e de Acreditação Hospitalar contribuiu para o desenvolvimento do processo de preparo para a avaliação de certificação do hospital em estudo. Alguns já vivenciaram e vivenciam processos similares em outras instituições em que atuaram ou que ainda atuam, assim estão familiarizados com o tema, com a metodologia da Acreditação e com os padrões exigidos. Adicionalmente, podem contribuir com a troca de experiências, socializando estratégias, além de agirem como facilitadores e multiplicadores do processo nas unidades/setores em que atuam.

Este modelo gerencial permite a otimização do processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação na medida em que contam com uma estrutura hierárquica bem definida, apresentando pessoas-chaves que agem como multiplicadores junto às suas equipes e serviços, possibilitando o direcionamento das ações e responsabilidades. Além disto, ressalta-se a pactuação, via contrato, da meta relacionada resolução de não-conformidades do Plano de ação.

Ao final do contrato, esta é avaliada, em conjunto com as demais metas pactuadas com a direção do hospital, e as UG são premiadas de acordo com o alcance das mesmas. Nesta perspectiva, observa-se que isto acaba agindo como fator motivador sobre as unidades neste formato e, assim, contribui para o desenvolvimento deste processo de preparo para a certificação.

Ademais, o alcance dos objetivos e das metas propostas estimula e motiva as equipes e as unidades/serviços impulsionando-as no processo de preparo para a avaliação de certificação de Acreditação. Muitas destas metas requerem o reconhecimento das interfaces presentes e a articulação com as demais unidades/serviços envolvidas e, neste sentido, quando estas são reconhecidas, há colaboração mútua e trabalha-se nesta perspectiva para a resolução das nãoconformidades, o que facilita a resolução das não-conformidades e,consequentemente, contribui na busca da certificação de hospital acreditado.

Diante disto, tem-se que muitos fatores podem colaborar para o sucesso ou para a descontinuidade do processo de preparo da instituição para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar. Nesta linha de pensamento, observa-se que algumas das dificuldades e facilidades observadas no hospital em estudo são compartilhadas por outras instituições que, igualmente, desenvolvem processos similares. Em relação às dificuldades tem-se pontuado: pouco apoio da direção da instituição; mudança da gestão durante o desenvolvimento do processo; estrutura física inadequada; recursos humanos (gestão, déficit e comportamento inadequado); cultura organizacional resistente a mudanças; falta de sistematização de programas de treinamento e aperfeiçoamento profissional e interface e comunicação incipiente entre os diversos setores da instituição.

No que tange às facilidades que contribuem para o sucesso do processo de preparo para a obtenção da certificação de Acreditação Hospitalar destaca-se que o apoio da Direção e o envolvimento e comportamento dos profissionais são decisivos (Ribeiro, 2006; Piegas *et al.*, 2007).

Neste contexto, o hospital em estudo foi trilhando seu caminho na preparação para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar, compartilhando a visão e o entendimento de que isto era de interesse institucional e não restrito a um grupo de pessoas. Observa-se que o CAH mudou a trajetória da instituição em prol da qualidade, sendo capaz de promover mudanças significativas e de impacto, deixando dessa maneira sua marca na história deste hospital. Por conseguinte, o trabalho desenvolvido pelo CAH tem sido reconhecido e valorizado durante o passar dos anos e seu potencial de atuação observado e avaliado, fato este que pode ter influenciado na aprovação da ampliação de CAH para núcleo de gestão da qualidade-NGQ, no final de 2012.

Isto possibilita observar a ampliação da área de atuação, bem como maior autonomia da NGQ, a qual passa a ser subordinada à Direção Operacional e não mais da Direção do Corpo Clínico, na qualidade de CAH. Em relação à posição em que ocupa no organograma da instituição considera-se que, primeiramente, a qualidade é estratégica e, portanto deve encontrar-se neste nível hierárquico. Além disto, permeia todas as áreas da instituição. Desse modo, quem exerce a gestão da qualidade precisa ter autonomia para tomar decisões e dar diretrizes relacionadas ao alcance e manutenção da mesma nos diversos setores e serviços institucionais.

A função essencial da NGQ é assessorar os processos de qualidade na instituição, mediante consultoria interna prestada às unidades/serviços, envolvendo igualmente com a política da qualidade, com o planeamento e desenvolvimento das ações relacionadas, além de contribuir para a capacitação dos profissionais visando aperfeiçoar o modelo de gestão institucional. Neste sentido, observa-se a ampla e diversa atuação da NGQ, atuando desde o nível estratégico até o operacional, relacionando-se com os diversos níveis hierárquicos que se apresentam e atuando desde a formulação de políticas até a operacionalização dos programas. Adicionalmente, desenvolve funções técnicas de sua competência, próprias do escopo de sua área de atuação (Paladini, 2007).

Para poder atuar nesta perspectiva, compõem a NGQ: o Comitê da Qualidade e os GIQ. O Núcleo contará com profissionais de dedicação exclusiva, com qualificação comprovada relacionada à qualidade e deve, obrigatoriamente, contemplar um enfermeiro, um médico, um administrador e um auxiliar administrativo. Adicionalmente, a NGQ conta com um assessor da Gestão da Qualidade, o qual deve ser profissional da área da saúde, atuante na instituição há pelo menos cinco anos, ser qualificado para ocupar o cargo e ter disponibilidade para dedicar-se exclusivamente à NGQ.

Nesta perspectiva, tem-se que o Assessor da Gestão da Qualidade exerce a função da Gestão da Qualidade, no entanto não detém exclusividade sobre ela, mas age em conjunto com os demais membros como agentes de decisão deste processo (Paladini, 2007).

Figura 3: Processo da qualidade



Fonte: Paladini (2007)

Atualmente, a NGQ conta com o quadro profissional estabelecido em seu regimento interno, aprovado em meados de 2012, o quê demonstra o esforço da instituição em dispor de profissionais para que se dediquem e concentrem seus esforços exclusivamente na gestão da qualidade da instituição.

Além disto, demais profissionais da área da saúde poderão ser incluídos no *staff* permanente da NGQ, desde que indicados pelo Assessor da Gestão da Qualidade, demonstrada a importância e pertinência de sua participação e mediante a provação da sua respectiva chefia e da Direção Geral do hospital.

O Comitê da Qualidade, por sua vez, é a evolução do CAH e, assim sendo, acumula suas funções e agrega outras, no sentido de operacionalizar os processos de qualidade e gestão da qualidade no hospital realizando auditorias internas, emitindo relatórios e pareceres, participando de capacitações e treinamentos relacionados à gestão da qualidade. Em sua composição conta com 10 profissionais de diversas áreas e categorias, representantes das diversas unidades/setores da instituição, indicados pelo Assessor da Gestão da Qualidade, o qual coordena este Comitê. As indicações serão aprovadas no conselho operacional e formalizadas mediante portaria da Direção Operacional e Geral da instituição.

Nesta perspectiva de atuação, observa-se a permanência dos GIQ, responsáveis por coordenar e gerenciar todos os aspectos relacionados à gestão da qualidade nas suas respectivas unidades/serviços. Os aspectos relacionados à composição e dinâmica de reuniões

seguem as mesmas determinações, anteriormente formuladas pelo CAH. No entanto, neste momento ressalta-se a necessidade de resgate destes grupos, que representam os braços da NGQ nas unidades/serviços, uma vez que tem-se que alguns foram formados para atender meramente à determinação do CAH e não têm realizado o quê é de sua competência e responsabilidade, tampouco correspondido às expectativas.

Diante disto, percebe-se a opção da NGQ em manter e estimular a mobilização de pequenos grupos como gestores da qualidade do local onde desenvolvem sua prática profissional, tornando-os participantes do Plano de intervenção e demais processos de qualidade da instituição em estudo, o que acaba por motivar aqueles que participam da identificação e resolução dos problemas do seu ambiente de trabalho (Campos, 2004; Paladini, 2007).

De ressaltar que existem outros grupos que trabalham ligados a Farmacovigilância, a Tecnovigilância, a Hemovigilância, a de Saneantes e a Comissão de Gestão de Risco, cada qual com seu respectivo responsável. Estes são aspectos fundamentais em prol da qualidade e da segurança nas instituições hospitalares. Assim, o NGQ agrega estas demandas atuais dos hospitais.

A atuação da NGQ, por sua vez, estrutura-se em três programas centrais, até este momento, quais sejam: o Programa de Acreditação Hospitalar; o Programa 5S e o Balanced Score Card -BSC. Nesta linha de pensamento, tem-se que o primeiro fica a cargo do Comitê da Qualidade e corresponde às ações até então desenvolvidas pelo CAH, que devem permanecer enquanto o hospital demonstrar interesse na certificação de hospital acreditado, uma vez que há avaliações de certificação e as de manutenção da certificação, configurando-se em um processo contínuo e ininterrupto.

Em relação ao Programa 5S, durante a realização das auditorias internas o CAH observou unidades/setores desorganizados e, neste sentido, propôs e implantará este programa que consiste em uma metodologia de trabalho buscando a qualidade na organização.

Além disto, o NGQ preocupa-se com a segurança e, neste sentido, instituiu um programa para este fim, o qual contempla o Gerenciamento de Riscos denominado Programa de Segurança do paciente. O gerenciamento de risco, este é recente na realidade

brasileira,entretanto observa-se a preocupação das instituições em aderir à esta prática que Oliveira, 2009).

Esta abordagem inicial do NGQ com Diretores, Gerentes e Supervisores justifica-se uma vez que a definição da política da qualidade deve ser o primeiro passo a ser dado em busca da Gestão da Qualidade e precisa acontecer no nível da alta administração, pois envolve a tomada de muitas decisões que vão além das dimensões da esfera operacional. Adicionalmente, observa-se que o NGQ do hospital em estudo desempenha suas funções de acordo com os pressupostos da atuação da gestão da qualidade, participando no nível estratégico da formulação da política da qualidade e no nível operacional desenvolvendo, implantando e avaliando os programas de qualidade (Paladini, 2007).

Diante do exposto, tem-se que este é um momento de muitas mudanças, de transição entre o CAH e a atuação do NGQ o que requer muitos esforços de todos os envolvidos. Destaca-se a organização e estruturação de um serviço novo, com uma perspectiva de trabalho ampliada em relação ao CAH, o que leva a muitas reflexões por parte deste grupo e, neste sentido, tem-se a evolução e o crescimento destes tornando-se expertos em sua área de atuação e, reconhecidos e respeitados como referências na instituição.

Ademais, ressalta-se que a amplitude do trabalho da NGQ é muito maior do que o próprio grupo imaginava, a qual pode ser atribuída ao êxito do trabalho da CAH que se comprometeu e envolveu-se demonstrando resultados, sendo um agente de mudanças na instituição e conquistando o respeito de todos. Atuação esta que pode ser observada anualmente no relatório de atividades que é divulgado à comunidade pelo hospital em estudo, onde a CAH registrava e socializava suas ações para a gestão da qualidade no hospital.

Uma mudança tão grande na perspectiva de atuação pode gerar angústia e ansiedade, no entanto, destaca-se o entusiasmo dos membros do NGQ que estão compromissados com a nova perspectiva de trabalho, motivados em provocar mudanças em busca de melhorias na instituição. Ressalta-se que buscam mudanças verdadeiras, independente da magnitude das mesmas, e não apenas fruto do momento, desde que sejam incorporadas pela instituição e por seus profissionais de forma verdadeira.

No que se refere à metodologia utilizada até este momento para o preparo das unidades/serviços para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar observa-se que, neste momento de transição vivenciado pelo NGQ, nada muda ou será alterado em curto

prazo, mas alterações e adequações futuras na metodologia ou nas estratégias de trabalho não são descartadas. Há ainda que aguardar o relatório com os resultados da avaliação diagnóstica, por meio da qual será possível visualizar como a instituição está frente ao alcance dos padrões para a certificação de hospital a ser acreditado. Consequentemente, poderá direcionar suas ações seja fortalecendo suas potencialidades ou adequando as necessidades de melhoria.

2.2 A REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A FILANTROPIA HOSPITALAR

O Hospital Divina Providência é uma instituição privada, de caráter Filantrópico. A lei que regulamenta estas instituições exige basicamente que elas não devem remunerar seus dirigentes e que os lucros, superávit financeiro que obtiverem devem ser revestidos para sua própria finalidade. Então elas podem e devem Ter superávit, para que possam crescer e se modernizar e assim servir melhor. Na área da saúde, as instituições hospitalares filantrópicas, onde o hospital Divina Providência se enquadra, devem disponibilizar 60% dos leitos para o SUS. O hospital Divina Providência disponibiliza para o SUS, em média 76% (ano base 2011) .

O Hospital Divina Providência é uma instituição regulamentada, que recebe os recursos dos serviços que presta ao poder público e privado em benefício da própria atividade, e presta conta aos órgãos competentes e de direito.

Pela tipologia do Hospital Divina Providência, o município de Marituba se tornou um pólo de atendimento Hospitalar de média e alta complexidade. Podemos dizer que é um dos poucos, fora de Belém, com possibilidades reais de oferecer serviços Hospitalares ao SUS de alta complexidade. Há cerca de 9 anos recebeu do Ministério da Saúde o título de “Hospital Amigo da Criança” dado ao forte empenho do serviço de pediatria em incentivar e praticar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses.

As dificuldades na implantação do programa de acreditação hospitalar no HDP passa por variáveis externas – as leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas que se impõem independentemente aos custos de produção, valor de mercado e preços praticados; isto numa entidade filantrópica que atendem cerca de dois terços terços aos pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde é complicado. Quanto à concorrência não é um elemento forte no ambiente da organização por ordem de domínio no atual cenário.

Por outro lado existem variáveis internas que passam pela diversidade da assistência demandada que neste caso é enorme e cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente o que dificulta uma rígida padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalidade da oferta de serviços.

O “consumo” do serviço é imediato à produção e portanto não tempo para controle prévio por exemplo da qualidade e nem do estoque de insumos para inspeção final. Os serviços são executados por grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação com interesses corporativos distintos e em algumas categorias apresentam forte resistência ao programa por sentirem-se fiscalizados e tolidos nas condutas às vezes viciadas aos pacientes ante o controle interno e externo

O Hospital Divina Providencia trabalha com o cumprimento das metas pactuadas no contrato que significa por parte dos servicos da unidade um instrumento gerencial até para financiamento das atividades incluindo o investimento na infra estrutura do estabelecimento de saude para uma regioao de saude.

Assim sendo, dentro dos recursos disponíveis, o comite de acreditacao hospitalar-CAH, que foi implantado em 2006 buscou mobilizar esforços visando tanto à participação dos mais comprometidos quanto daqueles que não participam como o esperado.

Observa-se o empenho da CAH em envolver todos da instituição na busca pela qualidade e, neste contexto, pela certificação de hospital acreditado. Sobre isto, destaca-se a importância de fazê-lo uma vez que os recursos humanos da instituição são agentes de transformação, os principais fatores de melhorias e garantia da qualidade, capazes de determinar a trajetória da instituição relacionada à qualidade. Adicionalmente, seus resultados influenciam muito além do que os demais recursos da instituição, assim são pontos-chave para o processo de Acreditação e, nesta linha de pensamento, gerenciar as especificidades dos recursos humanos institucionais é um dos maiores desafios da gestão da qualidade (Paladini, 2007; Zanon, 2001).

CAPÍTULO III- METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente trabalho vai diagnosticar a instituição, com base nas exigências do nível I até onde contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência

prestada ao cliente nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, dispondo de recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação da instituição.

O princípio desse nível é a segurança de acordo com o manual e seus requisitos são: - habilitação do corpo funcional; - atendimento aos requisitos fundamentais da segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médicos – sanitários; - estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas (Manual de Acreditação Hospitalar, 2006).

Os estudos exploratórios, indicam a formação de uma estratégia lógica que consiste em fornecer um quadro de referência que possa facilitar o processo de dedução de questões pertinentes na investigação de um fenómeno.

O diagnóstico empreendido na organização hospitalar citada privilegiou a necessidade de identificar a percepção das pessoas em relação à gestão organizacional e seu reflexo em cada área específica.

Conforme Oliveira(1997) esse tipo de estudo é empregado pelo pesquisador que necessita de informações para entender o contexto no qual são desencadeados os fatores que influenciam determinados acontecimentos.

O estudo apresenta características de pesquisa qualitativa e quantitativa com características e método indutivo clássico, do tipo estudo de caso. Assim a metodologia deste trabalho se baseia em pesquisa exploratória:

- Fazer a avaliação qualitativa dos serviços de saúde do Hospital Divina Providência através do manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares, sendo apresentado as principais características desta metodologia assim como os seus resultados e benefícios – diagnóstico situacional;
- Estudo de caso usando critérios para seleção da amostra do levantamento anterior, assim como os tipos e fontes de informações utilizadas para responder as questões da dissertação, mediante coleta e sistematização dos dados coletados através de entrevistas no Hospital Divina Providência. Apresentação dos dados coletados, e sua abordagem qualitativa dos mesmos.

- Para este fim, desenvolvemos três tipos de questionários que serão dirigidos para 50% do Staff, 50% dos colaboradores e 20% dos usuários

De acordo com Goldim (2000) a pesquisa qualitativa tem caráter descritivo e seu foco principal é a visão do processo e como característica fundamental destaca-se a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador.

Verifica-se, portanto, que a abordagem qualitativa preocupa-se em descrever fenômenos sociais e neste tipo de estudo predomina a construção de significados de ações, fomentam-se as inter – relações humanas e a formação de valores e atitudes.

As técnicas utilizadas nesta pesquisa baseiam-se em entrevistas pré estruturadas e em observações, sendo estruturada em duas fontes de coleta de dados : a documentação indireta representada pelas referências bibliográficas e a documentação direta pela pesquisa documental. Para a construção de um processo lógico como este consideram-se apropriadas a utilização de entrevistas também semi estruturadas para o desenvolvimento de estudo exploratório desenvolvido na organização hospitalar em pauta.

3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados primários foram obtidos mediante a aplicação de questionários previamente elaborados, com perguntas relacionadas ao staff, colaboradores e pacientes / clientes, realizada pessoalmente pelo pesquisador.

Os dados secundários foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em livros, artigos, dissertações, teses e materiais disponíveis em sites na internet. Visto que, o estudo de caso proporciona uma análise holística, considerando o hospital estudado como um todo, com o objetivo de compreendê-lo melhor em seus próprios termos.

Os dados referentes à descrição das características institucional do hospital foi obtido por meio de documentos solicitados junto à direção geral do HDP. A análise dos questionários foi realizada utilizando-se métodos com caráter qualitativo e quantitativo.

A solicitação do estudo foi realizada após obtenção de carta de autorização entregue pessoalmente aos dirigentes (gestores/diretores) de dois hospitais privados filantrópicos sorteados para a pesquisa, porém apenas um aceitou (HDP) formalizada mediante assinatura da carta de autorização (entregue ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos

responsável pela pesquisa) e do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” inerente, que define o estudo e informa sobre o procedimento na aplicação dos questionários. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informa também os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e assume o compromisso de confidencialidade da fonte e das informações, bem como do uso dos dados exclusivamente para os fins propostos nesta investigação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de gestores (executivos), colaboradores e clientes externos, são apresentados respectivamente, nos apêndices 1, 2 e 3 apresentados no final desta pesquisa.

3.2.1 Instrumentos utilizados na coleta de dados

Observação e aplicação de questionários elaborados e adaptados de pesquisas, embasados na literatura específica de administração de empresas, com perguntas objetivas relacionadas com a área de gestão estratégica. Os questionários utilizados na pesquisa foram construídos em conformidade com as descrições propostas por Bispo (2006), a partir de respostas objetivas com o intuito de facilitar a atitude dos respondentes. O instrumento de pesquisa, foi aplicado de acordo com a conveniência de cada sujeito e adaptado para cada classe profissional investigada, assim divididas: a) Questionário para gestores (diretores executivos) do hospital, elaborado com 14 questões relacionadas à área de conhecimento em gestão estratégica (Apêndice 1); b) Questionário para colaboradores, considerados clientes internos da instituição, elaborados com 33 questões relacionadas à pesquisa de clima organizacional (Apêndice 2); c) Questionário para usuários - clientes externos (particulares, planos de saúde e Sistema Único de Saúde), com 08 questões para pacientes conscientes e familiares de pacientes internados com incapacidade de responder às perguntas (Apêndice 3).

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra inicial do estudo proposto incluiu hospitais filantrópicos privados sem fins lucrativos vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que estivessem em processo de acreditação hospitalar ou já habilitados com certificação, dos seis hospitais analisados – Hospital Anita Gerosa, Hospital da Benemérita Beneficente Portuguesa, Hospital Da Ordem Terceira, Hospital Maternidade do Povo, Hospital Regional de Altamira (transamazônia) público gerido pela OSS Fundação São Camilo e o Hospital da Divina Providência - HDP na cidade de

Marituba, Pará, Brasil e região metropolitana de Belém (norte do Brasil) eram os dois últimos com este processo.

A pesquisa foi realizada buscando-se obter dentro do perfil, pelo seu porte e com oferta de serviços assistenciais regionalizados que tivesse parceria (vínculo) vigente com o SUS (Sistema Único de Saúde) até a data final de coleta de dados do estudo (23 de Outubro de 2012). Conforme os dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), é um hospital considerado de médio porte inserido na região metropolitana de Belém com procedimentos de média e alta complexidade (com 137 leitos e 408 colaboradores - clientes internos).

Baseado nesta definição, para o estudo de caso, se fez toda a prelação de consultas preparatórias para o objetivo. Os sujeitos respondentes dos questionários aplicados foram compostos por três áreas: os gestores (diretores - altos executivos), os colaboradores – clientes internos (médicos, enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, serviços gerais, administrativos, laboratoriais, etc.) e os usuários - clientes externos (pacientes - familiares) dos dois hospitais. Os sujeitos foram escolhidos através de esclarecimentos, sensibilização, conscientização e explicação prévia sobre o significado e procedimentos da pesquisa. Respeitando aqueles que optaram por não contribuir com o estudo, estando amparados pelos preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n.196/96 (BRASIL, 1996).

3.3.1 Critérios adotados na amostra

No início da pesquisa, o projeto de pesquisa após ser aprovado junto à coordenação local da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), foi encaminhado por determinação do SISNEP (MEC) ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital Ofir Loyola(HOL). Desse modo, em anexo são apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinados pelos sujeitos que concordaram em participar do estudo (Apêndice 1 - para gestores; Apêndice 2 - para colaboradores (clientes internos) e Apêndice 3 - para clientes externos).

Registra-se que o estudo propriamente dito teve seu início somente após ter sido aprovado com parecer favorável junto ao Comitê de Ética e Pesquisa responsável, conforme resolução 196/96, do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1996). Anota-se, que os custos com o desenvolvimento da pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador, já que não se teve nenhum patrocinador antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa.

A partir disso solicitou-se a autorização oficial para a realização da coleta de dados. Uma carta de anuência assinada pelo pesquisador foi encaminhada ao Diretor geral do hospital inserido no estudo, solicitando positivamente uma declaração assinada pelo representante legal autorizando a realização da pesquisa, posteriormente recebida pelo pesquisador. Em seguida, em posse da declaração anexada ao projeto de pesquisa, se encaminhou conforme determinação do SISNEP (MEC) para avaliação, ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Offir Loyola (HOL), obtendo-se resposta favorável por meio do parecer final CAAE: **0613.0.000.323-11.**

Após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como a anuência da direção geral do hospital, se realizou então uma revisão nos instrumentos de coleta de dados com o objetivo de verificar a viabilidade, a necessidade de correções e reajuste de conteúdo, para se ter uma melhor compreensão. Não houve necessidade de realizar alterações nos questionários. Por fim, confirmada a viabilidade do instrumento, agendou-se junto à direção do HDP um período para realização de esclarecimentos quanto à natureza da pesquisa, conceito, metodologia, objetivos e solicitação da participação dos gestores, colaboradores e clientes externos, sensibilizados por meio de uma rápida apresentação.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi à entrega do instrumento por contato direto com cada sujeito. Nesta oportunidade se deixou claro que seriam observados todos os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, haja vista, preconizados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº. 196/96 (BRASIL, 1996), a qual garante o respeito à proteção dos direitos e ao bem estar dos envolvidos na pesquisa. A coleta de dados foi realizada em apenas uma etapa, no período de 07 de Agosto a 23 de Outubro de 2012, durante o horário matutino e vespertino, de segunda a sexta feiras, no horário de expediente dos profissionais (gestores e colaboradores internos), com o prazo máximo de devolução do questionário em mãos ao pesquisador fixado em 15 (quinze) dias.

Em contrapartida, o procedimento de coleta de dados para usuários - clientes externos (pacientes ou familiares de pacientes), por ser atípico em decorrência da alta rotatividade, da disponibilidade, tipo de clientela e condição clínica do paciente no momento de responder ao questionário, foi executado de outra maneira. Porquanto, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” do usuário - cliente externo que concordava em participar do estudo teve que ser

assinado com o questionário anexo e realizado durante a abordagem do pesquisador ao cliente, após serem dadas as explicações prévias de esclarecimentos da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foi incluído na amostra do estudo, o hospital geral localizado na Grande Belém, caracterizado como Filantrópico e sem fins lucrativos, vinculados ao SUS e que respondeu favoravelmente ao interesse de participar do estudo. Na processo das entrevistas foram excluídos da pesquisa, as pessoas que ao serem abordados para contribuir para as respostas as questionários desistiram ou pediram para que as respostas não fossem consideradas o que correspondeu a 0,02% do total anteriormente delineado, contudo foram substituídas por outras para atingir a meta da amostra.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os principais riscos decorrentes da realização da pesquisa, relacionado ao hospital investigado foi à exposição deste à comunidade em geral, com suas fragilidades administrativas e de gestão. No entanto, estes riscos foram minimizados pelo pesquisador, através da manutenção da identidade do hospital, em sigilo absoluto. Outro risco possível estava relacionado à exposição da identidade dos sujeitos fontes da informação, o que se controlou através do sigilo absoluto de suas identidades.

Registra-se aqui, que a pesquisa sem dúvida proporcionou benefícios importantes à comunidade, pois mediante as informações colhidas e os aspectos abordados, se chegou a conclusões importantes, que certamente podem servir e auxiliar no processo de revisão e de gestão dessas organizações, já que foi dado um relatório de *feedback* às instituições envolvidas, acerca daquilo que foi observado na avaliação.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada através do pacote estatístico SPSS 17.0, sendo adotada a estatística descritiva para a caracterização do estudo e a estatística inferencial para análise das diferenças nos dados qualitativos. Para a estatística descritiva utilizou-se a distribuição de frequência de forma absoluta e relativa e para a inferência estatística utilizou-se o teste do Qui-quadrado para

dados não-paramétricos. Foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$ para a inferência estatística.

CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 DO STAFF / GESTORES

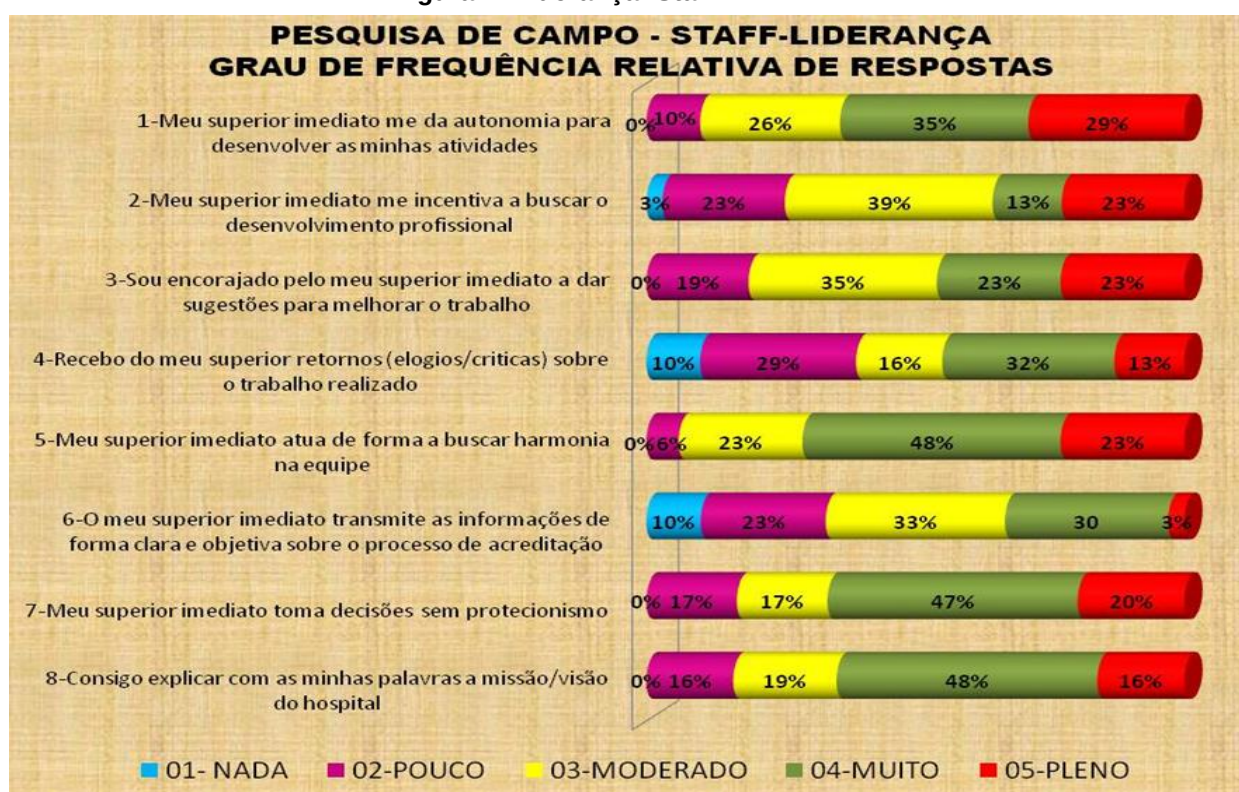
Do questionário aplicado junto aos gestores da HDP, foi dividido em duas áreas de estudo: Liderança e estratégias com um total de 14 perguntas em envolvendo 31 entrevistados que atuam na direção, coordenações e serviços da unidade.

Das 434 respostas possíveis apenas 6 ficaram sem resposta representando 0,02 % e maioria concentrada na área de estratégias. Na área de liderança queremos ressaltar que as respostas entre muito e pleno (4 e 5) tiveram nas questões voltadas para a autonomia (65%),retornos(45%), harmonia na equipe (71%) decisões em protecionismo e conhece a

missão / visão do hospital (65%), dando ao bloco desta área 53% neste nível de pontuação. Para pontuações moderadas foram registradas um prevalência maior no incentivo para o desenvolvimento profissional e informações sobre o processo de acreditação.

Na área de estratégias as anotações de pontuação mais elevada (4 e 5) apenas nos quesitos chance de promoção e grau de responsabilidade, respectivamente com (35%) e (55%), na frequência de reuniões sobre acreditação, bem como na elaboração de planos e metas 33% não tiveram nenhuma participação e moderadamente tiveram grau de satisfação sobre os resultados das reuniões bem como em relação ao diagnóstico situacional.

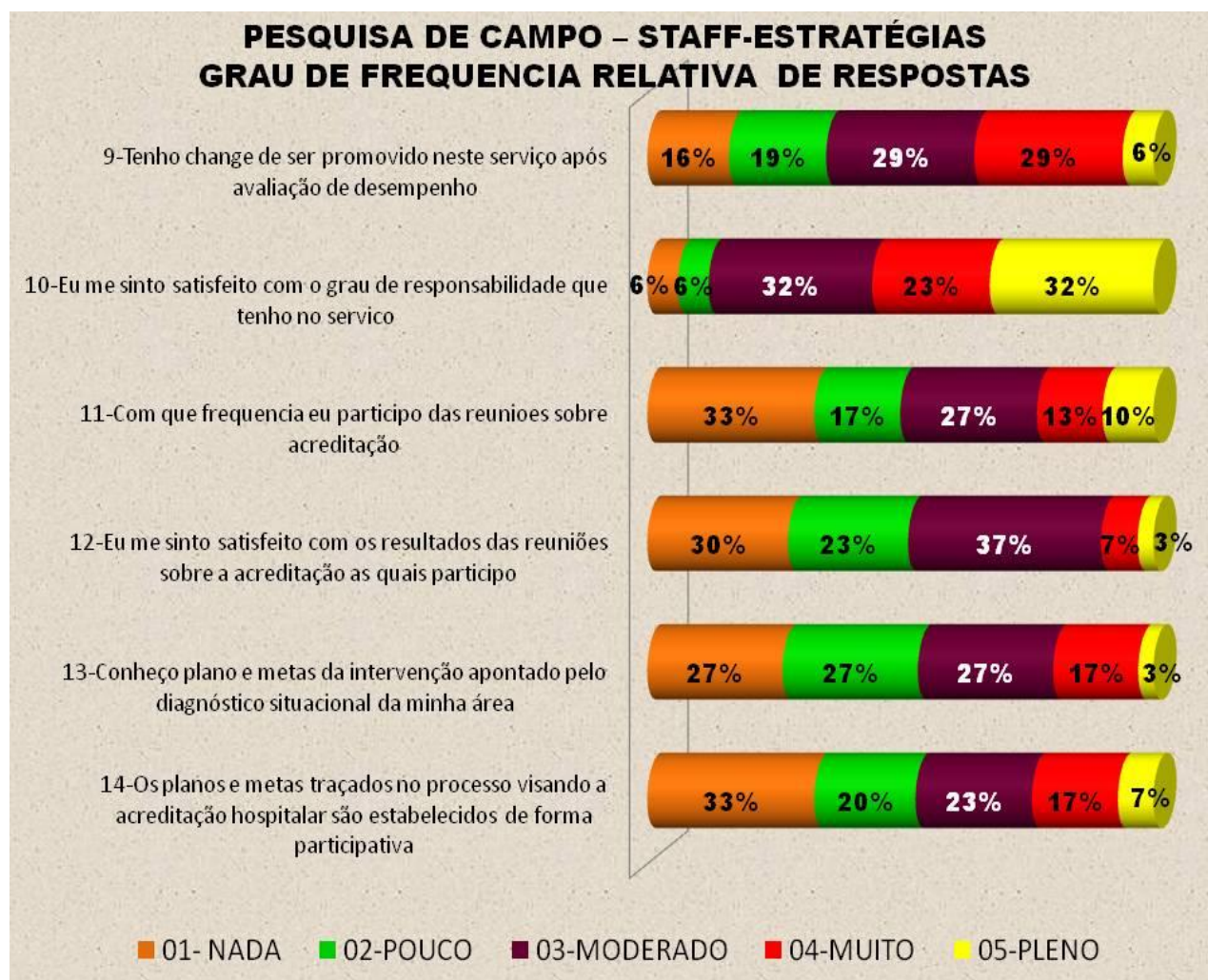
Figura 4: Liderança- Staff



Fonte : Pesquisa direta (2012)

Maior representação percentual nas respostas teve nas perguntas 5 e 8 com 48% cada no nível “muito” seguindo-se o nível “moderado” nos quesitos 2 e 3 e no nível “pleno” o destaque para a pergunta 1 em que refere a autonomia do chefe imediato em poder desenvolver as atividades. Se registra um percentual de 10% sobre informações do chefe imediato sobre o processo de acreditação no quesito 6.

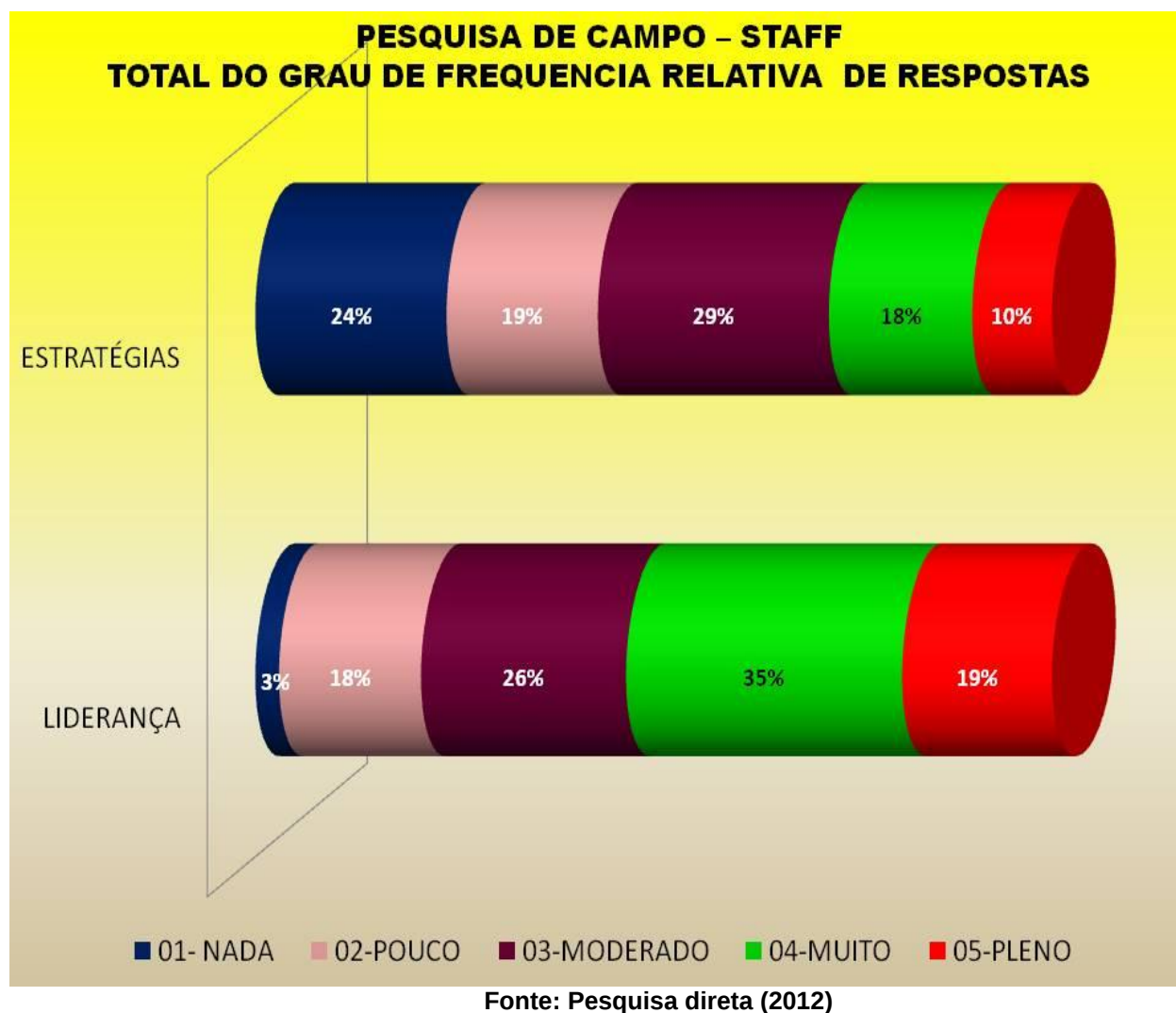
Figura 5: Estratégias-Staff



Fonte : Pesquisa direta (2012)

Sobre o componente estratégias um baixo percentual no nível “pleno” nos quesitos menos na pergunta 10 que menciona a satisfação com o grau de responsabilidade que tem no serviço, grande concentração de resposta no nível “moderado” neste bloco de perguntas e sobressai nos quesitos 11 e 14 um nível de “nada” denotando um sinal de pouco envolvimento do Staff no processo de acreditação do hospital estudado.

Figura 6: Total Geral-Staff



No consolidado das respostas para os dois ítems maior concentração de respostas no nível moderado para as estratégias e na liderança apontou o nível “ muito” e se juntar o níveis deste último e o nível “pleno” temos uma elevação para 54% das respostas.

4.2 DOS COLABORADORES / CLIENTES INTERNOS

Neste questionário participaram na qualidade de pesquisados 140 colaboradores nas suas diversas categorias profissionais maior parte (64%) de nível médio de escolaridade composto por quatro áreas com agrupamento de perguntas assim – colaboradores, informações, pessoas e processos.

Nesta pesquisa de campo, este questionário dirigido para os colaboradores foi o que mais teve perguntas (33), sendo que das 4.620 respostas da amostra, apenas 49 não tiveram resposta, representando 0,01%.

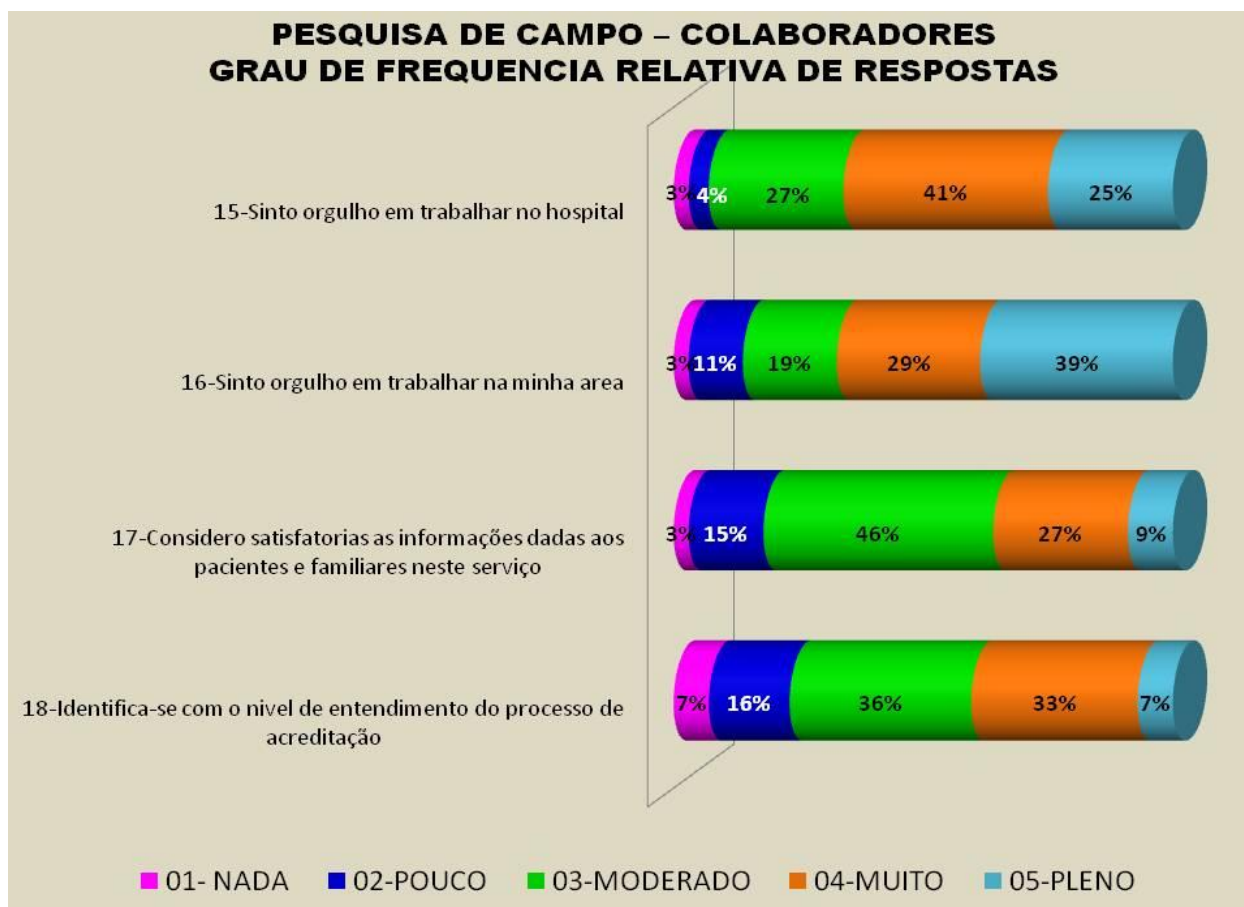
Na análise detalhada por segmento, no que se refere aos colaboradores 66% tem muito e pleno orgulho de trabalhar no hospital e 68% de trabalhar na sua área de atuação, sendo que moderadamente 46% consideram as informações satisfatórias e 35% tem nível de entendimento sobre o processo de acreditação.

Na área temática de informações no que toca a informações claras e disponíveis além de serem confiáveis e atualizadas são a predominância das respostas com pontuação definida com conceito muito e pleno (53%), quando se refere a informações sobre o processo de acreditação, há uma incidência menor no conceito ficando em moderado (38%) bem como na rapidez das respostas e atualização para solucionar os problemas.

Quanto à gestão com pessoas há um maior percentual de respostas moderadas quando se refere a nível salarial, competição de mercado oferta de treinamentos, integração e cooperação com outros serviços do Instituto bem como na oferta de programas de reconhecimento e valorização; por outro lado as respostas com maior conceituação entre muito e pleno tem maior projeção nos assuntos voltados aplicação de conhecimentos nos treinamentos, recepção das pessoas no setor onde vão trabalhar, atualização e aprimoramento profissional, e ainda no interesse para aceitar desafios. No conjunto desta área a densidade das respostas (4 e 5) obtiveram 46% do total de respostas possíveis; também foi registrado 45% do total das sem respostas sinalizadas nesta área.

Por último na temática dos processos em dois itens houve respostas moderadas sobre o grau de satisfação sobre as mudanças na instituição e sobre o conhecimento das etapas do processo de qualificação das conformidades da acreditação; nos demais itens as respostas se contração em pontuações mais elevadas representando no global da área cerca de 51% do total das respostas esperadas.

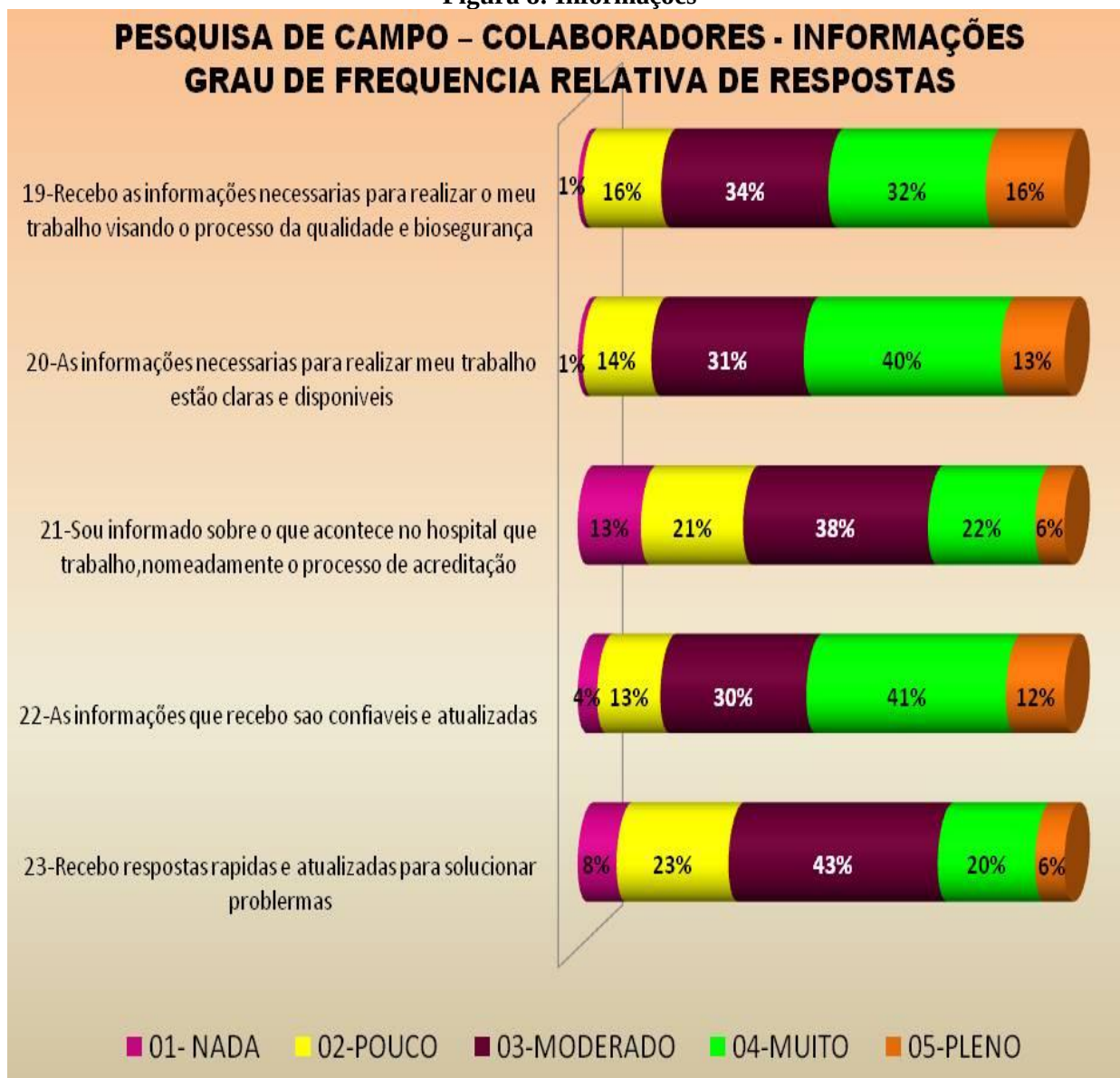
Figura 7: Colaboradores



Fonte : Pesquisa direta (2012)

No questionário envolvendo os colaboradores 66% responderam os níveis “muito” e “Pleno” em sentirem orgulhosos em trabalhar no hospital em qu atuam e 68% na área em que trabalham; para os outros dois quesitos uma concentração percentual no nível “moderado”.

Figura 8: Informações

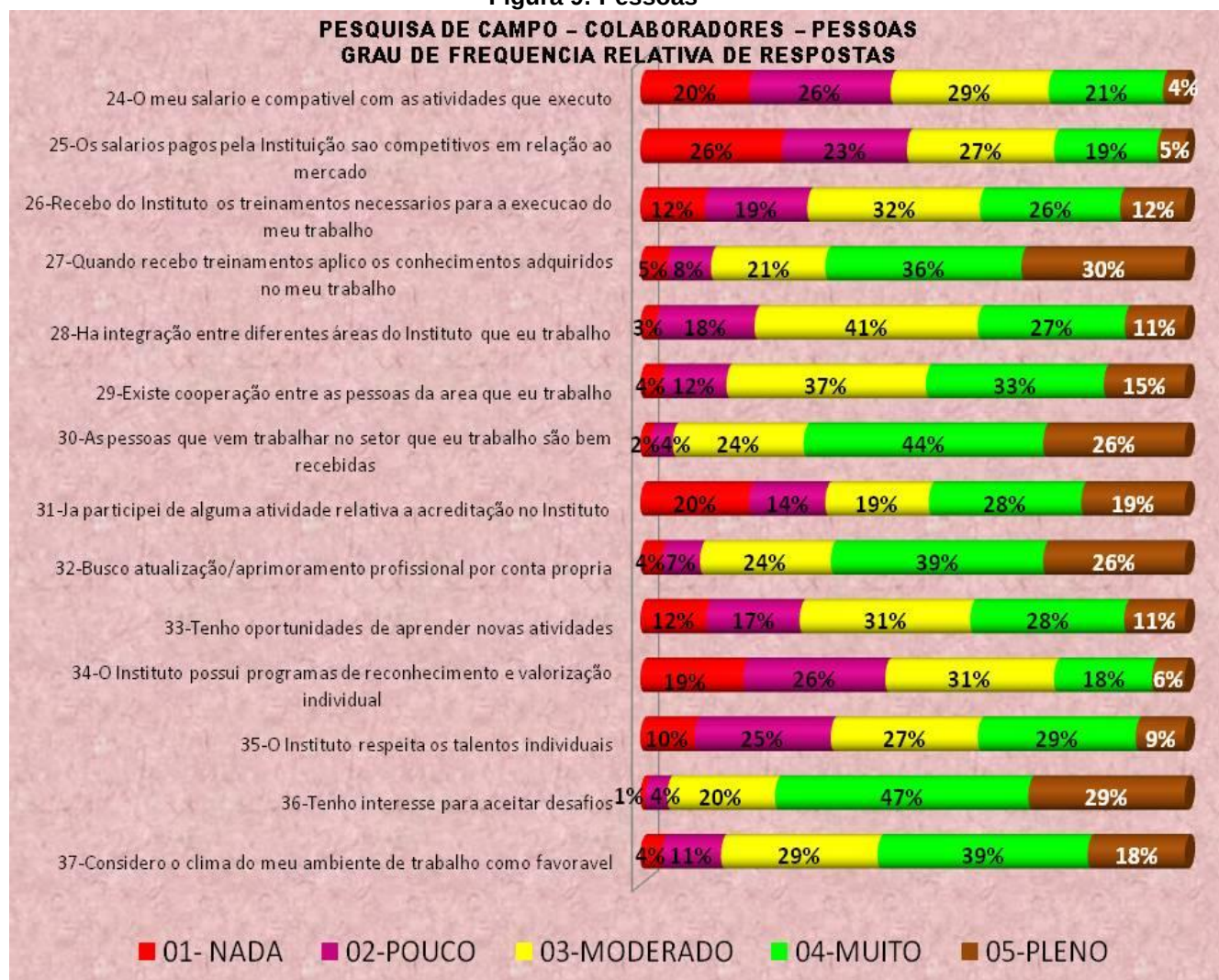


Fonte : Pesquisa direta (2012)

Quando se trata de informações predomínio das respostas do nível “moderado” relacionado a qualidade, biosegurança, processo de acreditação respostas rápidas e atualizadas para solucionar os problemas e no nível “muito” nos quesitos informações claras e atualizadas bem confiáveis.

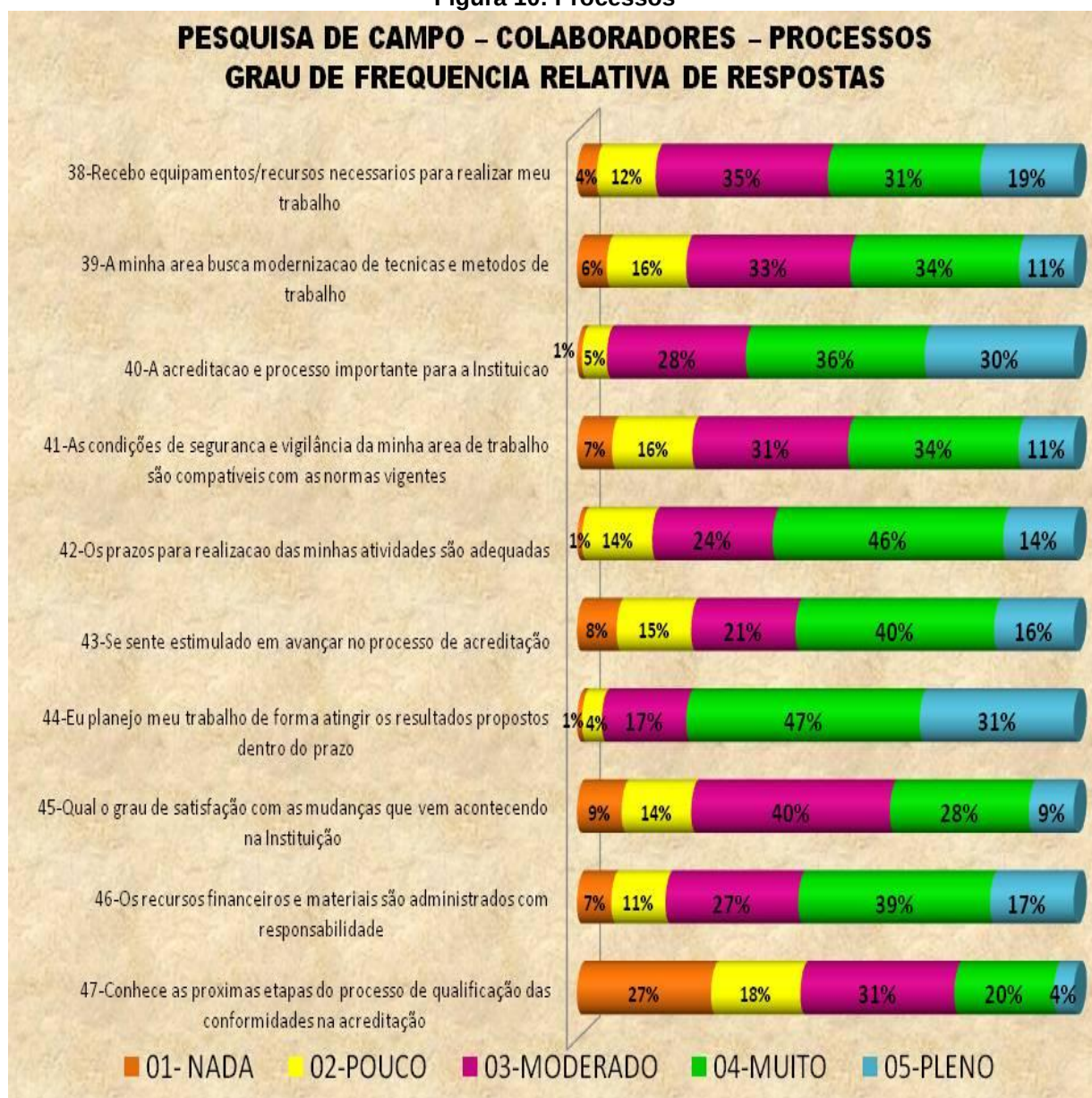
Quando relacionados a pessoas de uma forma geral, um destaque quando o interesse para aceitar desafios com nível “muito” e se alagarmos o nível para “pleno” um registro de 76%. Para a participação de atividade relativa a acreditação 20% responderam “nada”. A recepção das pessoas que vão trabalhar no setor de atuação 70% afirmaram serem muito ou plenamente. Observe a figura 9, abaixo.

Figura 9: Pessoas



Fonte : Pesquisa direta (2012)

Figura 10: Processos

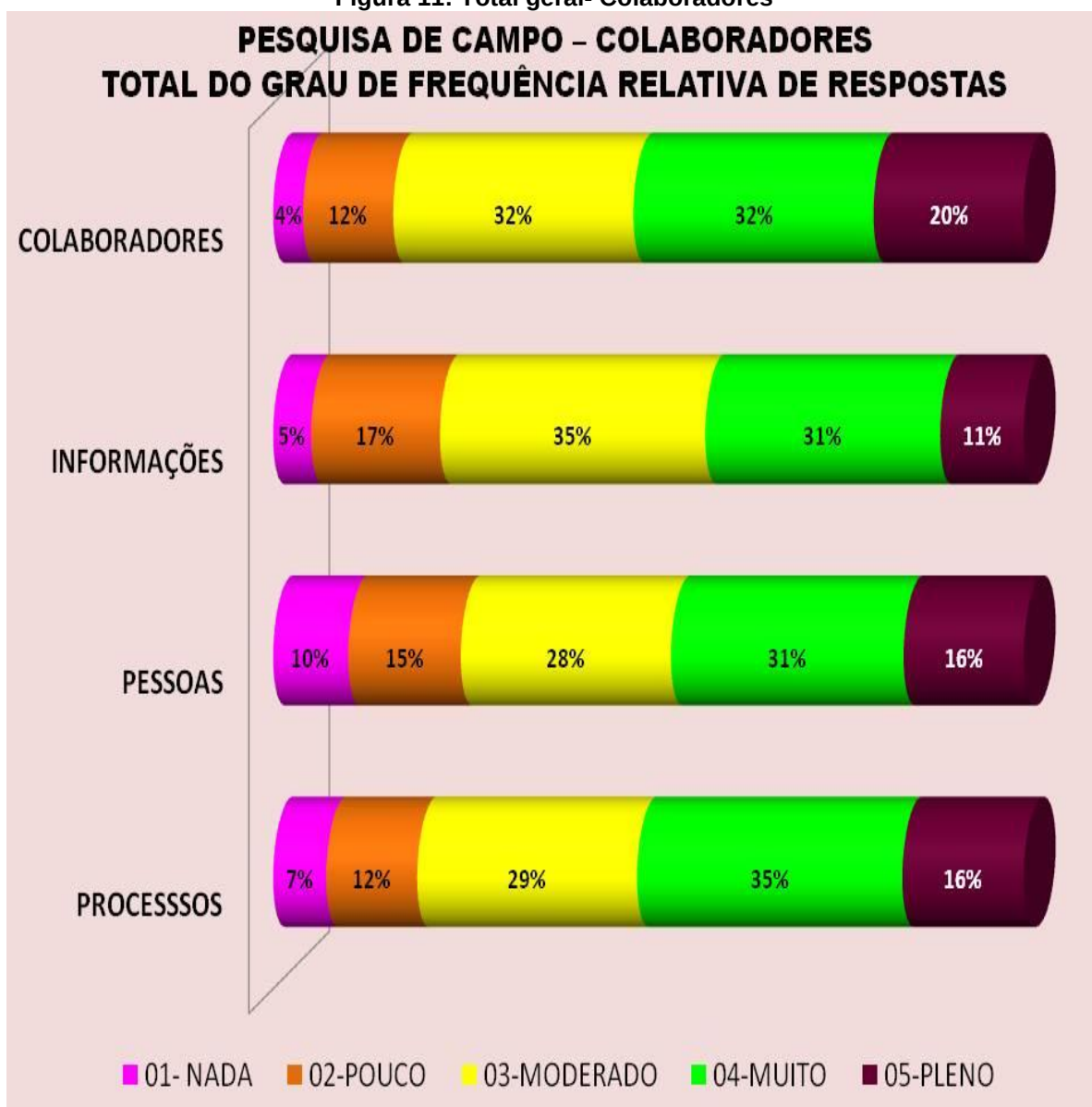


Fonte : Pesquisa direta (2012)

Sobre os processos 27% responderam que não conhecem as proximas etapas do processo de qualificacao, mas os que conhecem os prazos para realizacao das atividades 60% responderam nível “muito” e “pleno”, 66% afirmam que a acreditacao é um processo importante para a instituicao.

No consolidado geral do questionário dos colaboradores, nos componentes colaboradores, pessoas e processos uma concentracao maior de respostas nos níveis “muito” e “pleno”, quando se refere a informacoes esta tem um percentual maior nos níveis “pouco” e “moderado”. Conforme observa-se na figura 10, logo abaixo.

Figura 11: Total geral- Colaboradores



Fonte : Pesquisa direta (2012)

4.3 DOS PACIENTES / CLIENTES EXTERNOS

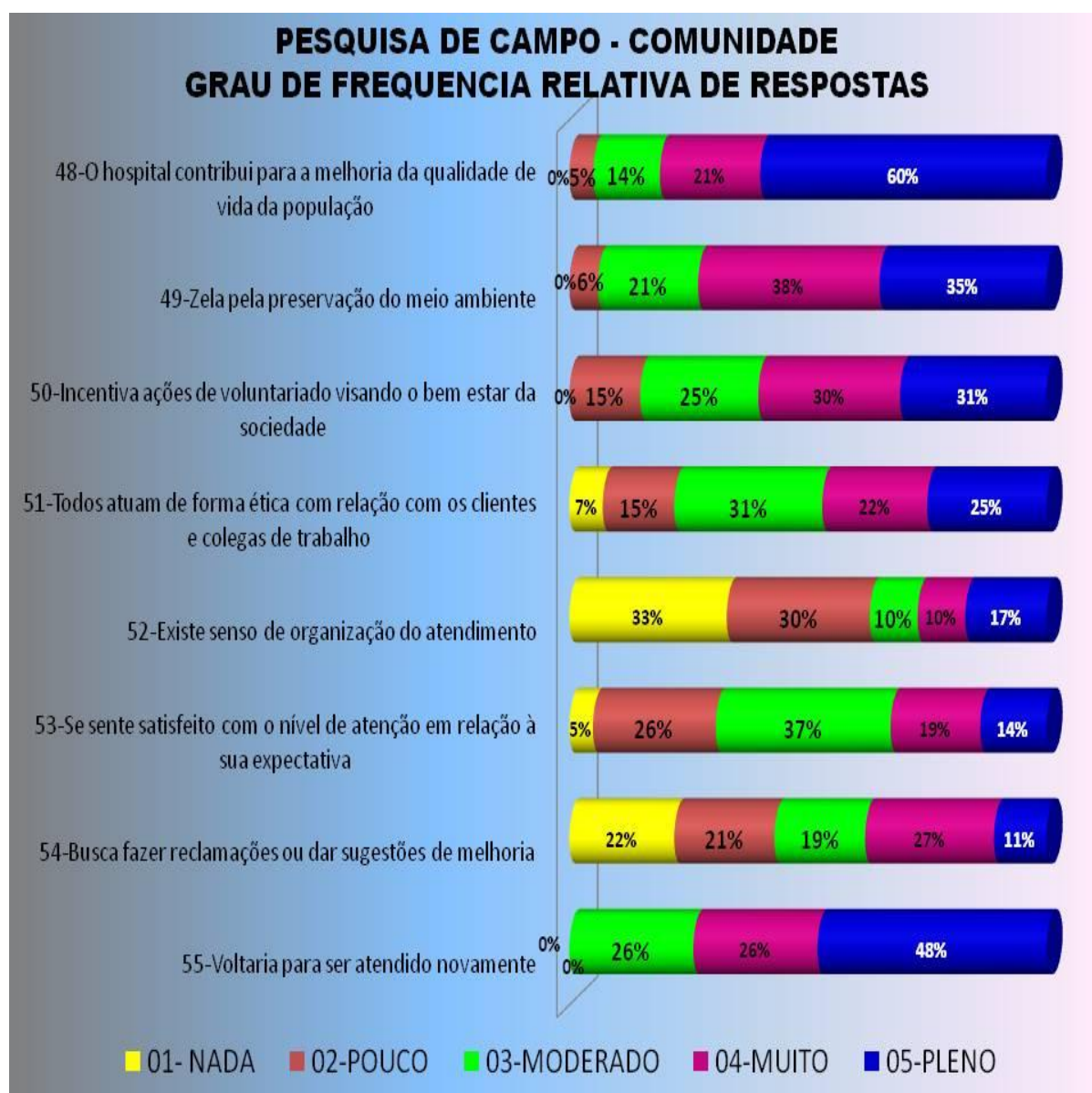
Em relação a este levantamento de respostas da pesquisa de campo com a participação da comunidade tivemos 81 pessoas atuando de forma direta no questionário com 8 perguntas muitas delas voltadas para a qualidade do atendimento.

Dois destaques: quatro perguntas sem pontuação 1 no que mencionada sobre a contribuição do hospital para a melhoria da qualidade de vida , a preservação do meio ambiente, incentiva ações de voluntariado e voltaria a ser atendido novamente o que denota o papel do hospital na sociedade e o outro na pergunta relacionada ao senso de organização do

atendimento se registrou uma pontuação elevada na pontuação 1, remetendo uma declaração forte sobre este item, uma vez o 2º. Registro foi pouco se tem feito, ou seja, 63% das pessoas fizeram esta observação no atendimento.

A garantia do retorno ao hospital para um futuro atendimento o total das respostas está concentrado entre moderado a pleno.

Figura 12: Comunidade

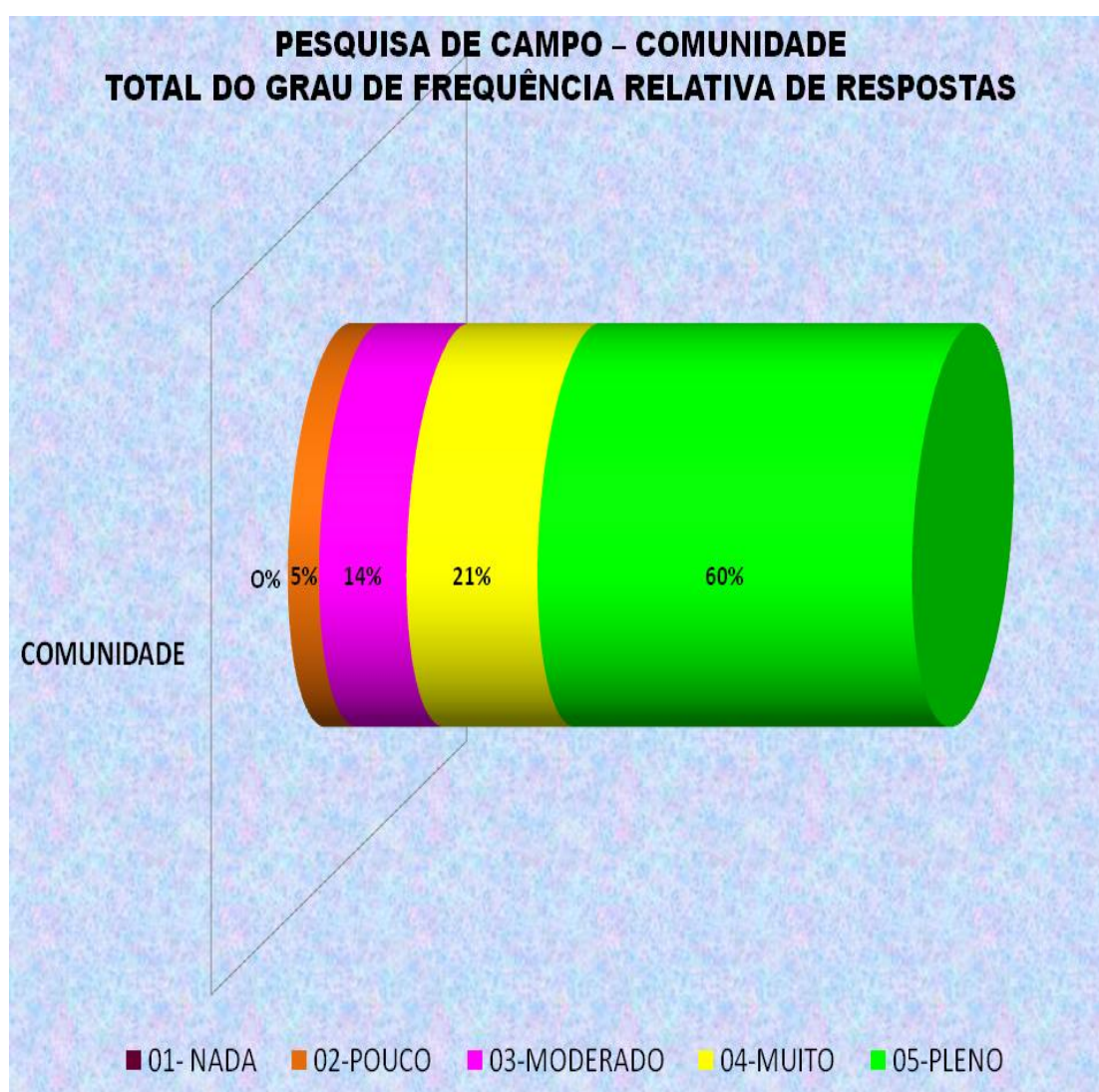


Fonte : Pesquisa direta (2012)

Neste bloco com a participação dos usuários/clientes do hospital 74% das respostas nos níveis “muito” e “pleno” afirmaram que voltariam ao hospital e 60% responderam de forma “pleno”, que o hospital contribui para a melhoria da qualidade de vida

No que concerne a comunidade como verifica-se na figura 13 (abaixo), a maioria (81%) responderam entre “muito” (21%) e “pleno” (60%) demonstrando que a comunidade reconhece a importancia que o HDP tem no atendimento da assistencia a saude e da promocao da qualidade de vida.

Figura 13: Total geral- Comunidade



Fonte : Pesquisa direta (2012)

O estudo aponta como um dos aspectos dificultadores o grau de complexidade e o porte da instituição, mas ressalta que: não tem hospitais como o HDP na Região metropolitana de Belém com 76% de atendimento ao SUS que faz consulta ambulatorial para o sistema, desse tamanho, com esse número de funcionários e procedimentos de média e alta complexidade. Na perspectiva do sujeito, além da característica de hospital Filantrópico, outro fator que agrega dificuldades é se tratar de um hospital com vinculação ao atendimento além do SUS a planos de saúde e a particulares.

Além disso, tem os estudantes os estagiários e internandos de faculdades de ensino que nem sempre compreendem o que está acontecendo na organização”. Esse fluxo constante e instável de pessoas torna difíceis muitas das ações de preparo para a certificação, uma vez que é necessária a capacitação das pessoas para que as mesmas compreendam o processo, se envolvam e se comprometam.

Por sua vez, analisa que o fato de ser um hospital inserido em diversos complexos reguladores de atenção interfere muito nesse processo de Acreditação nós buscamos treinar os profissionais que atuam no serviço mas a rotatividade das pessoas é muito grande, principalmente na nossa área que é uma unidade de especialidades.

Corroborando com as afirmações acima que a direção avalia o desempenho em termos de metas operacionais e as vezes pode dificultar a concentração dos esforços no processo de Acreditação, isso é bem complicado para as equipes, por que não conseguem atingir todas as pessoas que circulam no nosso ambiente de trabalho.

Somado à isto, tem-se a baixa adesão destas pessoas aos treinamentos que são, por ventura, realizados, assim como as especificidades de alguns padrões que são avaliados no processo de Acreditação que requerem o preparo e envolvimento de todos que circulem pela unidade a exemplo da segregação adequada dos resíduos.

Fatores relacionados aos profissionais que atuam na instituição também foram relatados como dificultadores no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação. Nesta perspectiva, as questões relacionadas ao comportamento são ressaltadas quando analisa que “[...] mexer com o comportamento das pessoas não é fácil [...] por que as pessoas sabem, não é por falta de orientação. É feito treinamento e dada orientação [...] mas você ensina num dia e daqui uns três meses, quando você vai ver, aquilo que já era uma rotina não está sendo feito novamente”.

Ademais, os sujeitos pontuam as dificuldades relatadas pelos membros da comissão, relacionadas ao incentivo e envolvimento da categoria médica. Isto é observado quando comenta que *“outro dificultador grande que nós tínhamos no começo era a equipe médica, que era difícil de se atingir [...] era difícil o diálogo e em muitas coisas a gente parava e daqui pra frente eu não consigo ir [...] A equipe médica é a parte mais difícil da gente atingir”*.

Diante disto, analisa que este dificultador está intimamente relacionado à metodologia da Acreditação, uma vez que *“a Acreditação tem que permear todas as áreas, todas as categorias, todos os níveis de uma instituição e isso era um limitador, um impeditivo.”*

Adicionalmente, a característica de hospital público agrega dificuldades e impõe limites quando se trata da abordagem relacionada aos colaboradores. Para *“[...] aqui ainda tem a questão do colaborador que atividades em orgaos publicos e privados e surgem posicoes como estas: [...]aí fora se você não faz você pode ser mandado embora e aqui você não faz e fica por isso mesmo. Aí o que você consegue fazer? [...] aí o que nós temos que fazer é trabalhar com a motivação das pessoas, por que você não tem nenhuma outra forma de cobrança”*.

Associado a isto, tem-se as dificuldades relacionadas ao entendimento dos colaboradores sobre a Acreditação Hospitalar e sobre o comite de acreditacao do hospital da instituição. Isto é observado nas respostas: *“o que mais dificulta é a falta de visão das pessoas sobre o quê a Acreditação pode proporcionar para o serviço [...] que faz com que elas interpretem que é mais uma tarefa a fazer. Elas não conseguem entender que muitas das reivindicações, dos problemas que elas têm naquele serviço, podem ser organizados, de uma forma muito mais racional, se deixarem a Acreditação entrar e participar ativamente desse processo”*.

Quanto ao entendimento e interpretações equivocadas dos colaboradores da instituição sobre as funções e atribuições da Comite, os sujeitos relatam que: *“Um fator que dificulta é quando as pessoas imaginam que a Comite de Acreditação tem que resolver os problemas de uma forma prática pra elas [...] eu vou tentar seguir a metodologia de vocês, mas elas, muitas vezes, confundiam e cobravam que a Comite de Acreditação resolvesse também as coisas, que não tem esse poder”*.

A frustração gerada pela falta de êxito dos setores em conseguir resolver suas não-conformidades relacionadas ao processo de preparo para avaliação de certificação de

Acreditação, bem como aquela gerada pela ânsia de resultados rápidos, também foram apontadas como dificultadores neste processo para a certificação: *um fator que dificulta é quando a pessoa tenta resolver determinados problemas e ela aí não consegue, daí ela fica frustrada, eles querem resultados a curto prazo sem entender*.

Fatores relacionados à cultura da segurança e a não valorização da aferição de riscos também são exemplificadas como aspectos dificultadores. Neste sentido, no hospital não há uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente, é uma grande dificuldade, por que cultura não se muda de uma hora para a outra. Levará muitos anos para mudar essa cultura, subjetivamente você sabe os riscos. Agora quanto este risco impacta, não se sabe quantitativamente priorizar os maiores riscos.

Adicionalmente, o sujeito realça como é indispensável a incorporação da valorização da segurança e gerenciamento de risco para a Gestão da Qualidade no hospital, apontando que querem uma mudança profunda e não superficial, algo permanente no hospital repudiando a estacultura da segurança que acaba sendo um dificultador para o processo, para qualquer processo de qualidade e, para a Acreditação muito mais.

A forma como os indicadores são utilizados na instituição foi apontada como fator que agregou dificuldades ao processo. Não basta calculá-los, pois é preciso analisar os dados e utilizá-los para a tomada de decisão consciente e com fundamentos. Neste sentido medimos pouca coisa, mas não se usa para a tomada de decisão e nem fazemos uma análise crítica em cima destes indicadores e isto também é difícil, você dizer se tem qualidade e se não tem qualidade”.

A visão de processos é igualmente importante na perspectiva da Acreditação, uma vez que considera a interface presente entre os diversos setores da instituição e a avalia como um todo. A análise que na Acreditação, tudo tem interface, um depende do outro. É um nível de dependência grande de um setor com o outro setor”, no entanto se interpreta que se não pensa nas atividades como processos, como a atividade se ela fosse o fim e não que está encadeada com outro processo.

Em contrapartida às dificuldades encontradas no processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar da instituição, os sujeitos também consideraram as facilidades com que se depararam neste período.

O entendimento e o apoio da Direção do hospital foram destacados, pelos sujeitos, como indispensáveis para o trabalho do Comité e para o processo de preparo do hospital para a avaliação de certificação de Acreditação Hospitalar.

Corroborando com as afirmações acima se não há apoio da Direção você não tem nada num processo de preparo para avaliação de certificação de Acreditação”. Neste contexto, ressalta que esse apoio e respaldo se mantêm até hoje. Por conseguinte, a Direção da instituição também proporcionou oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional dos envolvidos, com retorno para o hospital.

A experiência e o conhecimento prévio dos profissionais, a respeito da Acreditação e dos processos de qualidade, foram destacados como facilitadores no processo de preparo dos serviços para a avaliação para a certificação de Acreditação Hospitalar.

Portanto, direcionaram e concentraram esforços às adequações que implicavam obtenção da referida licença, priorizando-se a atuação em alguns serviços de maior impacto na mesma. Na medida em que isto fora sendo desenvolvido, o comité teve dificuldades em suas ações e direcionando seus esforços para o atendimento dos demais requisitos para a Acreditação Hospitalar no Nível 1, neste sentido, priorizou unidades gerenciais tanto administrativas quanto assistenciais.

Envolver as pessoas é primordial para o sucesso de qualquer programa e ainda mais em relação aos esforços em prol da qualidade e em relação à Acreditação Hospitalar que prevê mudanças em vários aspectos. Sobre isto, destaca-se que dificilmente alguém se comprometerá com algo que desconhece e que não sabe a importância e o porquê fazê-lo. Neste sentido, o ponto de partida para os processos de qualidade, tal como o processo de Acreditação Hospitalar, necessitam ser os profissionais da instituição desenvolvendo suas competências, capacitando-os e fomentando o desenvolvimento de uma consciência crítica e responsável.

Nesta perspectiva, espera-se que o resultado obtido seja o mais próximo possível das afirmações de Mezomo (2001, p.57) que analisa que “Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age”.

Desta forma, tem-se que as ações educativas e de divulgação, realizadas pelo CAH, favoreceram um ambiente de sensibilização e preparo para a avaliação de certificação de

Accreditação Hospitalar na instituição em estudo. Adicionalmente, destacam-se seus esforços no desenvolvimento da consciência dos profissionais e gestores envolvidos para a responsabilidade com a qualidade que requer conhecimento, desenvolvimento de habilidades e modificação de atitudes (Oliveira, 2009).

Diante disto, constata-se que as estratégias escolhidas pelo CAH atendem aos propósitos de capacitar, sensibilizar e envolver os profissionais que são primordiais nos esforços pela qualidade e sua gestão.

Nesta perspectiva, ressalta-se que é preciso treinar a média gerência e a área operacional para que estes conheçam, se comprometam e ajam com competência, contribuindo para o estabelecimento de uma cultura da qualidade e desenvolvimento das ações relacionadas em busca da qualidade (Kurcgant, 2005; Oliveira, 2009; Mezomo, 2001).

No entanto, os resultados indicam que sensibilizar e motivar não são aspectos tão simples como podem parecer. A motivação é algo intrínseco, interno à pessoa não sendo possível motivá-la, o que se pode fazer é criar meios para que ela se motive. Assim, ressalta-se que os programas institucionais de qualidade devem criar ambientes de motivação e, neste sentido, destaca-se a produção de benefícios para os profissionais envolvidos, os quais não representam, exclusivamente, incentivos financeiros, mas podem proporcionar destaques e evidência e, assim estimular todos ao alcance das metas (Campos, 2004).

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os estudos realizados durante a pesquisa permitiram destacar aspectos de elevada relevância sobre o tema, constituindo-se em conclusões deste trabalho. As modalidades de trabalho vão paulatinamente se afigurando, inovam também, na gestão, tornando-a indissociável da ideia de qualidade. Nessa visão, tarefas são socializadas, em um processo de descentralização de funções, enfatizando, cada vez mais, atividades de coordenação e responsabilidade compartilhada.

Por isso, nas últimas décadas, os mais diversos tipos de organizações efetivaram mudanças significativas em seu sistema de gestão, em decorrência de uma série de transformações que ocorreram no contexto socioeconômico mundial e em seus ambientes internos, exigindo novo modo de pensar e de agir nas organizações.

Até muito recentemente, as organizações desenvolviam-se em contextos sociais estáveis, sendo a administração relativamente simples. Inversamente, as organizações atuais enfrentam grau cada vez maior de incerteza e complexidade. Essa situação tem impactado de forma significativa o funcionamento das organizações e, de maneira especial, o sistema de gestão, o que tem exigido do gestor o conhecimento e a competência para viabilizar mecanismos/estratégias que possibilitem a gestão de qualidade.

Nesse sentido, hoje, é indiscutível que a gestão do HDP deve incentivar a participação do maior número de pessoas e segmentos na tomada de decisão, assim como precisa valorizar o surgimento de lideranças nas diferentes instâncias da organização.

Esta dissertação de mestrado tratou do tema Acreditação Hospitalar como forma de Gestão da Qualidade e, neste sentido, propôs-se analisar o Processo de Acreditação Hospitalar do hospital em estudo com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado. Assim, registrou a trajetória desta instituição em busca desta certificação, fruto de uma iniciativa inovadora, até a avaliação diagnóstica por instituição acreditadora.

Adicionalmente, possibilitará que as unidades/serviços do referido hospital direcionem-se de acordo com as experiências bem sucedidas das estratégias já desenvolvidas descritas nesta pesquisa. Além disto, contribuirá com o exemplo do hospital sob estudo àqueles que considerem essa experiência como um modelo possível de ser adaptado aos seus contextos e replicado.

Destaca-se que o hospital em estudo desempenha um importante papel no que se refere à assistência à saúde da comunidade, à formação de novos profissionais bem como de seu aperfeiçoamento profissional. Neste enfoque, é imperativo que demonstre e evidencie sua eficiência e seu compromisso com a qualidade confirmando assim o que consta em sua missão.

Além disto, com a Acreditação Hospitalar beneficia-se e beneficiar-se-á com a qualidade da assistência, com a construção de equipes comprometidas, participativas e com espírito crítico, sistematização das ações, critérios de avaliação bem definidos possibilitando comparação intra e extramuros na busca por melhores resultados, além da segurança de pacientes e profissionais. A metodologia da Acreditação Hospitalar destaca-se como uma ferramenta de Gestão da Qualidade, assim como uma forma de fortalecer o SUS, otimizando seus recursos e sistematizando a assistência prestada.

Neste sentido, o hospital em estudo buscou meios de preparar-se para a avaliação de certificação de hospital acreditado. Nesta linha de pensamento, ressalta-se a estruturação de uma Comite de acreditacao hospitalar - CAH para, primordialmente, desenvolver e coordenar ações relacionadas ao plano de acao. Ademais, evidencia-se que o hospital em estudo conta com profissionais capacitados e competentes para exercerem a gestão da qualidade, atuando tanto na esfera estratégica quanto na operacional e assim sendo, salienta-se que o trabalho da CAH tornou-se a base para a proposta da criação da Assessoria de Gestão da Qualidade.

Nesta perspectiva, o relatório do desenvolvimento desta pesquisa registrou a metodologia e as estratégias utilizadas pelo hospital em estudo em busca da certificação de hospital acreditado, assim como as dificuldades e facilidades vivenciadas durante este período até a avaliação diagnóstica.

Destaca-se o desenvolvimento de ações educativas, de divulgação e sensibilização visando o preparo e envolvimento dos profissionais. Além disto, auditorias internas e planos de ação como as estratégias para identificação das não conformidades e oportunidades de melhorias e correspondentes ações corretiva e de adequação aos padrões desejados. Para a viabilização da gestão da qualidade de forma participativa, aponta-se a atuação dos grupos internos da qualidade como facilitadores e agentes de transformação na busca coletiva, integrada e cooperativa da qualidade no hospital, propiciando assim o desenvolvimento mútuo e o controle da gestão da qualidade.

Mediante os relatos de sujeitos de uma das unidades que participam do processo de preparo para a avaliação de certificação, a unidade acreditadora - IACHS, foi possível evidenciar o desenvolvimento deste processo tal como relatado pelos sujeitos da CAH. Este fato legitima a metodologia e estratégias utilizadas por este grupo que, enquanto Comissão de Acreditação, coordenou este processo até o presente momento na instituição e que permanecerá na linha de frente, Porém, em uma perspectiva de trabalho mais ampla coordenando a gestão da qualidade em todos os aspectos na instituição.

Essa nova perspectiva da gestão da qualidade na instituição, com a criação de grupo condutor do processo , amplia as ações em busca da qualidade e segurança, fato que constitui um desafio para àqueles que têm coordenado as ações relacionadas à Acreditação Hospitalar na instituição e, assim, realizado a gestão da qualidade.

Em relação à gestão da qualidade no hospital em estudo evidencia-se que é um momento de transição da atuação da CAH à grupo condutor, a qual implica em muitas mudanças, reflexões e discussões e requer muitos esforços de todos os envolvidos. Assim, este trabalho evidencia o comprometimento, a preocupação e os esforços do hospital em estudo com a busca da qualidade dos serviços prestados, bem como com sua garantia e melhoria contínua.

A realização deste trabalho, abordando a temática da Acreditação Hospitalar relacionada à Gestão da Qualidade foi um desafio, visto a importância e complexidade deste tema. Além disto, o compromisso com a qualidade constitui-se um imperativo ético e moral para o desenvolvimento de minha prática profissional enquanto enfermeira.

Após a conclusão deste estudo, a experiência vivenciada oportuniza fazer recomendações para trabalhos futuros, visando dar continuidade a esta trajetória complexa e de extrema importância em busca da qualidade nas instituições de saúde. Assim sendo, aponta-se para a importância de se conhecer e explorar o desenvolvimento de processos de Acreditação em outros hospitais.

É relevante também que se realizem estudos a respeito da participação dos profissionais nesses processos e nos demais relativos à Gestão da Qualidade, a fim de se obter subsídios para o aprimoramento da prática profissional do enfermeiro nesta área de atuação, bem como para com demais instituições que visam à Acreditação Hospitalar.

É preciso considerar que a participação implica processos organizativos e de gestão, procedimentos administrativos, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades, assim como cobrança de responsabilidades.

Em relação ao trabalho coletivo, é importante assinalar que a liderança não é atributo exclusivo de diretores e chefias, e não está ligada apenas ao cargo e ao status da pessoa. É uma qualidade que pode ser desenvolvida por todas as pessoas por meio de práticas participativas e de ações de desenvolvimento pessoal e profissional. É passível o entendimento de que uma organização comporta várias lideranças e que a qualidade da gestão depende, em grande parte, da capacidade de ela estar presente nos diferentes níveis organizativos.

Isso significa que o Hospital Divina Providência, para além de diretrizes, normas, procedimentos operacionais, rotinas administrativas, há aspectos de natureza cultural que diferenciam uma organização de outra e neste sentido o compromisso para mudança e dar sustentabilidade nos processos são pilares para a acreditação hospitalar, onde a avaliação constante dos instrumentos gerenciais atrelado a educação continuada principalmente das diretorias e chefes de serviços pode ter uma *performance* de alto nível reconhecido pelas autoridades e pela população.

As condições para estabelecer as conformidades visando a acreditação hospitalar, passam obrigatoriamente As exigências d contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Para isso, é necessário evidenciar a adoção do planeamento na organização da assistência hospitalar, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. São princípios orientadores a existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários e evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

Para o alinhamento maior, engloba políticas institucionais de melhoria contínua nos aspectos de estrutura, inovações tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da

tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Assim, a busca de vários ciclos de melhoria de todas as áreas atingindo a organização de modo global e sistêmico; utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados, e ainda a utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

A pesquisa aponta muito fortemente em recoloca-se o sentido de estabelecer prioridades que não se restringem à responsabilidade do gestor, mas passam a abrir espaço a um conjunto de sujeitos que buscam convergências teórico-práticas e o estabelecimento de objetivos comuns, condições essenciais ao cumprimento da missão institucional.

Um programa de Acreditação Hospitalar no HDP é além de tudo, uma efetiva responsabilidade em medir o desempenho, em promover melhorias de qualidade facilitando estímulos externos e o necessário esforço interno, e que também tenha genuína responsabilidade perante os clientes, bem como saber se a instituição de saúde está realmente cumprindo com as exigências de sua comunidade.

A contribuição deste trabalho evidencia a necessidade de desenvolver novos estudos que apontem orientações e critérios mínimos que visem a preparação prévia das organizações hospitalares para se habilitarem a processos de acreditação, onde a gestão da qualidade é certamente um pré requisito importante na constituição deste fundamento.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2005. *Contrato-Programa 2006: cálculo de preços e do valor de convergência, seleção de indicadores para fixação de objectivos de qualidade e eficiência, metodologia*. Lisboa. Acedido a 12 de maio, 2013 em: <http://www.acss.min-saude.pt>

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2006a. *Contrato-Programa 2006 dos Hospitais EPE*. Acedido a 14 de maio, 2013 em <http://www.acss.min-saude.pt>

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2006b. *Sistema Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH). Informação de retorno, ano 2005*. Acedido a 14 de maio, 2013 em <http://www.acss.min-saude.pt>

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2007. *Contrato-Programa 2007 dos Hospitais SPA*. Acedido a 13 de maio, 2013 em: <http://www.acss.min-saude.pt>

Afuah, A.(2003). *Innovation mangement: strategies, implementation and profits*. New York: Oxford University Press.

Albrecht, K.(2003). *Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes*. São Paulo: Pioneira.

António, N. S., A. Teixeira. (2007). *Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM* (Silabo, Lisboa).

Antunes, F. L. (2002). *Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da Ona: Um estudo de caso em um hospital de grande porte*. 102p. Dissertação (Mestrado em Engenharia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre.

Ayers, A. D.; O’connor, C. Building a radical innovation competency: on-going experiments in 12 large companies to build management systems that nurture and commercialize a steady stream of radical innovations are described in this mid-study review. *Research-Technology Management*. Acedido a 25 de maio, 2011 em: <<http://www.allbusiness.com/periodicals/issue/55456-1-2.html>>.

Bank, J. (1998). *Qualidade Total – Manual de Gestão*. Edições Cetop, Mem Martins

Barbieri, J. C. et al. (2004). *Organizações inovadoras: estudos e casos brasileiros*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV.

Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros PB, de Almeida Simões, J. (2007). *Portugal: Health system review*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. 9(5).

Beloni Biondi. L. (2001). “Neuro-DEA: Nova Metodologia para Determinação de eficiência relativa de unidades tomadoras de decisão”, *Tese de Mestrado*, Rio de Janeiro Brown, M. Stephen R. (2009) “Total Quality Management- The time has come for metallurgical plants”. Marriott International, Inc. E.U.A., 1-3.

Bengoa, R., R. Kavar, P.; Key, S.; Leatherman, R. Massoud, P. (2006). *Quality of care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems* (World Health Organization).

Berg, M., Y. Meijerink, M. Gras, A. Goossensen, W. Schellekens, J. Haeck, M. Kallewaard, H. Kingma (2005). *Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals*, *Health Policy* 75, 59-73.

Berry, L.; Shankar, V. (2006). *HSM Management*. São Paulo, n.58, set-out.

Birley, S.; Muzyka, D. F. (2001). *Dominando os desafios do empreendedor*. Financial Times. São Paulo: Makron Books.

Böhm, R. S. (2006). *Diferenciação e integração em uma unidade hospitalar: em busca da qualificação da gestão e da assistência*. 2006. 121p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre.

Buttle, F. (1996). *ISO 9000: Marketing motivations and benefits*. Manchester Business School, UK.

Cachadinha, N. (2009). Implementing quality management systems in small and medium construction companies: a contribution to a road map for success. *ASCE*, 32-39.

Cervo, A. L.; Bervian, P. A. (2002). *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall.

Cherubin, N. A. (1998). *Administração hospitalar: um compromisso com a ciência e a arte*. São Paulo: Loyola.

Chiavenato, Idalberto. (2004). *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 7ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier.

Christensen, C. M. (2003). *O crescimento pela inovação: como crescer de forma sustentada e reinventar o sucesso*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Churchil, Jr. G. A. (1999). *Marketing research: methodological foundations*. 7. ed. New York: Inter-Thomson Publishing.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Acedido a 06 de maio, 2012 em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp.> Acesso em 06 Maio.2007.

Costa Neto, P. L. de. (2003). *Organizações: teorias e projetos*. São Paulo: Pioneira.

Damanpour, F. (1996). Organizational complexity and innovation: developing and testing multiple contingency models. *Management Science*, New Jersey, v. 42, n. 5, p. 693.

Davis, Frank Stephen (1994). *Qualidade Total em Saúde*. São Paulo; STS, 216 p.

Decreto-Lei n.º 125/2004 de 31 de Maio. *Diário da República I Série A*. N.º127 (2004-05-31), p.2959-2962 (Cria o Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC))

Deming, W.E. (1989). *Calidad, Productividad Y competitividad la salida de la crisis* (Díaz de Santos, Madrid).

Dias, Maria Antonia de Andrade. *Hospitalidade: um novo conceito na especialização do enfermeiro*. Acedido a 25 de janeiro, 2012 em <http://www.etur.com.br/conteudocompletoasp>.

Depexe M., Paladini, E. (2007) “Dificuldades relacionadas à implementação e certificação de sistemas de gestão da qualidade em empresas construtoras”. **Revista: Gestão Industrial**. Volume 3: 14-15.

D’innocenzo, Maria (Coord.). (2006). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para Gestão em Saúde*. São Paulo, Martinari.

Dougherty, D.(2004). *Hanbook de estudos organizacionais*. São Paulo: Atlas.

Drucker, P. F. (1987). *Inovação e espírito empreendedor*. São Paulo: Pioneira.

Eggil, Y., P. Halfon. (2003). A conceptual framework for hospital quality management, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16/1, 29-36.

European Foundation For Quality Management (EFQM). (2003). *Introdução à Excelência* (Brussels Representative Office, Bruxelas).

Feigenbaum, A. V. (1987). "ROI: How long before quality improvement pays off?". *Quality Progress*, February.

Forbes, M.; Harslett, P.; Mastoris, I.; Risse, L. (2010). "Quality of care in Australian public and private hospitals", presented at *Australian Conference of Health Economists*, 14.

Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control* (McGraw-Hill, Singapore).

França, M. (2000). Programa de acreditação do KFHQS. O que é, os destinatários, as vantagens. *Qualidade em Saúde*. nº 1, 16-19.

FINEP - *Financiadora de estudos e projetos*. Acedido a 25 de março, 2011 em: http://finep.gov.br/empresa/conceitos_ct.asp> Acesso em 25 Mar. 2011.

Foster, R. N. (1988). *Inovação: a vantagem do atacante*. São Paulo: Nova Cultural.

Frerichs, F. J. et al.(2004). *Academic entrepreneurship: a source of competitive advantage*. Students Rotterdam. Netherlands: Association le manager.

Fry, L. W.; Saxberg, B. O. (1998). *Homo ludens: playing man and creativity in innovation organization*. University of Washington, 1987 *apud* GRANT, Robert M. *Contemporary Strategy Analysis*. 3º ed. Malden: Blackwell, p.287.

Galbraith, J. R.; Lawler III, A. (1997). *Organizando para competir no futuro: estratégia para gerenciar o futuro das organizações*. São Paulo: Makron.

GEC- Guia de Empresas Certificadas em Portugal. (2010). *Cem palavras Comunicação Empresarial Lda.*, edição 6, 2010/2011.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4º ed. São Paulo: Atlas.

Godoi, Adalto Felix. (2008). *Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais*. 2. ed. São Paulo: Ícone.

Godfrey, B. A. (2001). Gestión de la calidad total, em Joseph M. Juran, e A. B. Godfrey, ed.: *Manual de Qualidade de Juran* 5.^a ed. vol.I (McGraw – Hill, Madrid, capítulo 14, 37 p.)

Goldim, J.R. (2000). *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. 2a.ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Dacasa.

Goldstein, S. M., M. Naor. (2005). Linking publicness to operations management practices: a study of management practices in hospitals, *Journal of Operations Management* 23, 209-228.

Gowen III, C. R., K. L. Mcfadden, J. M. Hoobler, W. J. Tallon. (2006). Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control, *Journal of Operations Management* 24, 765-778.

Griffiths, P. (2000). As vantagens da acreditação pelo King's Fund, *Qualidade em Saúde* 1, 20-23.

Grimaldi, R.; Grandi, A. (2001). Universities as 'centres of excellence': creating the organizational conditions to spur the exploitation of research results. *Anais - Rent XV Research*. In: Entrepreneurship and Small Business. Finland, 2001.

Grönroos, C. (2003). *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Gulati, R; Garino J. (2000). Get the right mix of bricks and clicks. *Harvard Business Review*, local, v. 78, n. 3, p. 107-114, may. – jun.

Hair Jr., J. F. et al. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Hamel, G. (2006). O laboratório de inovação em gestão. *HSM Management*. n. 58 set-out. São Paulo.

Hargadon, A.; Sutton, R. (2000). Bulding an innovation factory. *Harvard Business Review*, may-jun, p. 157-166.

Hasan, M.; R.M., Kerr. (2003). The relations between total quality management practices and organisational performance in service organisations, *The TQM Magazine* 15, 4, 286-291.

Hauser, Suely Domingues Romero. *Considerações sobre o trabalho psicopedagógico em ambiente hospitalar*. Acedido a 26 de fev., 2013 em: <http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm>.

Hill, M. M., A. Hill. (2002). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo: Lisboa.

Howells, J. R. L.; TETHER, B. S. (2004). *Innovation in services: Issues at stake and trends - a report for the european commission*, INNO-Studies 2001: Lot 3 (ENTR-C/2001), Brussels.

Hussey, D. (1997). Creativity, innovation and strategy. In: HUSSEY, David (Editor). *The innovation challenge*. Chichester: John Wiley & Sons.

Institute of Standards and Technology. (2007). *Health Care Criteria for Performance Excellence* (Baldrige National Quality Award Excellence, Gaithersburg. Acedido a 20 de março, 2013 em: http://www.baldrige.nist.gov/eBaldrige/Step_One.htm.

Instituto da Qualidade em Saúde. (2003). Projectos de qualidade nos Hospitais. *Qualidade em Saúde* (Separata) 8, 12 p.

Instituto da Qualidade em Saúde (2004a). Avaliação do impacte da Acreditação nos profissionais de saúde. *Qualidade em Saúde* 11, 10-14.

Instituto Qualidade em Saúde. (2004b). Divulgar para partilhar, *Qualidade em Saúde* especial “Acreditação de Hospitais”, 29-40.

Jonash, R. S.; Sommerlatte, T. (2001). *O valor da inovação: (the innovation premium) como as empresas mais avançadas atingem alto desempenho e lucratividade*. Rio de Janeiro: Campus.

Kluk, M. (2005). Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, volume 3, 539-44.

Knox, S. (2002). The boardroom agenda: developing the innovative organization. *Corporate Governance*, v. 2, n. 1, Bradford, UK, 27-36.

Kotaka, F. (1997). Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 31(2).

Kotler, P.; armstrong, G. (2000). *Introdução ao marketing*. 4º ed. Rio de Janeiro: LTC.

Kotler, P.; Keller, K. L. (2006). *Administração de marketing*. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Lei n.º27/2002 (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º48/90, de 24 de Agosto). *Diário da República I Série – A*. 258 (2002.11.8) 7150-7154.

Letta, Jennifer, L. (2006). *Shoud the different Standards of Quality of Care Exist for Rural and Urban Settings and what Factors Contribute to these Differences?* Tese de mestrado na Wichita State University, E.U.A., 37.

Lo, V., Humphreys, P. (2000). “Project management benchmarks for SME’s implementing ISO 9000”, *Benchmarking: an international journal*, volume 17, 240-252.

Loesch, C.; Hoeltgebaum, M. (2005). *Métodos estatísticos multivariados aplicados à economia de empresas*. Blumenau: Nova Letra.

Lovelock, C; Wright, L. (2003). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.

Luecke, R. (2003). *Managing Creativity and Innovation*. Harvard Business School Press: Boston.

Lutfyya, M., Bhat, D., Gandhi, S., Nguyen, C., Hoper, V. e Lipsky, M., (2006). A comparison of quality of care indicators in urban acute care hospitals and rural critical access hospitals in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, paper 3, 141 a 149.

Joint Commission. (2007). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH)* (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Acedido a 10 de Abr., 2011 em: <https://WWW.jcrinc.com/14470/>).

Machado, D. D. P. N. (2004). *Inovação e cultura organizacional: um estudo dos elementos culturais que fazem parte de um ambiente inovador*. 2004. 185p. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo.

Machado, D. D. P. N. & Moraes, E. (2002). *Rompendo a estagnação em uma indústria madura: Um estudo de caso sobre uma inovação radical*. ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, Salvador/Bahia. Anais... Salvador: ENANPAD.

Malhotra, N. K. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Tradução: Nivaldo Montingelli Jr.; Alfredo A. de Farias. 3º ed. Porto Alegre: Bookman.

Marconi, M. A. L. & Eva M. (2000). *Metodologia científica*. 3º ed. São Paulo: Atlas.

Marshall Junior, Isnard et al. (2005). *Gestão da qualidade*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Matias-Pereira, J. & Kuglianskas, I. (2005). Gestão de Inovação: A Lei de Inovação Tecnológica como Ferramenta de Apoio às Políticas Industrial e Tecnológica do Brasil. *RAE – eletrônica*, v. 4, nº2, jul./dez. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, p. 1-21. J.

Mattar, F. N. (1999). *Pesquisa de marketing: metodologia e planejamento*. São Paulo: Atlas.

Mateus, C. (2010). Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão. In Simões, J. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 9789724041100.

Mello, Joamel Bruno & Camargo, Marlene Ortega. (1998). *Qualidade na saúde. Políticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial*. São Paulo, Best Seller.

Mezomo, J. C. (1991). *O administrador de hospital: a caminho da eficiência*. São Paulo.

Michalski, T. (2003). *Radical innovation through corporate entrepreneurship from a competence based strategic management perspective*. Acedido a 13 de junho, 2013 em: http://www.ofenhandwerk.com/oklc/pdf_files/C-1_michalski.pdf

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (1999). *Saúde: um compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século. 1998-2002* (Direção Geral da Saúde, Lisboa).

Ministério da Saúde. (2006a). *Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI* (Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Acedido a 12 de abril, 2013 em: <http://www.saudexxi.org/upload/membro.id/ficheiros/i007299.pdf>).

Ministério da Saúde (2006b). *Estatística do Movimento Assistencial: Hospitais S.N.S. Ano de 2005* (Instituto e Gestão Informática e Financeira da Saúde. Acedido a 25 de junho, 2013 em <http://www.igif.minsaude.pt>.

Ministério da Saúde. (2006c). *Hospitais SNS: Contrato-Programa 2007 - preços e convergência –fixação de objectivos* (versão final aprovada em 20-11-2006 pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde. Acedido a 20 de junho, 2013 em: <http://www.acss.min-saude.pt>.

Ministério da Saúde. (2006d). *Contabilidade analítica 2005 – Hospitais SNS* (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Acedido a 20 de junho, 2013 em: <http://www.igif.min-saude.pt>.

Mintzberg, H.; Ahlstrand, B.; Lample, J. (2000). *Safári de estratégia*. Porto Alegre: Bookman.

Montes, F. J. L. & Fuentes, M. M. (2001). *Calidad Total- Fundamentos e implantación* (Ediciones Pirámide, Madrid).

Nair, A. (2006). Meta-analysis of the relationship between quality management practices and firm performance – implications for quality management theory development, *Journal of Operations Management* 24, 948-975.

Nascimento, D. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico – Teoria e Prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense.

Naveh, E., Z. Stern. (2005). How quality improvement programs can affect general hospital performance, *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance* 18, 4, 249-270.

Nogueira, Luis Carlos Lima. (2008). *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Nova Lima, INDG Tecnologia e Serviços Ltda.

Nova Enciclopédia BARSA. (2002). 6º ed. vol. 7, São Paulo: Barsa Planeta Internacional Ltda.

Novaes, H. M. (2011). *O caso da certificação de hospitais no Brasil*. Acedido a 20 de fev, 2013 em: <http://www.onaeducare.org.br/ona/>>.

Novaes, H. M. (Coord.). (1998). *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília.

O’Brien, J. (2004). *Sistemas de informação gerencial e as decisões gerenciais na era da internet*. São Paulo: Saraiva.

Oliveira, Djalma de Pinho Rebouças. (2005). *Estratégia empresarial & Vantagem Competitiva*. São Paulo: Atlas.

Payne, Susan M. (1987). Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization. *Health services research*, Volume 6, 709-769.

Oliveira, Otávio J. (org). (2006). *Gestão de qualidade: tópicos avançados*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. Acedido a 26 de jan., 2012 em: <http://www.ona.org.br>.

Ovretveit, J. (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* (WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), WHO, Copenhagen).

Paladini, Edson Pacheco. (2008). *Gestão Estratégica da Qualidade: princípios, métodos e processos*. São Paulo: Atlas.

Pasquali, L. (2002). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: UnB.

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (4.^a ed. Revista e aumentada, Sílabo, Lisboa).

Pinto, L. (2009). *Gestão da qualidade nas empresas de construção - A certificação ISO 9001 no distrito de Braga*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Pires, A. R. (2000). *Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade* (Edições Sílabo, Lisboa).

Pisco, L. (2001). Perspectives sobre a qualidade na saúde, *Qualidade em Saúde* 5, 4-6.

Pisco, L. (2002). IQS uma referência, um parceiro credível, *Qualidade em Saúde* 6, 4-11.

Pisco, L. (2005). Balanço de seis anos de IQS, *Qualidade em Saúde* 12, 2-11.

Pomey, M.-P., A.-P. Contandriopoulos, P. François and D. Bertrand. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17, 3, 113-124.

Poksinska, B. (2007). ISO 9000 is not an economic disease, Lund University. Suécia. Rayner P. e Porter L.J. (1991) “BS5750/ISSO 9000- the experience of small and medium-sized firms”, *International Journal of Quality & Reability Management*, Volume 8, nº6, 17-25.

Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.

Porto, M. B. S. (1999). *Avaliação de processos em hospitais: uma abordagem pelos princípios do QFD*, 1999. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC Florianópolis.

Quinto Neto, Antonio & Gastal, Fabio (1997). *Acreditacao Hospitalar. Protecao aos Usuarios,dos profissionais e das instituicoes de saude*. Porto Alegre. Dacasa, 136 p.

Ramos Pires A. (2004). *Qualidade – sistemas de gestão de qualidade*. Silabo, Portugal.

Rego, G., Nunes, R., Cost, J. (2009). The challenge of corporatization the experience of Portuguese public hospitals, *The European Journal of health economics*, volume 11, nº 4. Porto – Portugal.

Reto, L. & Nunes, F. (2001). *Elaboração de teses – Linhas orientadoras* (ICTE, Lisboa).

Revista do Centro Hospitalar de Lisboa norte.(Novembro de 2010). *Gestão Industrial*. página 4. Vol.3, paginas 14 e 15.

Ruggles. R. (2002). A inovação, agora, vem das redes. Harvard Management - Update. *HSM Management*. nov.dez. v.3. n.35.

Ruiz, U. (2004). Quality management in health care: a 20-year journey, *International of Health Care Quality Assurance* 17, 6, 323-333.

Sale, D. (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de Saúde. Para os profissionais da equipa de saúde* (Pincipia Publicações Universitárias e Científicas, Lisboa).

Samara, B. S. & Barros, J. C. (1997). *Pesquisa de marketing: conceitos e metodologia*. 2º ed. São Paulo: Makron Books.

Saltman, R., & J. Figueras. (1997). *European Health Care Reform, analysis of current strategies* (World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen).

Shaw, C. D. (2003a). Evaluating accreditation, *International Journal for Quality in Health Care* 15, 6, 455-456.

Shaw, C. D. (2003b). *How can hospital performance be measured and monitored?* (Health Evidence Network Report, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Acedido a 23 de jun., 2013 em: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>.

Shaw, C. D. (2006). *Developing hospital accreditation in Europe* (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Acedido a 23 de jun., 2013 em: <http://www.euro.who.int/document/e88038.pdf>

Sawhney, M. (2007). *HSM Management*. São Paulo, jan.fev.

Senge, P. M. (2002). *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. 12º ed. São Paulo: Best Seller.

Siddiqui, N; Khandaker, S. Ali. (2007). Comparison of services of Public, Private and Foreign Hospitals from the Perspective of Bangladeshi Patients. *International Centre for diarrhoeal disease research*, Volume 25, nº2, 221-230. Bangladesh.

Silimperi, D. R.; Zanten, T. V.; Franco, M. L. (2004). Framework For Institutionalizing Quality Assurance, em ed.: *Evidence-Based Praticice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Service*. Acedido a 25 de jun., 2013 em: <http://www.myilibrary.com/Brouse/open.asp?ID=70411&loc=cover>.

Silva, B. R. R.(2005). *Projeto de preparação do Hospital Ministro Costa Cavalcanti para o processo de acreditação hospitalar*. 88p. Dissertação (Especialização em Gestão da Qualidade). Universidade Federal do Paraná. UFPR. Curitiba.

Silva, J. O. (2001). Qualidade em serviços públicos, *Qualidade em Saúde* 5.

Silva, P. B. (2004). ISO 9001:2000 e King's Fund – uma análise comparativa, *Qualidade em Saúde* 9, 33-35.

Silveira, A. (Coord.). (2004). *Roteiro básico para apresentação e editoração de teses, dissertações e monografias*. 2º ed. Blumenau: Edifurb.

Simantob, M. & Lippi, R. (2003). *Guia valor econômico de inovação nas empresas*. São Paulo: Globo.

Simões, Pedro & Cunha, Marques Rui. (2009). Performance and Congestion Analysis of the Portuguese Hospital Services. *MPRA*, 26.

Souza, Teofânia & Lacerda, Pítias. (2009). Planejamento Estratégico e Qualidade: Acreditação hospitalar- um estudo de caso no hospital Vita Volta Redonda. V CONGRESSO NACIONAL DE EXCELENCIA EM GESTÃO, *Gestão do Conhecimento para a Sustentabilidade*, 2, 3 e 4.

Staines, A. (2000). Benefits of an ISO 9001 certification – the case of a Swiss regional hospital”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Volume 13, nº1; 27.

Taner, T. & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, Volume 19, nº2: 2 - 7.

Taraboussi, Fadi Antoine. (2006). *Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia da informação*. 3. ed. São Paulo: Atlas.

Tarí, J. J.; Molina, J. F.; Castejón, J. L. (2006). The relationship between quality management practices and their effects on quality outcomes, *European Journal of Operational Research* (doi:10.1016/j.ejor.2006.10.016)

Taulib, D. (1993). *Controle de Qualidade Total: o hospital do futuro o futuro do hospital*. Rio de Janeiro: Xenon.

Thushmam M. & Nadler, D. (1997). Organizando-se para a inovação. In: STARKEY, Ken. *Como as organizações aprendem: relatos do sucesso das grandes empresas*. São Paulo: Futura.

Thielscher Christian. (2010). How to Find the Right Approach to Quality Measurement: Determinants of Quality and its Measurement in Healthcare. *World Medical & Health Policy*, Volume 2: nº1, Article 21, 2-6.

Toledo, L. P. M. (2003). A constante busca pela qualidade na assistência médica. *Revista Hospitais Brasil*. 2º ed. jul/ago. São Paulo: Publimed.

Van de Ven, A. H.; Angle, H. L.; Poole, M. S. (2000). *Research on the management of innovation: the Minnesota studies*. New York: Oxford University Press.

Vasconcellos, M. A. Introdução. (2004). In: BARBIERI, José C. (Org.). *Organizações inovadoras: estudos e casos brasileiros*. 2º ed. Rio de Janeiro: FGV.

Veillard, J. F. Champagne, N. Klazinga, V. Kazandjian, O.A. Arah and A.-L. Guisset. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional Office for Europe PATH Project, *International Journal for Quality in Health Care* 17, 6, 487- 496.

Vieira, M. (1996). Eficiência Técnica Hospitalar: estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Fevereiro, 53-63.

Vries, Willem. (September 2001). Performance, quality, management - How statistical offices try to do better. *Paper for Kuala Lumpur seminar*, UNSD New York.

Who Regional Office for Europe. (2003). *Measuring hospital Performance to Improve the Quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on a WHO Workshop Barcelona* (World Health Organization, Copenhagen).

World Health Organization. (2010). Regional Office for Europe. Portugal health system performance assessment. Copenhagen: WHO.

Wilhelm, Volmir Eugênio & Souza, Paulo Cesar Tavares. (2008). *Uma introdução aos modelos DEA de eficiência técnica*. Tese de mestrado, Universidade Federal do Paraná.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Zere, Eyob; Mbeeli, Thomas; Shangula, Kalumbi; Mandlhate, Custodia; Mutirua, Kautoo; Tjivambi Ben; Kapenambili William. (2006). Technical efficiency of district hospitals: Evidence from Namibia using Data Envelopment Analysis. *BioMed central*, , 4 - 6.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ac creditação Hospitalar, 6, 26, 27, 28, 29, 34, 38, 40,
41, 42, 43, 46, 48, 52, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 79

C

certificação de qualidade, 13

F

filantrópica, 26, 33, 49

G

Gestão da Qualidade, 44, 45, 47, 70, 75, 76, 77, 81, 90
Gestão em Saúde, 8, 27, 83
gestão hospitalar, 6, 12, 13, 23, 24, 27, 85

H

hospitais, 6, 12, 13, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 35, 38, 46,
54, 55, 68, 77, 84, 85, 87, 88
Hospital Divina Providência - HDP, 13

M

metodologia da Acreditação, 38, 42, 69, 76

N

normas ISO, 27

O

organização hospitalar, 13, 20, 23, 24, 27, 29, 31, 52,
53

Organização Mundial da Saúde, 20

P

processos de qualidade, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 46, 71,
72

Q

qualidade assistencial, 27

qualidade da gestão, 25, 78

S

serviços hospitalares, 13, 23, 52, 81

sistemas de acreditação, 27

APÊNDICES

APÊNDICE 1- QUESTIONARIOS – PESQUISA DE CAMPO

INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVIDÊNCIA HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA

QUESTIONARIO STAFF

AREAS	ORDEM	PERGUNTAS	PONTUACAO					TOTAL
			1	2	3	4	5	
LIDERANCA	1	meu superior imediato me da autonomia para desenvolver as minhas atividades						
	2	meu superior imediato me incentiva a buscar o desenvolvimento profissional						
	3	sou encorajado pelo meu superior imediato a dar sugestões para melhorar o trabalho						
	4	recebo do meu superior retornos (elogios/criticas) sobre o trabalho realizado						
	5	meu superior imediato atua de forma a buscar harmonia na equipe						
	6	o meu superior imediato transmite as informacoes de forma clara e objetiva sobre o processo de acreditação						
	7	meu superior imediato toma decisões sem protecionismo						
	8	consigo explicar com as minhas palavras a missão/visão do hospital						
ESTRATEGIAS	9	tenho change de ser promovido neste serviço após avaliação de desempenho						
	10	eu me sinto satisfeito com o grau de responsabilidade que tenho no servico						
	11	com que frequencia eu participo das reunioes sobre acreditação						
	12	eu me sinto satisfeito com os resultados das reuniões sobre a acreditação as quais participo						
	13	conheco plano e metas da intervenção apontado pelo diagnóstico situacional da minha area						
	14	os planos e metas traçados no processo visando a acreditação hospitalar sao estabelecidos de forma participativa						
		TOTAL GERAL						

legenda :

pontuação

- 1 Nada
- 2 Pouco
- 3 Moderado
- 4 Muito
- 5 Pleno

APÊNDICE 2- QUESTIONARIOS – PESQUISA DE CAMPO

INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVIDÊNCIA HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA

QUESTIONARIO COLABORADORES

AREAS	ORDEM	PERGUNTAS	PONTUACAO					TOTAL
			1	2	3	4	5	
COLABORADORES	15	sinto orgulho em trabalhar no hospital						
	16	sinto orgulho em trabalhar na minha area						
	17	considero satisfatorias as informações dadas aos pacientes e familiares neste serviço						
	18	identifica-se com o nivel de entendimento do processo de acreditação						
INFORMACOES	19	recebo as informações necessarias para realizar o meu trabalho visando o processo da qualidade e biosegurança						
	20	as informações necessarias para realizar meu trabalho estão claras e disponiveis						
	21	sou informado sobre o que acontece no hospital que trabalho, nomeadamente o processo de acreditação						
	22	as informações que recebo sao confiaveis e atualizadas						
	23	recebo respostas rapidas e atualizadas para solucionar problemmas						
PESSOAS	24	o meu salario e compativel com as atividades que executo						
	25	os salarios pagos pela Instituição sao competitivos em relação ao mercado						
	26	recebo do Instituto os treinamentos necessarios para a execucao do meu trabalho						
	27	quando recebo treinamentos aplico os conhecimentos adquiridos no meu trabalho						
	28	ha integração entre diferentes áreas do Instituto que eu trabalho						
	29	existe cooperação entre as pessoas da area que eu trabalho						
	30	as pessoas que vem trabalhar no setor que eu trabalho são bem recebidas						
	31	ja participei de alguma atividade relativa a acreditação no Instituto						
AREAS	ORDEM	PERGUNTAS	PONTUACAO					TOTAL
			1	2	3	4	5	
	32	busco atualização/aprimoramento profissional por conta propria						
	33	tenho oportunidades de aprender novas atividades						
	34	o Instituto possui programas de reconhecimento e valorização individual						
	35	o Instituto respeita os talentos individuais						
	36	tenho interesse para aceitar desafios						
	37	considero o clima do meu ambiente de trabalho como favoravel						
	38	recebo equipamentos/recursos necessarios para realizar meu trabalho						
PROCESSOS								

	39	a minha area busca modernizacao de tecnicas e metodos de trabalho					
	40	A acreditacao e processo importante para a Instituicao					
	41	As condições de seguranca e vigilância da minha area de trabalho são compatíveis com as normas vigentes					
	42	os prazos para realizacao das minhas atividades são adequadas					
	43	se sente estimulado em avançar no processo de acreditacão					
	44	eu planejo meu trabalho de forma atingir os resultados propostos dentro do prazo					
	45	qual o grau de satisfação com as mudanças que vem acontecendo na Instituição					
	46	os recursos financeiros e materiais são administrados com responsabilidade					
	47	conhece as proximas etapas do processo de qualificacão das conformidades na acreditacão					
		TOTAL GERAL					

legenda :

pontuação

- | | |
|---|----------|
| 1 | Nada |
| 2 | Pouco |
| 3 | Moderado |
| 4 | Muito |
| 5 | Pleno |

APÊNDICE 3- QUESTIONARIOS – PESQUISA DE CAMPO

INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVIDÊNCIA

HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA

QUESTIONARIO COMUNIDADE

AREAS	ORDEM	PERGUNTAS	PONTUACAO					TOTAL
			1	2	3	4	5	
COMUNIDADE	48	o hospital contribui para a melhoria da qualidade de vida da população						
	49	zela pela preservação do meio ambiente						
	50	incentiva ações de voluntariado visando o bem estar da sociedade						
	51	todos atuam de forma ética com relação com os clientes e colegas de trabalho						
	52	existe senso de organização do atendimento						
	53	se sente satisfeito com o nível de atenção em relação à sua expectativa						
	54	busca fazer reclamações ou dar sugestões de melhoria						
	55	voltaria para ser atendido novamente						
		TOTAL GERAL						

legenda :
pontuação

- 1 nada
- 2 pouco
- 3 moderado
- 4 muito
- 5 pleno

ICE 4- RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

NSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVIDÊNCIA

HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA

QUESTIONARIO COLABORADORES

ÁREAS	ORDEM	PERGUNTAS	CÓDIGO	NÍVEL DE RESPOSTA					TOTAL	S.R.
				1	2	3	4	5		
COLABORADORES	15	sinto orgulho em trabalhar no hospital	C15	4	6	38	57	35	140	
	16	sinto orgulho em trabalhar na minha area	C16	4	15	26	41	54	140	
	17	considero satisfatorias as informações dadas aos pacientes e familiares neste serviço	C17	4	21	65	38	12	140	
	18	identifica-se com o nivel de entendimento do processo de acreditação	C18	10	22	49	44	10	135	5
				22	64	178	180	111	555	5
INFORMACOES	19	recebo as informações necessarias para realizar o meu trabalho visando o processo da qualidade e biosegurança	I 19	1	23	48	45	23	140	
	20	as informações necessarias para realizar meu trabalho estão claras e disponiveis	I 20	2	20	44	56	18	140	
	21	sou informado sobre o que acontece no hospital que trabalho,nomeadamente o processo de acreditação	I 21	18	29	53	30	8	138	2
	22	as informações que recebo sao confiaveis e atualizadas	I 22	6	18	41	57	16	138	2
	23	recebo respostas rapidas e atualizadas para solucionar problemmas	I 23	11	31	59	28	8	137	3
				38	121	245	216	73	693	7
PESSOAS	24	o meu salario e compativel com as atividades que executo	P24	28	37	41	29	5	140	
	25	os salarios pagos pela Instituição sao competitivos em relação ao mercado	P25	37	32	38	26	7	140	
	26	recebo do Instituto os treinamentos necessarios para a execucao do meu trabalho	P26	17	26	44	36	16	139	1
	27	quando recebo treinamentos aplico os conhecimentos adquiridos no meu trabalho	P27	7	11	29	50	42	139	1
	28	ha integração entre diferentes áreas do Instituto que eu trabalho	P28	4	24	56	36	15	135	5
	29	existe cooperação entre as pessoas da area que eu trabalho	P29	5	16	51	45	21	138	2
	30	as pessoas que vem trabalhar no setor que eu trabalho são bem recebidas	P30	3	6	33	61	37	140	
	31	ja participei de alguma atividade relativa a acreditação no Instituto	P31	28	20	26	39	27	140	
	32	busco atualização/aprimoramento profissional por conta propria	P32	5	9	32	52	34	132	8
	33	tenho oportunidades de aprender novas atividades	P33	17	24	44	39	16	140	

	34	o Instituto possui programas de reconhecimento e valorização individual	P34	27	36	43	25	8	139	1
	35	o Instituto respeita os talentos individuais	P35	14	34	37	40	13	138	2
	36	tenho interesse para aceitar desafios	P36	1	5	27	65	40	138	2
	37	considero o clima do meu ambiente de trabalho como favorável	P37	6	15	40	54	25	140	
				199	295	541	597	306	1938	22
PROCESSOS	38	recebo equipamentos/recursos necessários para realizar meu trabalho	PR38	5	16	48	43	27	139	1
	39	a minha área busca modernização de técnicas e métodos de trabalho	PR39	8	23	46	47	16	140	
	40	A acreditação e processo importante para a Instituição	PR40	2	7	38	49	42	138	2
	41	As condições de segurança e vigilância da minha área de trabalho são compatíveis com as normas vigentes	PR41	10	23	43	48	16	140	
	42	os prazos para realização das minhas atividades são adequadas	PR42	2	19	34	64	20	139	1
	43	se sente estimulado em avançar no processo de acreditação	PR43	11	20	28	54	22	135	5
	44	eu planejo meu trabalho de forma atingir os resultados propostos dentro do prazo	PR44	1	5	24	66	43	139	1
	45	qual o grau de satisfação com as mudanças que vem acontecendo na Instituição	PR45	13	20	56	39	12	140	
	46	os recursos financeiros e materiais são administrados com responsabilidade	PR46	9	15	37	54	23	138	2
	47	conhece as próximas etapas do processo de qualificação das conformidades na acreditação	PR47	37	25	42	27	6	137	3
				98	173	396	491	227	1385	15
			TOTAL GERAL	357	653	1360	1484	717	4571	49

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS

AREAS	ORDEM	PERGUNTAS	PONTUACAO					TOTAL	S.R.
			1	2	3	4	5		
LIDERANCA	1	meu superior imediato me da autonomia para desenvolver as minhas atividades		3	8	11	9	31	
	2	meu superior imediato me incentiva a buscar o desenvolvimento profissional	1	7	12	4	7	31	
	3	sou encorajado pelo meu superior imediato a dar sugestões para melhorar o trabalho		6	11	7	7	31	
	4	recebo do meu superior retornos (elogios/criticas) sobre o trabalho realizado	3	9	5	10	4	31	
	5	meu superior imediato atua de forma a buscar harmonia na equipe		2	7	15	7	31	
	6	o meu superior imediato transmite as informações de forma clara e objetiva sobre o processo de acreditação	3	7	10	9	1	30	1
	7	meu superior imediato toma decisões sem protecionismo		5	5	14	6	30	1
	8	consigo explicar com as minhas palavras a missão/visão do hospital		5	6	15	5	31	
			7	44	64	85	46	246	2
ESTRATEGIAS	9	tenho change de ser promovido neste serviço após avaliação de desempenho	5	6	9	9	2	31	
	10	eu me sinto satisfeito com o grau de responsabilidade que tenho no serviço	2	2	10	7	10	31	
	11	com que frequencia eu participo das reuniões sobre acreditação	10	5	8	4	3	30	1
	12	eu me sinto satisfeito com os resultados das reuniões sobre a acreditação as quais participo	9	7	11	2	1	30	1
	13	conheço plano e metas da intervenção apontado pelo diagnóstico situacional da minha área	8	8	8	5	1	30	1
	14	os planos e metas traçados no processo visando a acreditação hospitalar são estabelecidos de forma participativa	10	6	7	5	2	30	1
			44	34	53	32	19	182	4
		TOTAL GERAL	51	78	117	117	65	428	6

legenda :

pontuação

- 1 nada
- 2 pouco
- 3 moderado
- 4 muito
- 5 pleno

classificação final

- < 87 baixo desempenho
- 87 - 259 razoável desempenho
- 260 - 346 bom desempenho
- 347 - 434 excelente desempenho

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS E DAS ORGANIZAÇÕES

QUESTIONARIO
COMUNIDADE

AREAS	ORDEM	PERGUNTAS	PONTUACAO					TOTAL	S.R.
			1	2	3	4	5		
COMUNIDADE	48	o hospital contribui para a melhoria da qualidade de vida da população		4	11	17	49	81	
	49	zela pela preservação do meio ambiente		5	17	31	28	81	
	50	incentiva ações de voluntariado visando o bem estar da sociedade		12	20	24	25	81	
	51	todos atuam de forma ética com relação com os clientes e colegas de trabalho	6	12	25	18	20	81	
	52	existe senso de organização do atendimento	27	24	8	8	14	81	
	53	se sente satisfeito com o nível de atenção em relação à sua expectativa	4	21	30	15	11	81	
	54	busca fazer reclamações ou dar sugestões de melhoria	18	17	15	22	9	81	
	55	voltaria para ser atendido novamente			21	21	38	80	1
		TOTAL GERAL	55	95	147	156	194	647	1

legenda :

pontuação

- 1 nada
- 2 pouco
- 3 moderado
- 4 muito
- 5 pleno

classificação
final

- < 130 baixo desempenho
- 130 - 388 razoável desempenho
- 389 - 517 bom desempenho
- 518 - 648 excelente desempenho

ANEXOS

ANEXO 1- ORGANOGRAMA DO HDP

