



UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA

LIANE FREITAS MARQUES

A POSIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES
EM RELAÇÃO À ACREDITAÇÃO

Salvador
2006

LIANE FREITAS MARQUES

**A POSIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES
EM RELAÇÃO À ACREDITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração Estratégica, Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva

Salvador
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador - UNIFACS)

Marques, Liane Freitas

A posição das organizações hospitalares em relação à acreditação /
Liane Freitas Marques. - 2006.

194 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Salvador – UNIFACS. Mestrado
em Administração Estratégica, 2006.

Orientador: Prof. Mônica Aguiar Mac-Allister da Silva.

1. Administração estratégica. 2. Administração hospitalar.
3. Acreditação hospitalar. I. Silva, Mônica Aguiar Mac-Allister, orient. II.
Título.

CDD: 658.4012

TERMO DE APROVAÇÃO

LIANE FREITAS MARQUES

A POSIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO À ACREDITAÇÃO

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração, Universidade Salvador, pela seguinte banca examinadora:

Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva – Orientadora
Doutora em Administração, Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Salvador

Jair Nascimento Santos
Doutor em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Universidade Salvador

Vera Lúcia Peixoto Mendes
Doutora em Administração, Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia

Salvador, 30 de agosto de 2006

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, José Paulo e Enaide, que sempre me apoiaram em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva, por acreditar em mim e ter me apoiado com seus ensinamentos durante todo o processo de elaboração da minha dissertação.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Salvador (Unifacs), instituição que me possibilitou conhecer pessoas que mostraram os caminhos para o aprimoramento profissional.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos Organizacionais e Tecnologias de Gestão – Neoteg, da Unifacs, por terem me apoiado na tabulação e análise dos dados da pesquisa.

À Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Mendes, por ter permitido a realização da pesquisa na Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia, da qual é coordenadora.

Ao Dr. Raimundo Carlos de Sousa Correia, presidente do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia (SINDHOSBA) e ao Sr. Edmundo Carvalho, gerente de atendimento da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (ASHEB), pelo apoio na realização da pesquisa junto às organizações hospitalares.

Ao Sr. Antônio Walter Luna e Sra. Márcia Aparecida Feistauer Gomes, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e ao Sr. Francisco Campos Braga Neto, pela disponibilidade das informações que tanto contribuíram para a realização desta pesquisa.

Aos gestores hospitalares e demais respondentes que prestativamente se dispuseram a participar da presente pesquisa.

Ao meu amigo Dr. Vicente de Araújo dos Santos, por todos os ensinamentos na área de saúde que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu amigo Delly Villas Boas, que me apoiou ao longo de toda a pesquisa junto às organizações hospitalares, sendo um dos grandes responsáveis pelo êxito do percentual de retorno das respostas da pesquisa.

Ao meu companheiro Daniel Nogueira e aos meus amigos, colegas e familiares, em especial a Franklin Lira, Cilêda Azevêdo, Magali Viana, Peter Barros e Edna Torres, pela colaboração e disponibilidade para ajudar.

E, principalmente, a Deus, pelo dom da vida.

RESUMO

Focando o Programa Brasileiro de Acreditação, o principal objetivo deste estudo é analisar a posição das organizações hospitalares em relação à acreditação. Ele pretende também conhecer as práticas de gestão hospitalar e entender de que modo essas organizações percebem os benefícios e as dificuldades para a implantação desse programa. O estudo abrange hospitais da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia, a InovarH, e outros fora desta Rede, todos localizados no estado da Bahia. Trata-se de uma pesquisa, ao mesmo tempo, exploratória e descritiva. É exploratória no sentido de que a posição dos hospitais sobre a acreditação é um tema que não tem sido estudado. É uma pesquisa descritiva, porque visa discorrer sobre a posição das organizações hospitalares baianas em relação à acreditação. Quanto aos meios de investigação, é uma pesquisa de campo. O estudo caracteriza as práticas das organizações hospitalares com o foco na forma como elas percebem o processo de acreditação, utilizando como referencial o programa de brasileiro de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A análise dos resultados da pesquisa indica que a maioria das organizações hospitalares pesquisadas conhece o programa e tem interesse na acreditação hospitalar. O estudo também constatou que as organizações, em geral, possuem práticas de gestão que se aproximam das determinações do Manual Brasileiro de Acreditação, mas têm dificuldades em se engajar na implantação do programa, devido a uma série de fatores. O trabalho conclui que hospitais relevantes no mercado de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica, públicos e privados, têm uma posição favorável à acreditação, porém necessitam de apoio para a sua implementação.

Palavras-chave: Organização hospitalar; Acreditação hospitalar; Programas de Qualidade.

ABSTRACT

Focusing on the Brazilian Accreditation Program, the main objective of this study is to analyze the position on accreditation of hospital services organizations. It intends to map the hospital management practices and understand the way those organizations perceive the benefits and difficulties to implement this program. The study encompasses hospitals from the Hospital Management Learning and Innovation Network – Bahia State – InovarH, and other hospitals outside this network, all located in Bahia State. This is, at the same time, an exploratory and descriptive research. It is exploratory because the hospitals accreditation position is a theme that has not been studied yet. It is a descriptive research because it aims to describe the Bahia state hospital services organizations positions about accreditation. Regarding research means, it is a filed research. The study characterizes the hospital organizations practices with focus on the way they perceive the accreditation process, using as reference the ONA (Organização Nacional de Acreditação) Brazilian accreditation program. The research results analysis indicates that majority of the hospital organizations researched knows the program and is interested in hospital accreditation. The study also found that organizations in general have management practices that are close to the Brazilian Accreditation Manual requisites, but they have difficulties in engaging to a program implementation, as consequence of a series of factors. The work concluded that relevant hospitals in the market comprising Salvador, Lauro de Freitas and Itaparica, public and private ones, have a favorable position to accreditation, but they need support to the implementation process.

Keywords: Hospital organizations, hospital accreditation, quality programs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estratégia metodológica	23
Figura 2 -	Visão sistêmica de processo	29
Figura 3 -	Modelo dos acionistas para análise da relação hospital particular-ambiente	30
Figura 4 -	Modelo dos “interessados” na organização – o caso de um hospital particular	30
Figura 5 -	Gerenciamento de Processo	42
Figura 6 -	Organograma básico de um hospital	51
Figura 7 -	Modelo Sistêmico da Organização de Saúde – ONA	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Conceitos de Processo	37
Quadro 2 -	Características dos Hospitais	47
Quadro 3 -	Conceitos de Qualidade	56
Quadro 4 -	Movimentos de qualidade da década de ouro	63
Quadro 5 -	Conceitos de Qualidade relacionados à Saúde	65
Quadro 6 -	Requisitos dos Níveis de Acreditação	92
Quadro 7 -	Relação das Seções e Subseções do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4 ^a edição	93
Quadro 8 -	Relação de Subseções, Princípios e Requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4 ^a edição	96
Quadro 9 -	Relação Dificuldades x Afirmativas dos Questionários de Pesquisa	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Ferramentas de gestão da qualidade adotadas pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS)	79
Tabela 2 -	Diagnósticos organizacionais (DO) e certificações de serviços de saúde realizados entre 2004 e 2005	80
Tabela 3 -	Hospitais certificados por número de leitos e por vínculo. Dezembro de 2005	80
Tabela 4 -	Frequência de serviços de saúde pelos respectivos graus de certificação em dezembro de 2005, excluídos os que não tiveram sua certificação renovada	81
Tabela 5 -	Número de hospitais existentes x número de hospitais acreditados	103
Tabela 6 -	Percentual de participação de hospitais na pesquisa em relação à totalidade	103
Tabela 7 -	Percentual de questionários respondidos	103
Tabela 8 -	Natureza jurídica	107
Tabela 9 -	Data de fundação	108
Tabela 10 -	Natureza da assistência	108
Tabela 11 -	Número de leitos	108
Tabela 12 -	Número total de funcionários	108
Tabela 13 -	Formação (questionário estratégico)	109
Tabela 14 -	Formação (questionário operacional)	109
Tabela 15 -	Cargo do contato (questionário estratégico)	110
Tabela 16 -	Cargo do contato (questionário operacional)	110
Tabela 17 -	Quais certificados de qualidade o hospital possui	111
Tabela 18 -	Quais certificados de qualidade o hospital possui x natureza jurídica	111
Tabela 19 -	Conhecimento e estágio do Programa de Acreditação Hospitalar	111
Tabela 20 -	Conhecimento e estágio do Programa de Acreditação Hospitalar x natureza jurídica	112
Tabela 21 -	Falta de conhecimento do programa de qualidade	113
Tabela 22 -	Falta de conhecimento do programa de qualidade x natureza jurídica	113
Tabela 23 -	Falta de reconhecimento por parte da alta administração sobre os benefícios do programa de qualidade	114
Tabela 24 -	Custo elevado na implementação de programa de qualidade	114
Tabela 25 -	Custo elevado na implementação de programa de qualidade x natureza jurídica	115
Tabela 26 -	Custo elevado na implementação de programa de qualidade x quais certificados de qualidade o hospital possui	115
Tabela 27 -	Falta de envolvimento do corpo gerencial	116
Tabela 28 -	Discrepância da realidade atual em relação ao exigido no programa de qualidade	116
Tabela 29 -	Tempo decorrido até a obtenção dos resultados	117
Tabela 30 -	Resistência dos funcionários	117
Tabela 31 -	Falta de condições mínimas de recursos materiais e humanos	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 32 -	Maior regulamentação do setor de saúde	118
Tabela 33 -	Maior regulamentação do setor de saúde x natureza jurídica	118
Tabela 34 -	Aumento do poder, imposições e pressão dos planos de saúde	119
Tabela 35 -	Papel difusor do Ministério da Saúde na busca por melhorias na gestão do setor	120
Tabela 36 -	Profissionalização da administração, trazendo um novo perfil à gestão hospitalar	120
Tabela 37 -	Necessidade de restauração / resgate da imagem do hospital	121
Tabela 38 -	Ingresso de novos hospitais altamente profissionalizados como fator impulsionador da qualidade do setor	121
Tabela 39 -	Aumento do número de hospitais, gerando necessidade de diferenciação	121
Tabela 40 -	Maior conscientização do cliente, com maior nível de exigência	121
Tabela 41 -	Exemplos de outros hospitais que adotaram novas técnicas de gestão	122
Tabela 42 -	Itens significativos das possíveis dificuldades em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar	122
Tabela 43 -	Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e as entendem como importantes para atingir os objetivos organizacionais	129
Tabela 44 -	A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais	130
Tabela 45 -	A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais x quais certificados de qualidade o hospital possui	130
Tabela 46 -	A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos	131
Tabela 47 -	A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos x quais certificados de qualidade o hospital possui	131
Tabela 48 -	Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar	133
Tabela 49 -	Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar x quais certificados de qualidade o hospital possui	133
Tabela 50 -	Na organização, a alta direção promove meios necessários para a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar	134
Tabela 51 -	Na organização, o Programa de Acreditação Hospitalar está alinhado às estratégias estabelecidas pela alta direção	134
Tabela 52 -	Os prontuários e laudos são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação	135
Tabela 53 -	Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 54 -	Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores x quais certificados de qualidade o hospital possui	136
Tabela 55 -	Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico quando convocados	136
Tabela 56 -	Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico quando convocados x quais certificados de qualidade o hospital possui	136
Tabela 57 -	Os médicos possuem conhecimento do regimento interno	137
Tabela 58 -	Todos os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão documentados	137
Tabela 59 -	Há uma sistemática de controle com vistas a permitir a elaboração de documentos, a sua atualização e disponibilidade para os funcionários	138
Tabela 60 -	Os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes no caso de dúvidas na realização das suas atividades	138
Tabela 61 -	Os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento	139
Tabela 62 -	A organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados	139
Tabela 63 -	A organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados x quais certificados de qualidade o hospital possui	140
Tabela 64 -	A organização contrata auditorias externas voltadas para o gerenciamento dos processos implantados	140
Tabela 65 -	A construção dos protocolos de maior prevalência é realizada com o envolvimento da equipe multiprofissional	141
Tabela 66 -	Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização	141
Tabela 67 -	Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização x a organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados	142
Tabela 68 -	Os prontuários são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação, pela enfermagem	142
Tabela 69 -	A organização possui mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização	143
Tabela 70 -	A organização possui mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares	143
Tabela 71 -	Os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar	143
Tabela 72 -	Os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar	144
Tabela 73 -	A organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 74 -	Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais	145
Tabela 75 -	O corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização	145
Tabela 76 -	Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para realização de seu trabalho	146
Tabela 77 -	A organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua	146
Tabela 78 -	O processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecidas pelos gestores e recursos humanos.	147
Tabela 79 -	A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho	148
Tabela 80 -	A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho x quais certificados de qualidade o hospital possui	148
Tabela 81 -	A organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da qualidade	149
Tabela 82 -	Os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional	149
Tabela 83 -	Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia	150
Tabela 84 -	Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia x quais certificados de qualidade o hospital possui	150
Tabela 85 -	A organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o RH um facilitador	151
Tabela 86 -	A organização possui programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores	151
Tabela 87 -	A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência	152
Tabela 88 -	A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência x quais certificados de qualidade o hospital possui	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 89 -	A organização promove treinamentos, adquire equipamentos, define e/ou atualiza os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais	153
Tabela 90 -	A organização possui sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores para análise de tendências	154
Tabela 91 -	A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua	154
Tabela 92 -	A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua x quais certificados de qualidade o hospital possui	155
Tabela 93 -	A organização percebe retorno financeiro com a implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar	155
Tabela 94 -	A organização percebe retorno financeiro ao gerenciar os contratos com os fornecedores, desde o processo de qualificação até a sua avaliação após o uso dos produtos ou prestação dos serviços	156
Tabela 95 -	Síntese dos resultados	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APM	Associação Paulista de Medicina
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASQC	Sociedade Americana de Controle de Qualidade
BPR	Reengenharia de processos de negócio
BSC	Balanced Scorecard
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
CCQ	Círculo de Controle de Qualidade
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia
CEP	Controle Estatístico de Processo
COGESTEC	Coordenação de Gestão da Qualidade e Avaliação Tecnológica
CQ	Controle da Qualidade
CQH	Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar
FNQ	Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade
GQT	Gestão pela Qualidade Total
INOVARH	Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia
ISSO	International Organization for Standardization
JCAHO	Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde
JCI	Joint Commission International
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPSS	Organização Prestadora de Serviço de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde
PBAH	Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar
PBQP	Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SGQ	Sistemas de Gestão da Qualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TQC	Controle de Qualidade Total
TQM	Gerenciamento da Qualidade Total
ZD	Zero Defeito

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 TEMA E PROBLEMA	17
1.2 OBJETIVOS	22
1.3 JUSTIFICATIVA	22
1.4 DESENVOLVIMENTO E ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	23
2 ORGANIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	26
2.1 ORGANIZAÇÃO (CONCEITOS E DIMENSÕES)	26
2.2 GESTÃO DE PROCESSOS	35
2.3 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	44
3 QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	55
3.1 QUALIDADE	55
3.2 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	69
3.3 A AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E O PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO	75
3.4 IMPLEMENTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	77
3.4.1 Vantagens ou ações para implementar programas de qualidade	82
3.4.2 Pesquisas sobre implementação de programas de qualidade	83
3.4.3 Dificuldades para implementar programas de qualidade	86
3.4.4 Categorias de Análise da Acreditação Hospitalar	91
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	99
4.1 MÉTODO DE PESQUISA	99
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	102
4.3 COLETA DE DADOS	104
4.4 TRATAMENTO DOS DADOS	105
4.5 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO MÉTODO E DA TÉCNICA APLICADA	106
5 POSIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO À ACREDITAÇÃO	107
5.1 UNIVERSO E AMOSTRA ANALISADA	107
5.2 PERCEPÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO AO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	112

5.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE GESTÃO HOSPITALAR, COM BASE NO MODELO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO	129
5.3.1 Formas de Gestão	129
5.3.2 Alta Direção	132
5.3.3 Envolvimento dos Médicos	134
5.3.4 Gestão por Processos	137
5.3.5 Interligação entre Processos	145
5.3.6 Gerenciamento de Recursos Humanos / Envolvimento do Nível Gerencial	147
5.3.7 Mensuração de Resultados	151
5.3.8 Retornos Financeiros	155
5.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS	156
6 CONCLUSÃO	162
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES	177
Apêndice A - Identificação das Categorias de Análise	177
Apêndice B - Carta de encaminhamento do questionário	182
Apêndice C - Modelo dos questionários estratégico e operacional	183
Apêndice D - Relação das organizações hospitalares participantes da pesquisa	193
ANEXOS	
Anexo A - Carta de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética	194

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA

Os sistemas de gestão empresarial com foco na qualidade são hoje largamente utilizados. Os programas de qualidade, os sistemas de gestão da qualidade, os processos de melhoria da qualidade etc. são noticiados, discutidos e estudados em trabalhos acadêmicos, congressos de administração, revistas e jornais. Os nomes variam, mas, na essência, os objetivos estratégicos dos dirigentes que adotam tais sistemas e programas são os mesmos: obter bons resultados, melhorando a qualidade e a produtividade (CAMPOS, 1992). Em geral, as organizações têm adotado modelos de gestão pela qualidade em busca de maior competitividade, atendendo às exigências constantes e crescentes dos clientes.

Atualmente, os estudiosos do assunto consideram que não há uma forma única, um modelo particular que seja melhor para a gestão da qualidade. Segundo Novaes (1999, p.4), “a qualidade depende do desempenho das pessoas e das estruturas, sistemas ou processos e dos recursos disponíveis para respaldar esse desempenho”. No âmbito do sistema de saúde, a medicina, especialmente após a década de 1960, vem apresentando uma significativa evolução tecnológica, com domínio do conhecimento biocientífico, permitindo assim cada vez maior precisão no tratamento dos pacientes. Além disso, percebe-se o aumento de hospitais equipados com tecnologias de ponta, serviços quaternários e estrutura física confortável e segura (PEDROSA, 2004).

As mudanças sociais e econômicas, o agravamento da crise financeira no setor de saúde, o aumento constante das exigências do consumidor com relação à qualidade dos serviços médico-hospitalares e os investimentos contínuos em novas tecnologias têm forçado os hospitais a adotarem modelos de gestão que ofereçam respostas satisfatórias e imediatas às

novas demandas (BRITO; MONTEIRO; COSTA, 2002). Nesse contexto, as organizações hospitalares brasileiras têm como missão “atender a seus pacientes da forma mais adequada” e, em função disto, devem se preocupar “com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.11). Em atendimento à sua missão, a busca da melhoria permanente tendo em vista o compromisso com a qualidade tem sido uma constante nas organizações hospitalares, apesar da dificuldade em se definir claramente o que se entende por qualidade e em se escolher um sistema de gestão eficaz (GONÇALVES, 2002, p.18).

Para Kluck e outros (2002, p.29), encontrar uma definição para “qualidade é complexo, pois deve fazer referência a todas as suas dimensões e dependerá do ponto de vista de quem a define”. Esses autores entendem também que “qualidade em saúde é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social”. Segundo Zanon (2000, p.16), “a qualidade é a totalidade de atributos que um produto ou serviço deve ter para atender às expectativas dos clientes”. Dessa forma, reforçando a posição de Kluck e outros (2002), pode-se afirmar que a qualidade deve ser avaliada pela pesquisa de opinião do cliente.

Malik e Teles (2001), citando Schiesari (1999) e Malik e Teles (2000), relatam que a qualidade na área de saúde/hospitalar começou timidamente no Brasil nos anos 1970. Somente nos anos 1990, a qualidade tornou-se um modismo; houve então um aumento da quantidade de cursos, artigos, seminários, trabalhos acadêmicos e trabalhos de consultoria relacionados ao tema, que também despertou um grande interesse das organizações não governamentais.

Autores de referência na área de qualidade em geral (MARTINS; TOLEDO, 1998; TOLOVI JÚNIOR, 1994) e na área de qualidade em serviços de saúde (BITTAR, 2004; PEDROSA, 2004; MALIK; TELES, 2001; MALIK; PENA, 2003; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2004), a partir de estudos realizados, comprovam que as organizações podem passar por diversas dificuldades e até mesmo terem insucessos na implantação de programas de qualidade.

A qualidade na saúde, como um sistema de gestão, começou a ganhar importância nos Estados Unidos na década de 50, com a atuação da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*, e no Brasil na década de 90 (COUTO; PEDROSA, 2003; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA, 2005b). Com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, em

1997, o lançamento da primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, posteriormente em 1998, e o reconhecimento da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999, como sendo a instituição responsável pelo Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), a qualidade nas organizações hospitalares brasileiras evoluiu (ONA, 2005b).

O Programa de Acreditação Hospitalar tem como objetivo a implementação de um processo contínuo de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços hospitalares que leve ao aprimoramento da atenção hospitalar, com vistas à garantia da qualidade da assistência médico-hospitalar e ao atendimento da própria missão das organizações hospitalares (QUINTO NETO; BITTAR, 2004). Além disso, o Manual de Acreditação enfatiza que se trata de um programa de educação continuada que não se propõe, em hipótese alguma, a qualquer forma de fiscalização (ONA, 2003).

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (ONA, 2003, p.23), a acreditação “é um método para avaliar a qualidade da assistência médico-hospitalar, conforme padrões pré-estabelecidos, em todos os setores, inclusive os terceirizados, em uma organização hospitalar”. O Programa de Acreditação Hospitalar contempla níveis de complexidade crescente, com exigências específicas, que causam efeitos diferentes no ambiente organizacional. As exigências do nível 1 estão relacionadas ao atendimento aos requisitos básicos de qualidade admitidos na prestação dos serviços aos clientes: é o princípio da segurança, com foco nas legislações. As exigências do nível 2 dizem respeito à existência de planejamento referente a documentação, treinamento, corpo funcional, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisões clínica e gerencial e à adoção de auditoria interna: é o princípio da gestão por processos. As exigências do nível 3 estão ligadas às práticas de gestão e qualidade, ou seja, ao resultado dessas práticas e seu monitoramento, com evidências de ciclos de melhoria em todos os setores da organização, considerando inclusive os serviços terceirizados (ONA, 2003). As práticas de gestão pela qualidade começam a ser mais exigidas a partir do nível 2, que representa o gerenciamento por processos. Este nível ressalta e valoriza o cumprimento da missão da organização hospitalar quanto à necessidade de uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, enfim, valoriza uma visão sistêmica, a partir da qual todos os setores precisam interagir, numa relação cliente-fornecedor (ONA, 2003).

Alvarenga-Netto define a abordagem por processos (foco do nível 2 da Acreditação Hospitalar) da seguinte forma:

Consiste em identificar os processos organizacionais com suas entradas e saídas, interligá-los mediante uma representação de processos; identificar os recursos necessários para sua operação e estabelecer indicadores de desempenho para o seu monitoramento (ALVARENGA-NETTO, 2004, p.3).

De acordo com essa visão, o conceito de processo está relacionado à integração harmônica, sincronia, gestão de recursos e ao monitoramento de resultados. Essa integração envolve todas as partes interessadas (hospital, plano de saúde, clientes e suas famílias, Secretaria de Saúde, fornecedores, comunidade local, ONA, agência acreditadora, acionistas e mantenedores), que direta ou indiretamente, sofrem a influência da qualidade da assistência médico-hospitalar prestada pelas organizações hospitalares. A gestão por processos é reconhecida hoje como sendo uma facilitadora da compreensão do funcionamento interno de uma organização e uma das formas mais eficazes de bem gerenciar. Se uma organização pode ser entendida como uma coleção de processos, pode-se entender que bem gerenciá-la significa bem gerenciar esses processos. Atuando desse modo, contribui-se para a prestação de um melhor serviço para a comunidade (GONÇALVES, 2000).

Constata-se também que a gestão de processos é um tema amplamente estudado em administração (RUMMLER; BRACHE, 1994; DAVENPORT, 1994; HAMMER, 1997) e é uma das práticas ressaltadas na literatura como sendo capaz de provocar um salto qualitativo na competitividade das organizações (ALVARENGA-NETTO, 2004). Contudo, a realidade das organizações hospitalares apresenta características diversas das preconizadas pela gestão de processos e igualmente diversas no que se refere à integração das partes interessadas.

Inicialmente, as organizações hospitalares eram consideradas instituições filantrópicas que davam auxílio aos pobres, sendo caracterizadas como instituições religiosas e espirituais (MEZOMO, 1991; CHERUBIN, 1997; GALVÃO; FEDERIGHI, 2002). A assistência médico-hospitalar foi evoluindo do perfil fortemente religioso que a caracterizou durante séculos para a finalidade de assistência com mensuração de resultados. Aos poucos, foi profissionalizando a sua gestão com a presença de uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos) e de administradores hospitalares (MEZOMO, 1991; CHERUBIN, 1997). Atualmente, de acordo com Galvão e Federighi (2002), apesar de ser caracterizada como uma organização médica e social, o hospital moderno tornou-se uma empresa que possui estrutura e administração próprias, com pessoas capacitadas e que presta serviços para a sociedade.

Este hospital moderno possui na sua estrutura organizacional uma exagerada departamentalização de setores, com elevada fragmentação de tarefas e alta especialização, na

qual o foco principal não está no paciente, mas nas atividades realizadas pelos profissionais da organização. O reflexo disso são as tensões e os conflitos que se estabelecem entre as pessoas que trabalham no hospital, a dificuldade em repartir o poder, em aceitar normas de disciplina coletiva e em ouvir sugestões e reclamações (GONÇALVES, 1998).

Para Gonçalves (1998), as estruturas habitualmente utilizadas pelos hospitais brasileiros situam-se na esfera funcional, em que cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de deveres e responsabilidades diferenciados. O mesmo autor também afirma que a estrutura organizacional do hospital moderno deve considerar a expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição, para atingir o objetivo no qual o hospital encontra a sua própria razão de existir: a busca constante de um melhor atendimento ao doente que o procura.

Nesse cenário, pode-se perceber que de um lado há uma estrutura organizacional rígida, departamentalizada, na qual a alta especialização predomina e as habilidades técnicas se sobrepõem às regras administrativas, contrapondo-se à própria missão da instituição. De outro, existem, e têm crescido no Brasil, os modelos de gestão pela qualidade com foco no gerenciamento por processos em que se busca uma interação entre todas as áreas da organização, inclusive os terceirizados, e em que tudo é feito em prol do cliente.

No estado da Bahia, a adoção de programas de qualidade, mais especificamente o Programa de Acreditação Hospitalar, não tem ocorrido na maioria das organizações hospitalares. Atualmente, somente duas organizações hospitalares possuem esse programa, tendo o mesmo sido implantado em 2004 e 2005 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2006c).

Com foco no Programa Brasileiro de Acreditação, o presente estudo procura responder a seguinte questão de pesquisa: qual a posição das organizações hospitalares em relação à acreditação?

Este estudo tem como objeto as organizações hospitalares localizadas no estado da Bahia que fazem parte da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia, o InovarH, e outras organizações hospitalares fora da Rede que estão localizadas nas cidades de Salvador e Lauro de Freitas. A escolha de hospitais fora da Rede InovarH se deu em virtude da facilidade de acesso a essas instituições pela pesquisadora ou por pessoas conhecidas da mesma.

1.2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo geral analisar a posição das organizações hospitalares em relação à acreditação, com foco no Programa Brasileiro de Acreditação.

Tal objetivo está subdividido nos seguintes objetivos específicos:

- a) caracterizar a organização hospitalar e a acreditação hospitalar;
- b) analisar como as organizações hospitalares percebem a acreditação, em função de seus possíveis benefícios e suas dificuldades;
- c) analisar as práticas de gestão hospitalar, com base no programa brasileiro de acreditação da ONA.

1.3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, o despertar da preocupação sobre qualidade em serviços de saúde teve início no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, com a iniciativa da criação de programas de avaliação de qualidade, conforme exposto anteriormente. Apesar da existência de diversos programas de qualidade, o diferencial em relação ao Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar advém do fato de este estar exclusivamente voltado ao setor de saúde, tratando-se, portanto, de um Programa Nacional lançado pelo Ministério da Saúde. Essa foi a razão que motivou a escolha desse programa como foco de análise.

Sendo a área de saúde uma das mais cruciais tanto para o desenvolvimento de qualquer país quanto para o bem-estar de seus cidadãos, e sendo o PBAH um mecanismo formal de avaliação da qualidade na área de saúde, torna-se evidente a pertinência de um estudo que possa mostrar como esse programa vem sendo aplicado. Outro aspecto a considerar é a relevância de um estudo como este para alguns órgãos ligados ao Ministério da Saúde – como a ONA, por exemplo –, que a partir das análises feitas neste trabalho poderão ter uma melhor compreensão sobre os hospitais participantes da pesquisa em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar. Outro motivo é o fato de o estudo sobre o programa de acreditação hospitalar ainda ser incipiente no Brasil, principalmente no estado da Bahia e mais especificamente nas cidades de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica, onde estão os hospitais participantes da pesquisa. Outro fato que justifica esta pesquisa é não ter se

identificado a existência de estudos acadêmicos que analisem a posição das organizações hospitalares em relação à acreditação.

A escolha do tema também está intimamente relacionada à experiência da pesquisadora, que coordenou a implantação do Programa Brasileiro de Acreditação em um hospital da cidade de Salvador-Ba e adquiriu, portanto, um conhecimento aprofundado no assunto, tendo inclusive ensinado em cursos de graduação e pós-graduação na área de qualidade.

1.4 DESENVOLVIMENTO E ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Visando cumprir os referidos objetivos, adota-se a estratégia metodológica apresentada na figura 1.

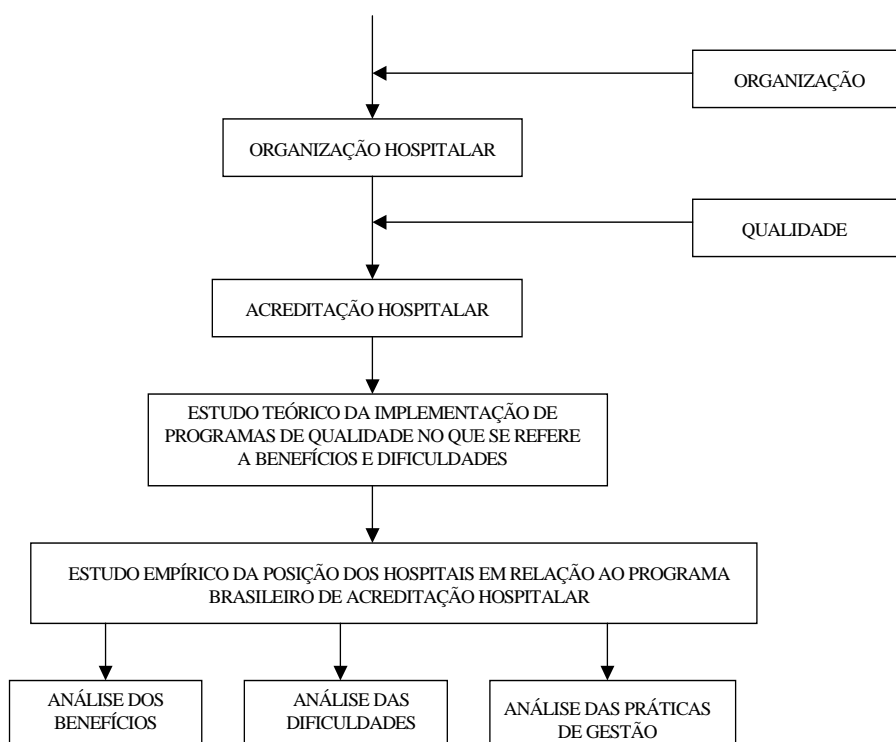


Figura 1 – Estratégia metodológica

Fonte: elaborado pela autora.

Esta dissertação compõe-se de seis capítulos. O primeiro capítulo consiste em uma

introdução, na qual se encontram o tema, o problema, os objetivos, o geral e os específicos, e a justificativa. O segundo e terceiro capítulos contemplam toda a fundamentação teórica sobre organização hospitalar e sobre acreditação hospitalar, respectivamente. A organização hospitalar é um tipo específico de organização, com características próprias. Para maior clareza, primeiramente, abordou-se o conceito de organização, de qualquer tipo, com suas dimensões de análise (perspectiva estratégica, ambiental e estrutural), o que ajudou a entender a dinâmica organizacional. Essa parte do estudo também contempla um detalhamento da estrutura organizacional e a gestão de processos (conceito de processo, gestão de processos, mapeamento e documentação de processos, medição do desempenho dos processos, auditoria de processos). Posteriormente, o estudo foi direcionado para as especificidades da área de saúde. Nesse momento, foram abordados o conceito de hospital e sua evolução histórica.

Após o enfoque da organização hospitalar, partiu-se para o estudo da acreditação hospitalar, que é um sistema de gestão pela qualidade específico para o setor de saúde e, particularmente, para as organizações hospitalares. Seguindo a mesma linha anterior, para melhor compreensão, primeiramente foi analisado o que é a qualidade e sua inserção no mundo. Posteriormente, o estudo foi direcionado para as especificidades da área de saúde. Na caracterização da acreditação hospitalar, o seu conceito e a sua evolução histórica foram abordados, assim como a gestão por processos na área de saúde. Na seqüência, analisou-se a implementação de programas de qualidade em organizações. Foi feita uma revisão bibliográfica sobre os benefícios e as dificuldades que, em geral, as organizações encontram ao implantar programas de qualidade, inclusive a Acreditação Hospitalar. Para dar sustentação ao estudo realizado, esse levantamento contemplou as ações para se implementar um programa de qualidade e as suas vantagens, as pesquisas que já foram realizadas e as categorias de análise da acreditação hospitalar.

O quarto capítulo apresenta os procedimentos metodológicos, explicando como o estudo foi realizado nas organizações hospitalares participantes da Rede InovarH e naquelas que estão fora desta rede, escolhidas pela facilidade do acesso da pesquisadora a essas instituições. Esse capítulo trata do método de pesquisa, universo e amostra, forma de coleta e tratamento de dados, além das vantagens e limitações do método e da técnica utilizados.

O quinto capítulo relata o estudo empírico, isto é, mostra como os gestores hospitalares e os representantes da área de qualidade percebem a acreditação e faz uma análise sobre o seu posicionamento sobre os benefícios e dificuldades para a implantação e a manutenção desse programa. Também foi feita uma caracterização das práticas de gestão hospitalar, utilizando-se como referencial o programa de acreditação da ONA.

No sexto e último capítulo (Conclusão) é apresentado um resumo do estudo realizado, suas contribuições para o meio acadêmico e profissional, além das recomendações para futuras pesquisas.

2. ORGANIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Este capítulo trata de organizações. Em primeiro lugar, conceitua o que é uma organização e a caracteriza de acordo com três dimensões: estratégica, ambiental e, principalmente, estrutural. Em seguida, complementa essa caracterização com uma abordagem sobre gestão de processos. Após descrever um panorama geral sobre organização, o estudo se volta para as especificidades da área de saúde, enfocando então a organização hospitalar. São abordados o conceito de hospital e sua evolução histórica.

2.1 ORGANIZAÇÃO (CONCEITOS E DIMENSÕES)

Segundo Chanlat (1993), há mais de um século, as transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que ocorrem na sociedade contribuem para o crescimento do número de organizações. De acordo com esse autor, “as organizações formais tornaram-se um dos principais pontos de alavancagem e de estruturação individuais e coletivas e por isso se transformaram em objeto de estudo, pesquisa e reflexão independentes” (CHANLAT, 1993, p.22).

Na visão de Bastos e outros (2004a, p.63), é a importância das organizações na sociedade que as tornam um objeto de estudo que desperta interesse por parte da ciência e dos gestores que fazem parte do seu funcionamento. Eles conceituam as organizações como coletividades coordenadas para o alcance de objetivos específicos que possuem uma estrutura formal e sofrem influências do meio ambiente (BASTOS et al., 2004a, p.70). Com este conceito de organização e na perspectiva de compreensão da dinâmica dos seus processos, Bastos e outros (2004b) propõem o estudo de três dimensões conceituais – a estrutura, as

relações da organização com o seu ambiente e as estratégias organizacionais –, considerando que:

Compreender como se articulam as características estruturais das organizações, as forças que dinamizam o ambiente em que elas se inserem e os processos de definição das estratégias para lidar com este ambiente constituem-se uma competência básica que nos permite ter uma visão global dos fenômenos organizacionais, ao mesmo tempo em que nos habilita a diagnosticar e a lidar com os seus processos e três níveis – organizacional, grupal e individual (BASTOS et al., 2004b, p.92).

Ainda segundo Bastos e outros (2004a), a dimensão estratégica está relacionada à relevância do uso de estratégias no campo de negócios. Já a dimensão ambiental trata da relação da organização com o meio externo e como este afeta o desempenho da organização. A terceira e última dimensão é a estrutural, que será analisada de forma mais aprofundada devido à sua importância para esta dissertação.

No que tange à dimensão estratégica, alguns autores de referência (OLIVEIRA, 2002; SERRA; TORRES, M.C.; TORRES, A., 2004; VASCONCELOS FILHO; PAGNONCELLI, 2001; PORTER, 1986) afirmam que, para ter uma posição de destaque com vantagem competitiva, a organização precisa estabelecer uma gestão estratégica, com planejamento e mecanismos de implementação, controle e avaliação Vasconcelos e Pagnoncelli (2001) afirmam que a estratégia determina e revela o propósito de uma organização no que diz respeito a objetivos de longo prazo, programas de ação e prioridades de alocação de recursos; seleciona os negócios em que a organização deve estar presente; busca atingir uma vantagem sustentável de longo prazo em cada um dos negócios da organização, ao responder apropriadamente às ameaças e oportunidades do ambiente e às forças e fraquezas da organização; enfim, consiste em um padrão para decisões coerentes, unificadas e integradas.

Segundo Oliveira (2002), o conceito de estratégia envolve:

- a) pensamento gerencial, indispensável para as empresas;
- b) planejamento, direção, guia, modo de ação futura, trajetória para ir de um ponto a outro;
- c) modelo, um padrão de decisão que permite manter coerência organizacional ao longo do tempo;
- d) posicionamento, o lugar escolhido para determinados mercados;
- e) perspectiva, fundamental para que uma empresa execute suas atividades;
- f) armadilha, que pode ser uma manobra específica destinada a abalar concorrentes;
- g) aprendizado, que se nutre das ações e dos conhecimentos que emergem ao longo

do caminho.

A implementação bem-sucedida de uma estratégia depende, em parte, de como são divididas, organizadas e coordenadas as atividades da organização. As chances de que a estratégia de uma organização venha a ter sucesso são maiores quando sua estrutura está ajustada à sua estratégia. Do mesmo modo, à medida que sua estratégia básica muda através do tempo, sua estrutura tende a mudar. Quando a cultura de uma organização é compatível com sua estratégia, a implementação fica consideravelmente facilitada (STONER; FREEMAN, 1999). Porter (1986) afirma que a ênfase dada hoje ao planejamento estratégico nas organizações reflete os benefícios obtidos com a formulação explícita de uma estratégia, garantindo que as políticas dos setores sejam orientadas em prol do atingimento de um conjunto comum de metas.

Em relação à dimensão ambiental, o sistema organizacional é considerado um núcleo central que recebe pressões e influências do meio ambiente interno e externo. Ou seja, é um sistema aberto, constituído por um conjunto de partes ou processos interligados e interdependentes com objetivos comuns, em constante movimento, influenciando e sendo influenciado por variáveis do meio ambiente interno – órgãos que estruturam a organização – e externo – governo nas três esferas, concorrência, consumidores, sistema financeiro, avanços tecnológicos, políticas econômicas e sociais, fornecedores, sindicatos etc. –, estando em movimento e em permanente mudança, conforme mostra a figura 2 (QUINTO NETO; BITTAR, 2004, p.38).

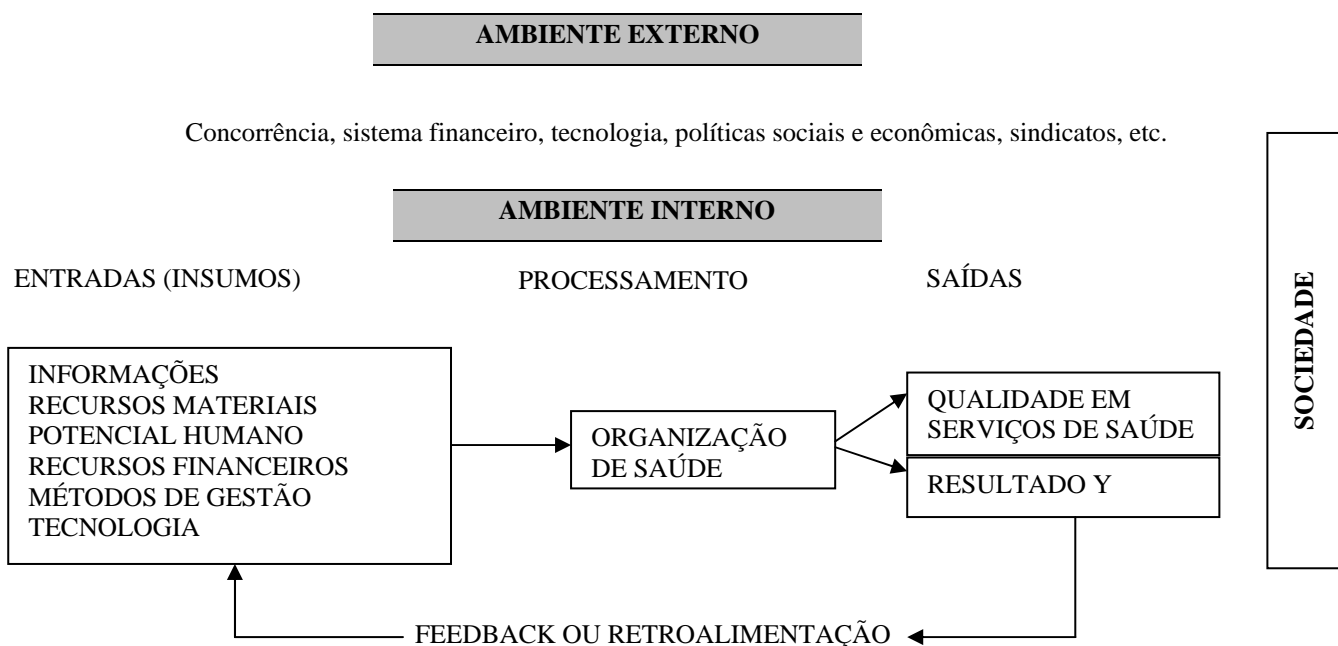


Figura 2 - Visão sistêmica de processo

Fonte: Quinto Neto e Bittar (2004, p.39).

Segundo Quinto Neto e Bittar (2004, p.39), com as mudanças no ambiente externo, as organizações sofrem impactos no ambiente interno. Tais impactos abalam as estruturas, transformam a forma de pensar e de perceber das pessoas, produzem alterações e desdobramentos nos processos e na cultura organizacional.

Segundo Bowditch e Buono (2002), há controvérsias quanto ao que efetivamente constitui o ambiente. Tradicionalmente, o modelo que dominou a análise das relações organização-ambiente restringe seu foco aos elementos do ambiente denominado modelo acionista: as relações entre a organização e as partes tomadas como significativas do seu ambiente são caracterizadas como transações de mercado. As forças de oferta e procura, ou seja, as pressões de um mercado concorrido vão assegurar o melhor uso da empresa e de seus recursos econômicos. Em suma, a diretoria e seus gerentes trabalham pelos interesses financeiros dos acionistas (maximizar os lucros). Os demais grupos do ambiente são relegados a um plano secundário (BOWDITCH; BUONO, 2002).

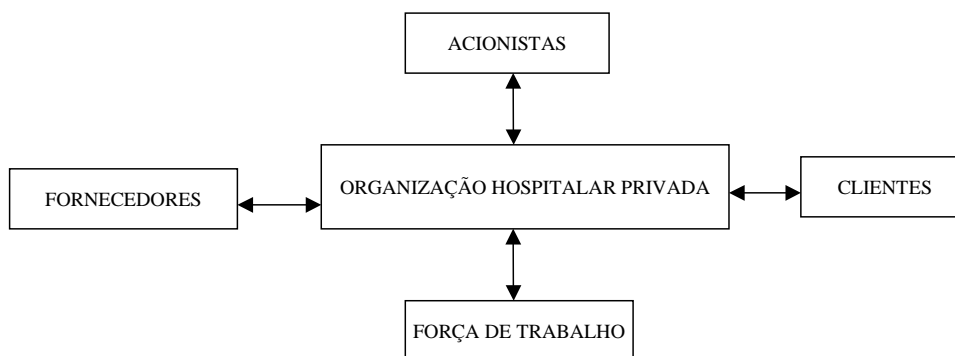


Figura 3 - Modelo dos acionistas para análise da relação hospital particular-ambiente

Fonte: Bowditch e Buono (2002 apud BASTOS et al., 2004, p.120).

Há uma nova perspectiva na caracterização do ambiente, chamada de modelo dos interessados na organização ou *stakeholders*. Essa abordagem reconhece que as exigências sobre as organizações empresariais crescem continuamente. Isso faz com que o ambiente passe a uma variedade mais ampla de grupos que não eram tradicionalmente definidos como parte do interesse imediato da organização. São os grupos ou pessoas identificáveis, dos quais uma organização depende para sobreviver: acionistas, funcionários, clientes, fornecedores, entidades governamentais (BOWDITCH; BUONO, 2002). Segundo Stoner e Freeman (1999), as organizações devem se responsabilizar não apenas pelos acionistas, mas também pela comunidade maior e mais variada dos *stakeholders*, o grupo ou os indivíduos afetados direta ou indiretamente pela busca de objetivos por parte de uma organização. Bowditch e Buono (2002) construíram um modelo para mostrar os interessados de um hospital particular, conforme figura 4:

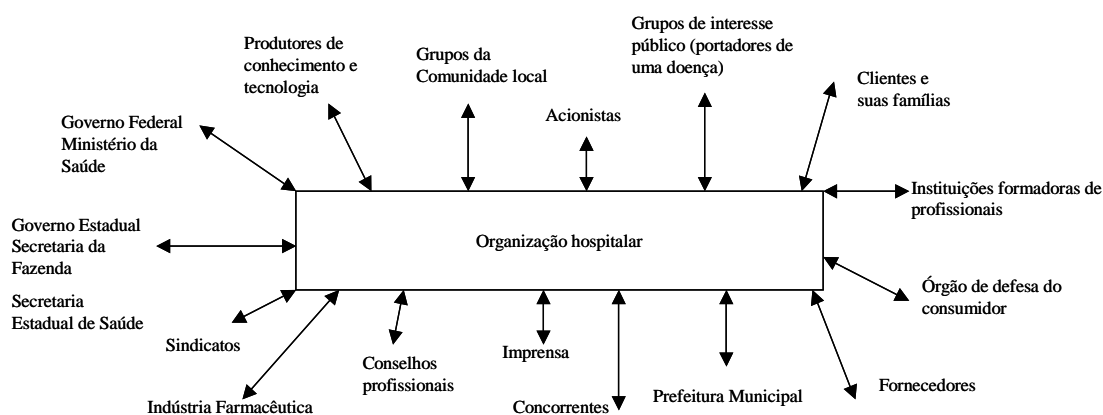


Figura 4 - Modelo dos “interessados” na organização – o caso de um hospital particular

Fonte: Bowditch e Buono (2002 apud BASTOS et al., 2004, p.120).

O modelo dos “interessados”, mostrado na figura 4, trata-se de um modelo que incorpora elementos do ambiente institucional e que traz, de modo subjacente, o pressuposto de que uma organização deve estar a serviço de uma sociedade maior e não apenas de seu dono. Ele incorpora, portanto, a noção de responsabilidade social (BASTOS et al., 2004b). Vale ressaltar que esse modelo mostra a rede de relacionamentos da organização com os seus parceiros, clientes e comunidade, caracterizando-se por apresentar uma visão sistêmica, de intercâmbio com o ambiente. A estrutura dos interessados propicia aos administradores uma maneira mais dirigida de pensar sobre o ambiente da organização. O raciocínio básico é ser capaz de compreender as maneiras em que os diversos interessados são ou podem ser afetados pelas políticas e práticas da organização e quais são as próprias opções para lidar com essas reações. Essa abordagem provê aos administradores uma estrutura para que eles possam examinar essas questões e se tornar mais proativos em suas interações com o ambiente (BOWDITCH; BUONO, 2002).

De acordo com Bowditch e Buono (2002), embora ainda haja tensões entre as interpretações do acionista e dos interessados quanto ao papel da empresa na sociedade, o modelo dos interessados parece estar ganhando aceitação por uma série de motivos:

- a) o modelo do acionista não conseguiu lidar adequadamente com os problemas sociais contemporâneos nem a real complexidade das transações e interações econômicas;
- b) é interesse da empresa em longo prazo ter uma visão ampla do seu papel na sociedade. Se a empresa não se tornar responsável pelos seus atos, pressões crescentes por parte dos interessados irão assegurar que ela assuma as responsabilidades impostas pelo governo, através de leis e regulamentações;
- c) a compreensão e a satisfação das necessidades dos interessados são importantes para o bem-estar da empresa. A conscientização sobre as múltiplas forças que influenciam os acontecimentos coloca as pessoas numa posição melhor para tomar decisões empresariais. O modelo de interessados alinha-se com as noções contemporâneas de justiça.

Toda a análise do ambiente organizacional torna clara a necessidade que a organização tem de controlar as fontes de incerteza que afetam a sua vida, e, sempre que possível, ter o controle de suas atividades ou mesmo criar ambiente propício para o seu desenvolvimento. Esse é o fato que torna importante o conhecimento sobre as estratégias e condutas organizacionais (BASTOS et al., 2004b).

Na dimensão estrutural, Bastos e outros (2004b, p.92) conceituam a estrutura

organizacional como “uma cadeia relativamente estável de ligação entre as pessoas e o trabalho que constituem a organização”, o que compreende a distribuição de autoridade, a especificação de atividades e tarefas e um sistema de comunicação delineado. Todos os conceitos de estrutura tratam da divisão do trabalho, que, segundo Lawrence e Lorsch (1973), envolve não apenas as obrigações e os deveres de cada um no trabalho, mas também influencia a maneira como os empregados percebem a organização e o papel que representam dentro da mesma, a sua importância, bem como o modo como os indivíduos se relacionam.

Stoner e Freeman (1999) definem uma estrutura organizacional como o modo por meio do qual as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas, tendo como base um estudo sobre a divisão do trabalho, departamentalização e coordenação. A visão de Robbins (2002, p.401) se assemelha a de Stoner e Freeman (1999), quando aquele define estrutura organizacional como um conjunto de “tarefas formalmente distribuídas, agrupadas e coordenadas”.

Mintzberg (1995, p.10) define estrutura como “a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas”. Esse autor também divide a organização em cinco partes: cúpula estratégica, linha intermediária, núcleo operacional, tecnoestrutura e assessoria de apoio. De acordo com a sua visão, no núcleo operacional estão localizados os funcionários que executam o trabalho básico de fabricar produtos e prestar serviços. A cúpula estratégica fica responsável pela supervisão da organização, na presença da alta administração. À medida que a organização vai crescendo e se torna complexa, surge a necessidade de criação de uma linha intermediária entre o núcleo operacional e a cúpula estratégica. Se o processo continua crescendo, a organização pode mudar, mantendo, entretanto, a padronização ou normalização como o meio de coordenar os trabalhos. A responsabilidade pela maior parte da normalização é da tecnoestrutura, que é formada por analistas que não fazem parte da linha de autoridade e cuja característica é ser uma assessoria. Por último, a assessoria de apoio, que possui uma natureza diferente da tecnoestrutura, sendo responsável por auxiliar a organização no fluxo operacional de forma indireta. São exemplos desta parte da organização os serviços de refeitório, lanchonete, biblioteca, segurança e assessoria jurídica (MINTZBERG, 1995).

No que se refere à padronização e a especialização, Bastos e outros (2004b) entendem que essa dimensão tem contribuído para a motivação dos funcionários, a aprendizagem organizacional, a melhoria contínua e para a formação de uma mão-de-obra qualificada que tenha uma visão ampliada de suas funções e papéis no processo produtivo e um maior comprometimento com as ações necessárias para alcançar os objetivos organizacionais. Ainda

em relação à padronização, vale destacar que os programas de qualidade, tais como as normas da série ISO, prêmios de qualidade etc. têm exigido a adoção de procedimentos documentados nos seus requisitos, conforme citação a seguir:

O crescimento dos procedimentos para obtenção dos certificados ISO e os avanços nos programas de qualidade podem estar gerando um incremento da formalização de todos os processos de trabalho, independente do tamanho, complexidade e níveis de centralização das empresas (BASTOS et al., 2004b, p.99).

Quanto aos tipos de estruturas, há desde as estruturas lineares ou militares, cuja organização é rígida e em que a centralização é excessiva, até as organizações matriciais e em redes (ARAÚJO, 2005). Stoner e Freeman (1999, p.231) afirmam que “uma das tendências mais visíveis nos últimos anos é a adoção de estruturas mais achatadas, com menos níveis hierárquicos entre o topo e a base, buscando reduzir os custos associados aos diversos níveis da gerência média e acelerar a tomada de decisão”. Os departamentos de uma organização podem ser estruturados formalmente de três modos principais: por função ou burocrática, por produto/mercado e matricial (STONER; FREEMAN, 1999). A estrutura funcional ou burocrática é uma forma de departamentalização em que todas as pessoas engajadas numa atividade funcional, como marketing ou finanças, são agrupadas numa mesma unidade. As competências especializadas podem se tornar cada vez mais sofisticadas, mas a produção coordenada de bens pode ser difícil de se alcançar (STONER; FREEMAN, 1999). A estrutura por produto/mercado pode ser conceituada como “organização de uma empresa em divisões nas quais se reúnem todas as pessoas envolvidas com um determinado tipo de produto ou mercado” (STONER E FREEMAN, 1999, p.234). O último tipo de forma de estruturação do departamento é a matricial. Segundo Robbins (2002), a estrutura matricial combina as formas de departamento funcional e por produto. Ela rompe com o conceito de unidade de comando, uma vez que possui dupla cadeia de comando. O contato direto e sistemático entre os diferentes especialistas no modelo matricial melhora a comunicação, aumenta a flexibilidade e facilita a alocação eficiente de especialistas.

Mintzberg (1995) denomina as cinco “configurações” estruturais das organizações como “estrutura simples”, “burocracia maquinal”, “burocracia profissional”, “forma divisional” e “adhocracia”. Para o autor, a estrutura de uma organização hospitalar configura uma “burocracia profissional” e uma organização que se caracterize por esse tipo de estrutura, intrinsecamente, utiliza como mecanismo coordenação a padronização das habilidades. Nesse caso, o conhecimento dos profissionais é extremamente relevante para que esse mecanismo, de fato, contribua para o funcionamento eficaz e eficiente da organização. Outro aspecto é que

boa parte do poder dentro da organização é delegada a esses profissionais, que são pessoas altamente especializadas e com considerável controle sobre o seu trabalho.

Segundo Mintzberg (1995), algumas características da “burocracia profissional” são:

- a) ter controle sobre o trabalho dos profissionais da organização, que atuam relativamente independente de seus colegas, mas perto dos clientes;
- b) ter uma coordenação delineada por padrões predeterminados ensinados pela universidades e que são utilizados em todas as burocracias das profissões que a compõem;
- c) enfatizar a autoridade de natureza profissional, o poder da perícia;
- d) ter estrutura altamente descentralizada, tanto na dimensão vertical quanto na horizontal.

Nessa estrutura, os profissionais possuem controle de suas próprias atividades, mas necessitam respeitar os regulamentos institucionais. Há a presença do administrador profissional, que desempenha papéis-chave entre os profissionais de dentro da organização e as partes interessadas (governo, associações de clientes etc.) e cuida do processo de administrar (MINTZBERG, 1995). Além disso, Mintzberg (1995) afirma que os gerentes da burocracia profissional concentram muito poder, tornando-se isolados do grupo. O principal executivo seria o mais poderoso e o mais isolado.

Já Bastos e outros (2004b) apresentam três tipos de estruturação de uma organização: as estruturas pré-burocráticas, as burocráticas (funcional, divisional e matricial) e as pós-burocráticas (rede e virtual). Segundo esses autores, em linhas gerais, a organização pré-burocrática possui as seguintes características:

- a) baixo grau de departamentalização;
- b) pouca formalização;
- c) ampla esfera de controle;
- d) a autoridade é concentrada em uma única pessoa.

Ainda conforme Bastos e outros (2004b), a organização burocrática, possui as seguintes características:

- a) a padronização é a palavra-chave que define a estrutura burocrática. Os processos de trabalho são padronizados e formalizados;
- b) há uma acentuada especialização (vertical e horizontal) e a departamentalização, o que cria estruturas com muitos níveis hierárquicos e muitos segmentos ou

setores. A acentuada divisão do trabalho leva ao surgimento de tarefas altamente rotineiras e de reduzido escopo;

- c) uso intensivo de regras e regulamentos – de natureza técnica, cuja aplicação requer uma qualificação profissional – para governar o comportamento de seus membros;
- d) documentação escrita para garantir consistência ao longo do tempo. São muitos os manuais que definem políticas, que descrevem cargos e que especificam procedimentos;
- e) prevalece o princípio de hierarquia oficial, segundo o qual se estabelece a organização de instâncias fixas de controle e a supervisão para cada autoridade institucional, com o direito de apelação ou reclamação das instâncias subordinadas às superiores;
- f) aplica-se o princípio de separação absoluta entre o quadro administrativo e os meios de administração e produção.

Por último, Bastos e outros (2004b) afirmam que a organização pós-burocrática possui as seguintes características:

- a) estrutura mais horizontalizada que as antecedentes;
- b) maior enfoque sobre a natureza dinâmica das estruturas organizacionais;
- c) enfatiza a importância das competências organizacionais;
- d) reconhece o conhecimento como o ativo intangível que mais possibilita a alavancagem de uma organização.

2.2 GESTÃO DE PROCESSOS

Após uma visão geral da organização, seu conceito e suas dimensões, com ênfase na dimensão estrutural, este estudo parte para o entendimento da gestão por processos. Assim, neste tópico, a abordagem do gerenciamento por processos é analisada em cada um de seus aspectos: o conceito de processo, gestão de processos propriamente dita, o mapeamento e a documentação de processos, a medição do desempenho dos processos e a auditoria de processos.

Segundo Hammer (1998), a organização orientada por processos surge como a forma organizacional dominante no século XXI. Essa orientação ordena os recursos e fluxos da

organização ao longo dos processos básicos pelos quais ela opera. A abordagem do gerenciamento por processos é resultado de uma longa evolução, que teve início com o modelo da teoria de Administração Científica de Taylor. Inicialmente, esse modelo procurou definir métodos e padrões para os processos de trabalho, com criação de controles em busca de maior produtividade e redução do número de produtos defeituosos (TAYLOR, 1911). Os processos de trabalho ficavam restritos a uma tarefa específica e o foco era para o ambiente interno. Com as organizações em crescimento constante, a responsabilidade pelos processos foi dividida entre vários departamentos sem haver uma comunicação entre eles, ocasionando uma estruturação desordenada e falta de segurança na operação e no foco no cliente externo (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000).

Nos anos 1930, Shewhart começou a desenvolver técnicas de controle estatístico da qualidade que permitiam a realização de inspeção por amostragem e, conseqüentemente, a previsão de quando um processo sairia de controle. A função qualidade começava a atingir o nível de prevenção de defeitos (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000).

Nos anos 1970, com a globalização da economia, torna-se necessária a uniformização dos sistemas da qualidade adotados pelos diversos países e a criação de normas internacionais sobre os seus requisitos. (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000). As normas internacionais evoluíram no que se refere ao seu conteúdo, sendo que uma delas, a norma ISO 9000:2000, passou de uma abordagem por produto para uma abordagem por processo, o que trouxe como vantagem a implantação de uma estrutura funcional, adequada à gestão das organizações e que possui uma sistemática para gerenciamento, controle, garantia, manutenção, melhoria e certificação da qualidade de suas atividades e dos produtos delas resultantes (COUTO; PEDROSA, 2003).

A partir da década de 90, a gestão por processos foi aprofundada por Davenport (1994) na área de reengenharia. Essa década foi marcada por ser uma época de transição. Ocorreram tanto mudanças de níveis de melhoria nos processos quanto mudanças mais radicais, ou seja, a reengenharia, que traria aumentos de eficiência.

O conceito de gestão de processos de negócio emergiu, segundo Llewellyn e Armistead (2000 apud USIRONO, 2003), no processo de qualidade total ou *Total Quality Management* (TQM) e da reengenharia de processos de negócio ou *Business Process Management* (BPR).

Hoje no Brasil, existem dois enfoques que as organizações costumam seguir: a Gestão pela Qualidade Total e Sistemas de Gestão e Garantia da Qualidade. Os dois estão baseados na metodologia da Gestão por Processos (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000). Existem

várias definições sobre processo, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 1 - Conceitos de Processo

Foco	Conceitos de Processo	Autores
Foco implícito no cliente	Uma série de ações direcionadas para a consecução de uma meta.	Juran (1993)
	Uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, e <i>inputs</i> e <i>outputs</i> claramente identificados: uma estrutura para ação.	Davenport (1994)
	Uma cadeia de agregação de valores, sendo que cada etapa de um processo deve acrescentar valor às etapas precedentes.	Rummler e Brache (1994)
	Segundo a definição da escola da gestão pela qualidade total, um processo como um conjunto de causas que produzem um determinado efeito.	Campos (1994)
	Um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas).	ABNT (2002)
Foco explícito no cliente	Conjuntos estruturados de atividades de trabalho que geram resultados específicos de negócios para clientes, sendo este conceito um dos mais importantes direcionadores estratégicos das organizações.	Davenport (1994)
	Um grupo de atividades realizadas numa seqüência lógica com o objetivo de produzir um bem ou um serviço que tem valor para um grupo específico de clientes.	Hammer e Champy (1994)
	Um conjunto de atividades que tem por objetivo montar, manipular e processar matéria-prima para produzir bens e serviços que serão disponibilizados para clientes podendo ser estratificados em subprocessos, atividades, procedimentos e tarefas.	Cruz (1998)
	Qualquer atividade, ou conjunto delas, que possui entradas, adiciona valores à atividade ou ao conjunto delas e fornece uma saída para o atendimento da satisfação de um cliente específico.	Gonçalves (2000)
	Um conjunto de recursos e atividades inter-relacionadas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Tal transformação tem um custo e deve necessariamente agregar valores perceptíveis pelos clientes.	Scarpi (2004)

Fonte: elaborado pela autora a partir dos autores mencionados no quadro.

O termo processo é descrito por diversos autores, que ao conceituar o termo, contemplam diferentes aspectos, tais como: o foco no cliente, o foco em resultados pré-estabelecidos, a eficácia e a eficiência, levando em conta a análise de todas as etapas de realização de atividades e a necessidade de visão sistêmica. Moraes (2004, p.39) acrescenta ao conceito de processo o aspecto do monitoramento, no momento em que o define como “uma representação de um conjunto de causas interagindo entre si, que provocam efeitos, de acordo ou não com o requerido, que devem ser constantemente monitorados”.

O modelo esquemático que representa esse pensamento foi apresentado na Figura 2 no item anterior. Considerando esse modo de entender os processos que formam uma organização, a única maneira possível de estudá-los seria a partir de uma visão sistêmica, tratando todas as variáveis internas e externas como mutuamente dependentes

(BERTALANFFY, 1975).

De acordo com Graham e LeBaron (1994 apud GONÇALVES, 2000), todo trabalho de relevância realizado nas empresas faz parte de algum processo. Não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo empresarial. Da mesma forma, não faz sentido existir um processo empresarial que não ofereça um produto ou um serviço. Isso vem confirmar o pensamento de Gonçalves (2000) de que a empresa é uma coleção de processos, de fluxos de valores voltados à satisfação e expectativa dos clientes; processos estes que são continuamente adequados às constantes mudanças do ambiente. Segundo esse mesmo autor, os processos nas empresas podem ser internos ou externos, inter ou intra-organizacionais, horizontais (desenhados tendo como base o fluxo do trabalho) ou verticais (respeitando a estrutura hierárquica funcional da organização). Apesar dessa flexibilidade e abrangência dos processos, segundo Stewart (1992 apud GONÇALVES, 2000), a gestão por processos organizacionais difere da gestão tradicional, por funções, por pelo menos três motivos: ela emprega objetivos externos, os empregados e recursos são agrupados para produzir um trabalho completo e a informação segue diretamente para onde é necessária, sem o filtro da hierarquia. Segundo Davenport (1994), a adoção de uma estrutura baseada nos processos significa, em geral, dar menos ênfase à estrutura funcional do negócio.

Para Cunha (1998), ao contrário das regras convencionais, o foco nos processos é uma evidência de que todas as atividades executadas por uma organização devem, além de agregar valor para o seu negócio, estar direcionadas para o cliente. Este é o pensamento exposto nas citações a seguir:

As regras convencionais, focadas em departamentos e funções, induzem ao raciocínio de que, para se atingir o ótimo global, é fundamental garantir que se consiga o ótimo local nas áreas e departamentos (GOLDRATT, 1986, p.178 apud CUNHA, 1998, p.9).

O foco nos processos de negócio possibilita visualizar a organização como um todo, sob a ótica do cliente, de uma forma horizontalizada e perceber o valor agregado em toda a cadeia de valores do negócio. Nesse sentido, pode-se imaginar que somente o ótimo global representa algum ganho no processo e que a integração das ações torna-se fundamental para os resultados (CUNHA, 1998, p. 9).

Harrington (1991 apud GUNDIM JÚNIOR, 1997) fornece uma série de vantagens do gerenciamento por processos:

- a) habilitar a organização a focar no cliente;
- b) permitir à organização prever e controlar mudanças;
- c) realçar a habilidade da organização de competir através da melhor utilização dos recursos disponíveis;

- d) prover os meios para efetuar mudanças para atividades muito complexas de modo rápido;
- e) ajudar a organização a gerenciar efetivamente suas inter-relações;
- f) possibilitar uma visão sistêmica das atividades da organização;
- g) manter o foco nos processos;
- h) prevenir a ocorrência de erros;
- i) ajudar a organização a entender como *inputs* se tornam *outputs*;
- j) prover a organização com a medição de seus altos custos da qualidade;
- k) levar a uma visão de como erros acontecem e um método de corrigi-los;
- l) desenvolver um completo sistema de medição para as áreas de negócio;
- m) favorecer a um entendimento de quão boa a organização pode ser e definir como atingir essa meta;
- n) fornecer um método para preparar a organização a encontrar seus desafios futuros.

Para que um processo possa ser gerenciado, ele precisa ser primeiramente mapeado, documentado e monitorado. Sobre mapeamento de processos, Usirono (2003) relata que, para se entender o fluxo do trabalho completamente conseguindo identificar as regras de um processo de negócio, as rotas e áreas funcionais pelas quais ele flui, é necessário representá-lo de forma que ele seja facilmente inteligível pelo usuário e pelo responsável pelo desenvolvimento da automação.

Para se determinar se cada processo – e cada subprocesso – está adequadamente estruturado, Rummler e Brache (1994) recomendam a construção de um Mapa de Processo que contemple dois aspectos: a identificação das funções, dos departamentos ou das disciplinas envolvidas no mesmo e a participação da equipe na seqüência de conversões que nele ocorre: a entrada de insumos, todas suas etapas intermediárias até que seja produzida a saída exigida.

Conforme Johnson & Johnson (2004), mapear os processos de uma organização é uma maneira de visualizar as etapas e o fluxo destes processos. Um exemplo de mapeamento é o SIPOC (Fornecedores, *Inputs*, Processo, *Outputs* e Clientes), que foi criado no intuito de desenvolver uma visão específica do processo, de destacar as áreas de melhoria e de assegurar o foco no cliente. Segundo Araújo (2005), o mapeamento dos processos também pode ser feito com o uso de modelo de fluxograma. O autor também informa que a utilização de fluxogramas para o mapeamento e a representação de um processo traz vantagens como, por exemplo, facilitar a análise para a melhoria do método utilizado através da simplificação,

permuta ou eliminação de passos, fases ou tarefas. Conforme Patrus (2000), as organizações podem se utilizar de diversos recursos para documentar os seus processos, tais como: fluxogramas das rotinas de trabalho, manuais de procedimentos, normas e padrões. Segundo Campos (1994), padrão é o instrumento que indica a meta (fim) e os procedimentos (meio) para a execução dos trabalhos, para que fiquem claras as responsabilidades pelos resultados do trabalho.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (2001b, p.9) reforça o conceito de Campos (1994), definindo padrão como “aquilo que serve de base ou norma para a avaliação da qualidade ou quantidade. Nível, qualidade ou gabarito”. Este conceito está ligado à padronização, que representa “a uniformização do comportamento dos indivíduos, segundo modelos aceitos por um grupo ou impostos pela criação de novos hábitos” (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2001b, p.9).

Segundo Carvalho Neto (2002), a sistemática de padronização está contemplada em normas de gestão de qualidade como a NBR ISO 9000:2000 e os Prêmios de Qualidade. A norma ISO 9000:2000 é baseada em documentação, que é necessária para a comprovação de que o sistema de gestão da qualidade está em operação, e contempla 04 níveis de documentos: o manual da qualidade, os procedimentos, as instruções de trabalho e os registros da qualidade (CARVALHO NETO, 2002).

Segundo Patrus (2000), a padronização é, sem dúvida, a ênfase principal do modelo ISO e é assegurada por meio do sistema da qualidade, no qual são documentadas as normas e processos de trabalho (rotinas e procedimentos). A conformidade das práticas da organização com os requisitos do sistema da qualidade é verificada a partir da consistência entre a execução dos processos de trabalho e o que está documentado no sistema. Uma das vantagens para a organização é a possibilidade de formalizar os processos de trabalho e uniformizar as condutas. Um dos pontos em que a NBR ISO 9000:2000 mais pode contribuir é o controle de documentos e registros da qualidade. Esse controle assegura que os documentos sejam utilizados na revisão aplicável, sendo as cópias obsoletas recolhidas. Além disso, as auditorias internas permitem que o sistema de gestão da qualidade seja avaliado periodicamente e de forma sistematizada e que a avaliação produzida seja revertida em incorporação de melhorias ao próprio sistema (CARVALHO NETO, 2002).

Ainda em relação ao processo de documentação, Patrus (2000) destaca os riscos relacionados com o conteúdo e a forma de documentação. A definição do conteúdo deve focar as atividades críticas para o desempenho da unidade, pois a inclusão de processos que não afetam diretamente a qualidade do produto final pode “inchar” a estrutura de controle e gerar

o excesso de burocratização. Quanto à forma, é importante uma definição clara dos conceitos e da estrutura de cada documento (norma, rotina, procedimento, plano, manual). Além disso, a hierarquia da documentação e as responsabilidades para sua revisão e aprovação devem ser planejadas *a priori*.

Um outro importante aspecto da gestão de processos é a medição do desempenho de seus próprios processos. Segundo Galvão e Mendonça (1996), um sistema de medição de desempenho é um conjunto de medidas referentes à organização como um todo, às suas partes, aos seus processos, às suas atividades organizadas em blocos bem definidos, de forma a refletir certas características de desempenho para cada nível gerencial interessado. Esses autores definem indicador como sendo números que ajudam no processo de clarificação do entendimento da situação da empresa com o objetivo de detectar situações, verificar a tendência dos acontecimentos e dar subsídios para que a administração da companhia enfatize os esforços corretivos nas direções necessárias. Na opinião de Martins (1998 apud OTTOBONI et al., 2002), o sistema de medição do desempenho é um dos elementos centrais de um sistema de gestão. Os indicadores são imprescindíveis na avaliação do desempenho atual da empresa e, também, no acompanhamento do progresso alcançado. Além disso, permitem a comparação do seu desempenho com o desempenho de outras empresas do setor. Medidas de desempenho de processos têm a sua importância refletida na afirmação de que não se pode controlar o que não se pode medir. Em um ambiente voltado para a melhoria de processos, indicadores devem ser desenvolvidos para assegurar que os requisitos do cliente foram atendidos e fornecer subsídios para o estabelecimento de metas e monitoramento de seu desempenho (OAKLAND, 1994).

Conforme Rezende e Abreu (2001), ao longo do ciclo de vida da organização – empreendedorismo, crescimento e maturidade – as suposições teóricas vão sendo sedimentadas, fazendo com que o modelo de gestão oriente o sistema de mensuração para possibilitar que cada indivíduo na organização obtenha referências sobre auto-avaliação e auto-aprimoramento. Segundo esses mesmos autores, ao longo dos últimos anos, foram desenvolvidos diversos procedimentos voltados para a mensuração da performance das organizações. Rezende e Abreu (2001) afirmam que as organizações vêm assumindo um novo comportamento mais atento e integrado em relação à formulação dos objetivos genéricos ou específicos. O papel da estratégia passou a ser o de configuração e direção do processo de alocação de competências e de recursos para otimizar o atingimento de padrões de desempenho que mantenha as capacidades da organização. Ainda segundo esses dois autores, na maioria das organizações, os objetivos econômicos exercem maior influência em relação

ao comportamento da empresa e formam o principal corpo de metas explícitas usadas pela administração para orientação e controle.

Sintetizando o que foi exposto, o uso de indicadores de desempenho para avaliação dos resultados não é apenas uma forma moderna de gestão, vem também sendo exigida e recomendada por organismos estatais e por associações de hospitais. Tais iniciativas têm como fundamento a compreensão e o entendimento de que a adoção de indicadores leva a uma melhor gestão e, conseqüentemente, a melhores resultados. Isso é bom para a sociedade e para as organizações privadas. Segundo Andrade (2003) e Campos (1992), não se concebe o controle e a melhoria de processos sem o uso do método de gerenciamento de processos ou de sistemas, que é conhecido pela sigla PDCA. Esse é o caminho para atingir as metas atribuídas aos produtos dos sistemas empresariais. Couto e Pedrosa (2003) e Campos (1992) abordam de forma detalhada sobre o ciclo do PDCA:

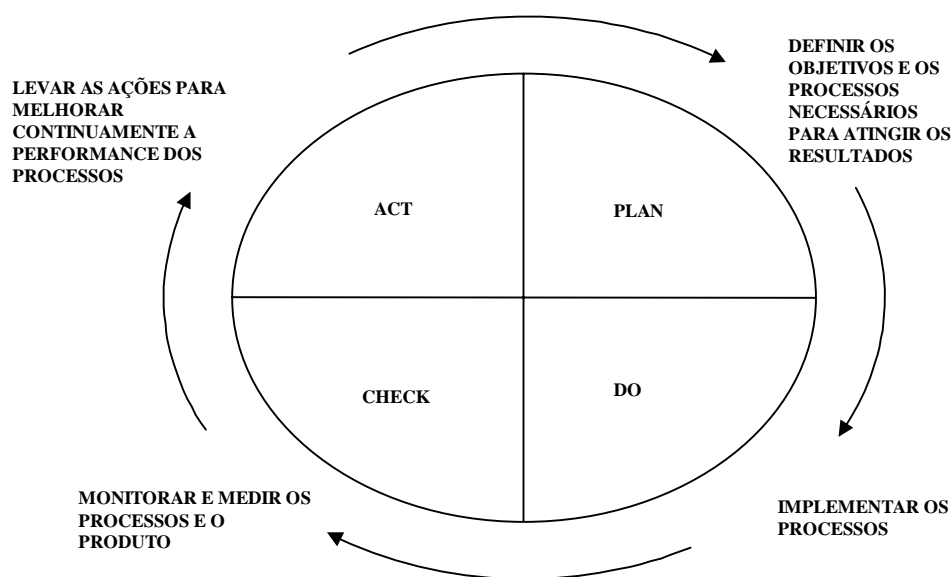


Figura 5 - Gerenciamento de Processo

Fonte: adaptado de Campos (1992, p.30).

- a) planejamento (P – *Plan*): significa considerar as reais necessidades dos clientes (interno ou externo), com o acompanhamento das suas satisfações, por meio de indicadores. Esta fase está relacionada à definição de um método para conseguir o maior desempenho, considerando o menor tempo, menor custo e maior moral para alcançá-lo. Está relacionada “à definição dos procedimentos-padrão necessários aos resultados do processo” (CAMPOS, 1992, p.35). A definição do

planejamento está direcionada para a visão, a missão e os objetivos estratégicos da organização. A definição de como alcançar os resultados através do estabelecimento de Plano de Negócios, Estratégias e Recursos.

- b) execução (D – *Do*): a característica desta etapa é fazer com que todos se sintam envolvidos, comprometidos e motivados, através do incentivo das lideranças. É a etapa de desdobramento do plano e sua difusão em todos os níveis organizacionais. Isso significa capacitar as pessoas, por meio de educação e treinamento, para que seja possível delegar-lhes autoridade nos processos que lhes cabem.
- c) verificação (C – *Check*): os dados coletados ou as práticas executadas devem ser comparadas com o esperado, verificando-se se houve desvios ou não. Representa a análise de indicadores. Nesta etapa, se questiona se o executado está de acordo o planejado; trabalha-se com tendências.
- d) ação corretiva ou preventiva (A – *Act*); esta é a etapa de corrigir o que aconteceu de errado; de planejar para fazer corretamente da próxima vez; de aprender a executar tarefas e serviços à prova de erro. Isso implica também eliminar as não-conformidades que levaram ao desvio da meta e implementar ações para correção dos erros e/ou para a sua prevenção.

Segundo Pedrosa (2004, p.11), “a estrutura do ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de Shewhart ou de Deming, espelha o conceito de que a avaliação constante dos processos é a chave para o sucesso de qualquer organização”. A medição do desempenho dos processos, portanto, quer numa perspectiva operacional, quer numa perspectiva estratégica, vem se firmando como um importante instrumento de gestão de processos.

Conforme Patrus (2000), as auditorias internas têm o objetivo de avaliar periodicamente a eficácia do sistema da qualidade, verificando se as atividades da qualidade e os respectivos resultados estão em conformidade com os procedimentos definidos e resultados planejados. Os resultados das auditorias internas devem ser registrados e as não-conformidades ou deficiências detectadas devem gerar ações corretivas. As auditorias internas e externas são citadas como essenciais para a manutenção do sistema, principalmente após a certificação, sendo que os gestores costumam enfatizar a sua importância no sentido de “garantir que o processo de qualidade não se acomode” (PATRUS, 2000, p.63). Esse dado corrobora a visão de D’Ângelo (1999 apud PATRUS, 2000) que considera que a principal vantagem das auditorias é impedir a deterioração do sistema. Com base no reconhecimento,

por parte dos gestores, da importância de se manter um controle continuado para que um determinado sistema de qualidade de uma organização se mantenha “vivo”, Patrus (2000) afirma que é possível inferir que as auditorias periódicas se constituam um mecanismo de controle eficaz para outros modelos de qualidade.

2.3 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Este item enfoca a caracterização das organizações hospitalares no que se refere ao seu contexto no mercado de serviços de saúde – com enfoque no papel do médico nesse contexto – e à própria estrutura hospitalar. Foram abordadas, inicialmente, as especificidades no trabalho do médico no contexto econômico da área de saúde. Posteriormente, foi descrito o conceito de hospital e sua evolução histórica e a caracterização da organização hospitalar.

Segundo Campos e Albuquerque (1999), há vários aspectos que caracterizam o setor de saúde. Primeiro, a incapacidade de o consumidor escolher o seu produto, ficando essa responsabilidade a cargo do médico. Outro aspecto é que uma organização de saúde precisa ter disponível para atendimento de emergência, profissionais capacitados a atender aos pacientes que possuem qualquer patologia. Dessa forma, não há limites para racionalizar a produção. Além disso, existe a questão da dificuldade de padronização em determinados processos, uma vez que o produto final está relacionado ao bem-estar do paciente, ou seja, à vida humana, o que contempla imprevisibilidades.

Percebe-se que há muita subjetividade no processo de trabalho em saúde e que a figura do médico é de extrema relevância nesse contexto. É o médico quem rege todas as ações e cada um tem uma maneira própria de agir (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999). Os referidos autores reforçam esse pensamento ao afirmarem que “a decisão do médico, com todos os graus de liberdade que as raízes autônomas de sua profissão permitem, tem forte influência sobre o padrão de consumo e o impacto sobre os indicadores epidemiológicos” (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999, p.107).

Outro aspecto a se considerar no setor saúde é a interseção entre o bem-estar social e os sistemas de inovação. Observa-se a constante preocupação com as inovações no setor saúde, o que pode ser constatado através dos investimentos em pesquisa científica e tecnológica, da quantidade e qualidade dos tratamentos oferecidos, dos métodos de diagnóstico e dos equipamentos disponíveis. Essas inovações exigem profissionais

capacitados e um processo de aprendizado contínuo. Assim, a dinâmica da inovação tecnológica tem sido um dos motivos para o crescimento de gastos no setor (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999).

No Brasil, o atraso tecnológico e o atraso social mostram um sistema de saúde complexo e diferenciado, em que não se reflete o definido na Constituição Brasileira de 1988, de um Sistema Único de Saúde universal, equitativo, com uma abordagem integral e socialmente controlada. É imprescindível o investimento em pesquisa, sem explodir os custos finais, e a implementação de educação permanente das equipes profissionais, com fins de acompanhar as mudanças do ambiente (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999).

Fazendo parte do mercado de serviços de saúde, estão presentes os hospitais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de hospital decorre do próprio conceito de saúde, ou seja:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade, completa assistência preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (COSTA, 2001, p.321).

Diversos autores conceituam essa parte integrante do setor de saúde. Assim, por exemplo, segundo Mac Earchern (1957 apud ZANON, 2001, p.22), “o hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo vivo ou restaurar-lhe a saúde perdida”. Já Bittar (2004, p. 27) afirma que o hospital é a soma de diferentes tipos de organização, com tempos de decisão próprios. Existe uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores. As organizações hospitalares brasileiras têm como missão “atender a seus pacientes de forma mais adequada” e, em função disso, devem preocupar-se “com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas, assistenciais e, se for o caso, de docência e pesquisa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.11).

O hospital, como instrumento terapêutico, é uma invenção do final do século XVIII. Antes dessa época, o hospital era apenas uma instituição de assistência aos pobres, que tinha como função recolhê-los e evitar que suas doenças contagiassem os outros. Era dirigido por religiosos e seus trabalhadores atuavam com fins caritativos. Os médicos, por sua vez, mantinham uma relação individual com o doente, sem passar pelo espaço hospitalar

(FOUCAULT, 1999). A transformação do hospital ocorre pela necessidade de se organizar a desordem que imperava nesses locais, pela necessidade de se evitar o óbito de muitos soldados treinados, por razões de ordem econômica e pelo receio da propagação de epidemias (SILVA, 2003). Na Renascença, a organização hospitalar foi-se desvinculando das instituições religiosas e passando a sua responsabilidade para o Estado, o que tornou a instituição hospitalar indispensável à sociedade (CHERUBIN, 1997). Nesse momento, segundo Barquin (1992 apud CERQUEIRA, 2003), os médicos começaram a ter um papel importante nas organizações hospitalares, tornando-se pessoas-chave na sua gestão, uma vez que detêm o domínio do saber especializado.

Segundo Cerqueira (2003), as organizações hospitalares brasileiras viveram uma nova fase a partir da construção e organização do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e da Santa Casa de Misericórdia de Santos/SP. Também surgiram os hospitais beneficentes de grupos imigrantes como os ingleses, portugueses, espanhóis, italianos, alemães, israelitas, sírios, libaneses e outros.

Paris (1987 apud ZANON, 2001, p.23) comenta que, apesar de a organização hospitalar ter sido criada há milhares de anos, ela pode ser considerada uma inovação recente quanto à sua modernidade. “A descoberta da anestesia e a adoção das técnicas de assepsia e anti-sepsia cirúrgicas, há aproximadamente 113 anos, transformaram o hospital de um lugar para receber conforto e morrer em um lugar para tratar e curar doenças”.

De acordo com Braga Neto (1991), o estudo sobre o hospital moderno, seu modo de funcionamento e sua estrutura interna, sob o ponto de vista das teorias da administração, é relativamente recente. Somente a partir do final dos anos 1950 e início dos anos 1960 começaram a existir análises sistemáticas sobre esta organização. Em relação a esse aspecto, Galvão e Federighi (2002, p.214) fazem o seguinte comentário: “o hospital começa, finalmente, a ser gerido como uma empresa, surgindo técnicas de gestão empresarial como o planejamento, a racionalização, a avaliação de resultados, a criação de carreiras profissionais e, especialmente, a profissionalização da função de administrador hospitalar”. Segundo Zanon (2001, p.22), “entender e reconhecer a atividade hospitalar como um negócio e compatibilizar esse conceito com a função social do hospital é algo que exige uma gestão empresarial ética e competente”. Nesse cenário de busca de adaptação da organização hospitalar aos novos paradigmas de gestão e competitividade, não há mais lugar para executivos amadores.

A administração dos hospitais do Brasil foi e ainda é exercida, em alguns casos, por pessoas sem a preparação específica. No entanto, nos dias atuais, a situação tem mudado com a implantação dos cursos de administração hospitalar, a globalização, a abertura do mercado,

a entrada de produtos estrangeiros, a existência de consumidores mais exigentes e com a estabilidade da economia, fatores que contribuíram para a profissionalização de muitas empresas. Antes, como no resto do mundo, os hospitais eram conduzidos por religiosos, médicos, membros da comunidade, dentre outros (MAGALHÃES; RODRIGUES JÚNIOR, 2004).

Os hospitais podem ser caracterizados quanto a vários aspectos: natureza jurídica, capacidade ou lotação, natureza da assistência, nível de atenção da assistência, corpo clínico e sistema de edificação, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 2 - Características dos Hospitais

Características	Tipo	Descrição
Natureza jurídica	Público	Integra o patrimônio federal, estadual, municipal, autarquias, fundações instituídas pelo poder público.
	Privado Filantrópico	Conforme a legislação, reserva serviços gratuitos para a população carente. Não remunera sua diretoria, e os lucros reverterem para manutenção da instituição.
	Privado com Fins Lucrativos	Prestam serviços para auferir resultados financeiros lucrativos.
	Privado sem Fins Lucrativos (beneficente)	Fundado e mantido por contribuições e doações, prestam serviços principalmente para os seus associados. A diretoria não é remunerada e os lucros auferidos são revertidos para manutenção e desenvolvimento da instituição.
Capacidade ou lotação (Porte)	Pequeno	Até 50 leitos.
	Médio	De 51 a 150 leitos.
	Grande	De 151 a 500 leitos.
	Extra ou especial	Acima de 500 leitos.
Natureza da assistência	Geral	Presta assistência aos pacientes portadores de doenças das especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, clínica ginecológica e obstetrícia e clínica pediátrica).
	Geral com especialidades	Prestam assistência aos pacientes portadores de doenças de várias especialidades, além das básicas.
	Especializado	Presta assistência aos pacientes portadores de doenças específicas ou predominantes.
Nível de atenção – prestação da assistência	Secundário	Prestam serviços com recursos básicos de diagnósticos (laboratório de análises clínicas, radiologia, eletrocardiografia, possuem leitos para áreas básicas da medicina, ou seja, clínica médica, cirurgia geral, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica).
	Terciário	Cuidados prestados em hospitais gerais, contemplados com várias especialidades e se destinam também ao ensino.
	Quaternário ou Especializado mais complexo	Cuidados prestados em hospitais especializados, onde o desenvolvimento da pesquisa e o avanço tecnológico os destacam no País.

(continua)

Quadro 2 - Características dos Hospitais

(Continuação)

Características	Tipo	Descrição
Corpo clínico	Fechado	Presta assistência por meio de um corpo clínico próprio (efetivo).
	Aberto	Não dispõe de um corpo clínico efetivo e qualquer médico pode utilizar as instalações para prestar assistência a seus doentes.
	Misto	Associação das duas formas descritas.
Sistema de edificação	Pavilhonar	Constituído de várias edificações de pequeno porte podendo ou não estar interligados.
	Monobloco	A prestação de serviços está concentrada em um único edifício.
	Multibloco	A prestação de serviços está distribuída por edificações de médio ou grande porte que poderá ou não estar interligada.
	Vertical	Apresenta predominância de sua dimensão vertical sobre a horizontal.
	Horizontal	Apresenta predominância de sua dimensão horizontal sobre a vertical.

Fonte: Campos (1978 apud CIPRIANO, 2004), Costa Neto e Azevedo (1986 apud CIPRIANO, 2004) e Borba (1991 apud CIPRIANO, 2004).

Devido aos padrões de comportamento da sociedade moderna, algumas instituições passaram a se constituir uma demanda natural em aspectos fundamentais à vida das pessoas (por exemplo, no nascimento, na doença e na morte) e, assim, passaram a ter um papel essencial para a comunidade. Dentre essas, inclui-se o hospital (GONÇALVES, 1998).

O ambiente hospitalar hospeda hoje desde tecnologias muito simples até os complexos e sofisticados métodos computadorizados de diagnóstico e tratamento. Tais tecnologias incluem a aplicação de conhecimentos gerados continuamente, a prestação de serviços de atendimento ao doente, a utilização de equipamentos mecânicos e eletrônicos, procedimentos, métodos e processos inovadores para a organização das diferentes atividades humanas em busca de recuperação da saúde. Tudo isso exige uma vigilância permanente por parte dos responsáveis pelos serviços, que buscam a competitividade no setor e têm como objetivo superar os padrões assistenciais vigentes (GONÇALVES, 1998). O contexto, no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar se inserem, caracteriza-se por uma considerável imprevisibilidade, o que acarreta a necessidade de implementação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, de modo a permitir decisões rápidas e competentes em torno de mudanças que ocorrem dentro e fora da instituição (GONÇALVES, 1998).

É natural e compreensível que tensões e conflitos surjam, e se estabeleçam, entre as pessoas que trabalham no hospital, por ser este um fato quase inevitável em qualquer ambiente de trabalho (GONÇALVES, 1998). A análise da prática organizacional relativa à

função pessoal e à sua evolução (ou mudanças) mostra que isso é fruto, principalmente, das relações de poder entre os atores sociais nas organizações (MELO, 1999). No hospital, ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, envolvendo, por exemplo, o corpo clínico, os médicos que ali trabalham e que tenham dificuldade em repartir seu poder, em aceitar normas de disciplina coletiva, em ouvir sugestões e recomendações (GONÇALVES, 1998).

Braga Neto (1991) afirma que o problema central do hospital deriva do confronto da autoridade administrativa, de natureza burocrática, com a dos profissionais médicos, que detêm o conhecimento técnico e os poderes de cura que lhes são atribuídos. Ainda sobre a relação entre os médicos (autoridade profissional) e a autoridade administrativa, Braga Neto (1991) afirma que a tensão ganha conotação ainda mais grave no momento em que os médicos se preocupam com a prestação de serviços de acordo com as necessidades de cada caso, independente dos custos dos procedimentos e a autoridade administrativa se preocupa com o equilíbrio orçamentário.

Vários autores têm apontado o fato de que não considerar os membros da organização com suas percepções, ações e estratégias constitui-se uma lacuna significativa para a compreensão das transformações da função de Recursos Humanos em uma organização. Postula-se, então, uma análise que privilegie a dimensão do poder, pois as medidas tomadas nas organizações não surgem simplesmente como fruto de um desenvolvimento orientado por um modelo que indique o que seria melhor e mais eficaz, mas resultam de decisões isoladas do grupo dirigente (MELO, 1999).

A função gerencial em organizações brasileiras passou por fases evolutivas. Essas fases englobam desde a profissionalização desta função, em que o gerente deixa o papel de burocrata e de conhecedor de normas para assumir o papel de gerenciar pessoas e processos; passando pela fase da modernização, caracterizada pelo gerente empreendedor, pelo trabalho em equipe, pelo desempenho por resultados, pelo saber transmitir e levar os subordinados a produzirem a melhor resposta possível; até a fase compartilhada, na qual ocorre a redução hierárquica, com a eliminação do supervisor de equipes de trabalho e a criação de células de trabalho e da gerência participativa (MELO, 1999).

Diante desse cenário, surge um assunto de extrema importância que é a resistência a mudanças, fenômeno comum e que pode ser diminuído à medida que se proporcione ao indivíduo a possibilidade de ação (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2002). O indivíduo age segundo suas crenças. O homem é considerado um ser, em princípio, livre para decidir sobre o curso de suas ações ou decidir abster-se de agir (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2002). A capacidade de ação estratégica – ou seja, a capacidade de

perceber as oportunidades de ação, prever as conseqüências e os riscos de cada alternativa e assumir esses riscos executando a decisão – varia de pessoa para pessoa, segundo a origem social e o meio cultural. Pode-se afirmar que essa capacidade é fundamental para a construção de identidade do indivíduo. A capacidade de ação estratégica pode ser melhorada e exercitada por intermédio das interações com os outros indivíduos em diversos tipos de situação (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2002).

Nogueira e outros (1999) abordam a diferença entre o discurso, por parte das empresas, do interesse na participação do trabalhador por meio de sugestões e opiniões, na chamada gestão participativa, e da prática empresarial, em que freqüentemente não se observa nenhuma forma de negociação acerca da maneira como as mudanças são implementadas. Dessa forma, a participação parece restringir-se a decisões de problemas cotidianos na produção. A mudança organizacional é percebida como fruto de decisões estruturadas por uma diretoria central, que possuiria a totalidade das informações necessárias sobre as pressões setoriais e a estrutura da concorrência, além do poder de definir a política a ser seguida e de decidir os melhores meios de ação tendo em vista os problemas da organização (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2002).

Uma gestão de Recursos Humanos que favoreça a emancipação política do indivíduo e o seu acesso a uma identidade autônoma, capaz de afirmar uma racionalidade própria, mostra-se mais adequada às organizações atuais, uma vez que prepara indivíduos capazes de atribuir sentido à experiência e de se adaptarem melhor a um mundo de mudanças rápidas e complexas (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2002).

A visão tradicional das organizações hospitalares, limitando-se a uma estrutura voltada para suas próprias atividades específicas, já está superada pelos novos estilos de gestão voltados para a integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados fartamente positivos no desempenho da instituição (GONÇALVES, 1998). A estrutura funcional, de características fortemente hierarquizadas e verticalizadas, vem se mostrando insatisfatória, principalmente em relação à expectativa de cooperação entre os diversos segmentos da instituição, com vistas a atingir o objetivo em que o hospital encontra sua própria razão de existir, o melhor atendimento ao doente que o procura (GONÇALVES, 1998). Há uma departamentalização excessiva, fazendo com que a comunicação seja truncada, deformada, barrada e, principalmente, com que ocorra inexistência de retorno da informação (QUINTO NETO; BITTAR, 2004, p.29). Como reconhece Gonçalves, (1998), essa departamentalização exagerada do hospital pode resultar em uma elevada fragmentação de tarefas e em alta especialização (GONÇALVES, 1998).

Um hospital é composto por setores e departamentos (partes de uma estrutura) que têm, entre si, uma relação de complementaridade: cada departamento solicita ou entrega algo para o outro. A partir do momento em que se tem uma estrutura composta por partes, tem-se, também, as relações entre as partes. Essas relações geram as forças de junções estruturais (a cultura organizacional). Se as forças de junções estruturais existentes não forem as mesmas, as relações entre as partes do todo não vão se estabelecer de maneira adequada e o resultado final poderá ser um conflito estrutural (CHANES, 2004).

O hospital apresenta três áreas de concentração de poder: Conselho Diretor, Administração e Corpo Clínico, conforme mostra a figura 4. “Essa distribuição trilateral de poder, peculiar à empresa hospitalar, se constitui em fonte permanente de tensão, porque a atividade de uma repercute na das outras” (PARIS, 1987; SNOOK, 1987 apud ZANON, 2001, p.25).

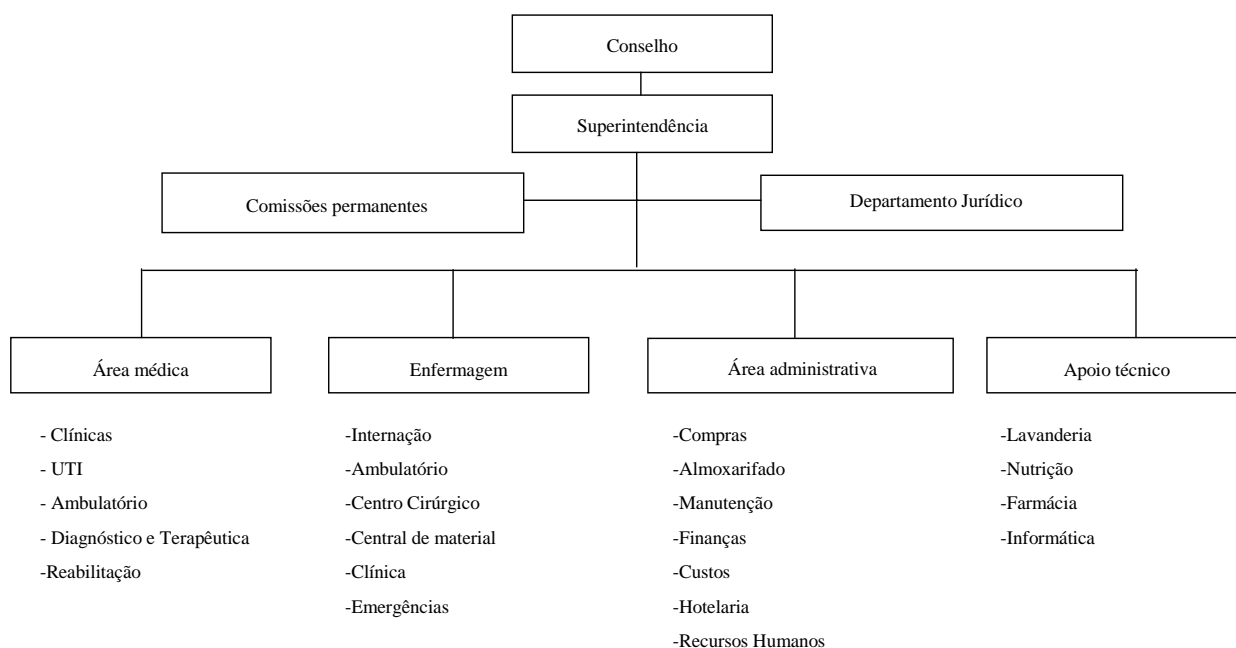


Figura 6 - Organograma básico de um hospital

Fonte: adaptado de Zanon (2001, p.26).

Preparar uma mudança é um processo que deve ser cuidadosamente programado, planejado e implantado. Quando os projetos de mudança não se encaixam com o planejamento estratégico da empresa, não acontece um apoio maciço da administração, o que favorece o fracasso dos mesmos (CHANES, 2004). Por ser uma empresa altamente

departamentalizada, o hospital torna-se um ambiente em cuja estrutura é difícil intervir. Isso vai implicar a necessidade de que os gestores hospitalares possuam a arte de gerenciar mudanças estruturais na dimensão ético-política das instituições (CHANES, 2004). A multiplicidade de áreas e subáreas, incluindo a diversidade de profissões, cria estruturas administrativas ou organizacionais superdimensionadas na horizontal e na vertical, principalmente nos hospitais públicos, piorando a divisão interna e aumentando as dificuldades para se obter assistência conforme determinados padrões de qualidade (BITTAR, 2004, p. 25).

Se de início os hospitais tinham um caráter protetor e repressivo, sendo uma mescla de segregação e detenção, de aprisionamento e asilo, a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso dos hospitais possibilitou a passagem do padrão artesanal (albergues/isolamento/convento) para os modernos centros empresariais de saúde, nos quais se desenvolve uma medicina custosa com equipes especializadas em tratamento e cuidados médicos, aflorando os problemas de eficiência administrativa, racionalidade, produtividade e responsabilidade de todo o corpo de funcionários (FOUCAULT, 1999). Com o avanço da ciência e da tecnologia, os hospitais começaram a perder a característica de lugar de excluídos e de cuidado caridoso, evoluindo para novos padrões de atendimento e para a utilização dos equipamentos hospitalares. O conjunto de especificidades dos serviços hospitalares os diferenciam de outros prestadores de serviços. As situações de emergência, credibilidade, confiança, segurança das informações e de tratamento e exposição ao risco têm uma relação direta com a integridade e manutenção da vida (BLUMEN, 2004, p.82).

Os hospitais ainda se caracterizam pela estrutura linear, centralizada nas figuras do provedor, diretor geral e superintendente, com atuação predominantemente autoritária; estruturas em que as comunicações e decisões são formais e em que, muitas vezes, há excesso de volume de papéis e assinaturas, trabalho hierarquizado, regras rígidas e impessoais, com baixo envolvimento dos diferentes setores e pessoas da organização. O alto nível de investimento tecnológico, a capacidade de atender várias especialidades médicas, com equipes de ampla aptidão técnico-profissional, assim como a existência de clientes exigindo padrão de qualidade, custo e rapidez no atendimento estimularam as organizações a adotar estratégias empresariais com o intuito de otimizar o funcionamento (BLUMEN, 2004, p.82). A visão do cliente como centro das atividades de uma organização emergiu dos anos oitenta. Entretanto, as instituições de saúde tiveram algumas dificuldades para adotar essa postura. Algumas instituições de saúde de natureza particular conseguiram introduzir novas tecnologias de processo e de alcance de resultados, buscando a satisfação do cliente

(GONÇALVES, 1998).

A disposição sistemática da estrutura organizacional não é estática, como eventualmente se poderia depreender do estudo superficial de sua representação gráfica, que é o organograma. Ao contrário, as linhas estruturais indicam relações dinâmicas que ocorrem entre os componentes do grupo. Os hospitais têm absorvido aportes modernos relacionados à estrutura matricial (GONÇALVES, 1998). Um aspecto da estrutura matricial é a dupla subordinação, o que pode envolver inconvenientes administrativos e desvios funcionais, com criação de eventuais conflitos. Vale ressaltar que os projetos ou programas concebidos cuja execução exige a participação de elementos de diferentes áreas da organização não exigem habitualmente tempo e dedicação integral dos participantes. No hospital em que se utiliza estrutura desse tipo, projetos específicos deverão certamente ocorrer simultaneamente com as atividades de rotina de cada setor, o que não impede que daqueles projetos participem integrantes de diferentes áreas, como é de se desejar (GONÇALVES, 1998).

A forma participativa de vivência institucional é a meta procurada por todas as empresas, em qualquer parte do mundo, qualquer que seja a atividade a que se dediquem. Todas elas estão em busca de modelos que permitam maior integração de seus funcionários, por estarem todas convencidas de que essa é a melhor forma de garantir melhores resultados (GONÇALVES, 1998).

A base fundamental do novo estilo para a organização hospitalar situa-se na estrutura matricial, associada a estruturas funcionais, geográficas ou de produto, com a conseqüente eliminação da figura centralizadora e geralmente autocrática do superintendente ou diretor geral (GONÇALVES, 1998). Esse estilo diminui os conflitos diversificados entre as linhas de poder e de hegemonia, além de responder à demanda por um melhor convívio interdepartamental e por uma melhor utilização de recursos disponíveis, por meio de um determinante obrigatório de ação e reação a duas pressões ambientais, a vertical e a horizontal (GONÇALVES, 1998).

De acordo com Zanon (2001), o hospital atual é uma organização complexa que apresenta duas áreas de atividade: médico-assistencial ou intrínseca e administrativa ou de suporte operacional. Para ambas, existem clientes internos e externos, cuja caracterização pode variar de acordo com o tipo de organização hospitalar. “A assistência médico-hospitalar possui dois tipos de clientes: internos e externos. Os clientes internos da área médico-assistencial são os pacientes e seus familiares e os clientes externos são todas as pessoas ligadas à área administrativa” (ZANON, 2001, p.51). Os clientes internos da área administrativa são todos os membros da equipe de saúde e os clientes externos são os

fornecedores e prestadores de serviço do hospital (ZANON, 2001). De acordo com Campos (1992), clientes internos são indivíduos da própria organização que se relacionam entre si: são os receptores de produtos e serviços gerados internamente durante a realização do processo assistencial e administrativo. Os clientes externos são os indivíduos extrínsecos à organização, receptores dos produtos e serviços finais, que usualmente representam o objetivo maior da existência da organização.

Pode-se verificar que o setor saúde é peculiar em vários aspectos que se refletem na sua atual estrutura organizacional e em toda a sua evolução histórica. Sabe-se da importância do médico em uma organização hospitalar, como o principal responsável pelo tratamento do paciente. Sabe-se também que há conflitos entre a autoridade profissional médica e a autoridade administrativa. Os médicos possuem autonomia para as suas ações, pela própria característica da sua atividade, mas precisam respeitar regras organizacionais, tornando-se mais congruentes com os padrões burocráticos.

Em resumo, na maioria das organizações hospitalares, verifica-se a predominância de uma estrutura funcional, que respeita as características de uma configuração de burocracia profissional, conforme abordagem de Mintzberg (1995). Ou seja, coexiste um sistema hierarquizado de mando, dirigido àquelas tarefas repetitivas e aos funcionários menos qualificados, ao lado de um sistema horizontalizado, participativo e informal relativo à atividade médica e envolvendo os profissionais dessa área. Hoje, focar apenas a figura do médico, qualquer que seja o trabalho ou estudo sobre uma organização hospitalar, é mostrar uma visão simplista; mais ainda quando o assunto é acreditação, dado que o hospital agrega trabalho de físicos, arquitetos, enfermeiros, administradores, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, contadores, advogados etc., sem os quais não funcionaria. O trabalho na organização hospitalar é interdependente e o resultado depende de todos.

3 QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A acreditação hospitalar é um sistema de gestão pela qualidade, específico para o setor saúde e, mais precisamente, para as organizações hospitalares. Considerando esse dado, este estudo faz, primeiramente, uma breve abordagem sobre o conceito de qualidade, a gestão de qualidade e sua inserção no mundo. Depois, esse sistema será analisado em relação às especificidades da área de saúde.

3.1 QUALIDADE

A qualidade assume vários conceitos, desde aqueles estabelecidos pelos leigos até os conceitos técnicos e científicos. Para os leigos, qualidade pode ser definida como: superioridade, conformidade com altos padrões e característica do produto que apresenta um padrão de desempenho (performance) superior, que tem muitas funções desejadas e que é bonito e durável.

Teboul (1991) cita outras definições sobre qualidade feitas por grupos de consumidores e dirigentes de empresa. Segundo eles, qualidade seria:

- a) aquilo que não cria problemas e pode ser esquecido;
- b) o respeito às especificações, ao orçamento e aos prazos de entrega;
- c) aquilo que é funcional e de fácil utilização;
- d) um produto seguro, que dura bastante, é econômico, resistente e de fácil manutenção.

Conforme os dicionários de Cunha (1996, p.650) e Dubner e outros (1996, p.279),

qualidade é “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza”. Do ponto de vista histórico, o conceito de qualidade iniciou com o foco no produto até a sua ampliação com o foco no cliente, conforme se pode observar no quadro a seguir:

Quadro 3 - Conceitos de Qualidade

	Conceitos de qualidade	Autores
Foco no produto (enfoque interno)	Qualidade é conformidade com as especificações do produto.	Conceito estabelecido pelos engenheiros na década de 30, com foco no trabalho realizado pelo Departamento de Controle da Qualidade (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000).
Foco no cliente (enfoque externo)	Qualidade é conformidade com os requisitos dos clientes.	CROSBY (1979 apud TEBOUL, 1991, p.6).
	A qualidade é a capacidade de um produto ou serviço satisfazer as necessidades dos usuários.	AFNOR – francesa (apud TEBOUL, 1991, p.54).
	É o atributo, dado pelo cliente, ao produto ou serviço que satisfaz suas necessidades e expectativas.	Pensamento de praticantes da GQT – Gestão pela Qualidade Total (CAMPOS, 1992).
	Conjunto de características do produto ou serviço em uso as quais satisfazem as expectativas do cliente.	FEIGENBAUM (1994, p.8).
	Qualidade é adequação ao uso.	JURAN (1995, p.6).
	É a condição necessária de aptidão para o fim a que se destina.	EOQC – Organização Européia de Controle da Qualidade (1972 apud PALADINI, 2000, p.27).
	É o grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos.	ABNT (2002)
Foco principal no aspecto econômico	Qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, uma organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.	FNQ (2005, p.56).
	A gestão da qualidade é um sistema de meios colocados em prática para produzir de forma econômica produtos ou serviços que satisfarão as necessidades dos clientes.	NORMA JIS-Z-8101 – japonesa de (1981 apud TEBOUL, 1991, p. 6).
	A qualidade consiste em minimizar as perdas causadas pelo produto não apenas ao cliente, mas à sociedade, a longo prazo.	TAGUCHI (apud TEBOUL, 1991, p.59).
	A gestão da qualidade consiste em desenvolver, criar e fabricar mercadorias mais econômicas, úteis e satisfatórias para o comprador. Administrar a qualidade e também administrar o preço de custo, o preço de venda e o lucro.	ISHIKAWA (1993).

Fonte: elaborado pela autora a partir dos autores mencionados no quadro.

Conforme Feigenbaum (1994, p.8), autor mencionado no quadro 3, a qualidade de produtos ou serviços pode ser definida como a “combinação de características de produtos e

serviços referentes a marketing, engenharia, produção e manutenção, através das quais produtos e serviços corresponderão às expectativas do cliente”. Feigenbaum (1994) foi um dos pioneiros em mudar o foco de qualidade ligada ao produto, atendimento das especificações, qualidade intrínseca, para qualidade com foco no cliente, subjetiva, não unilateral e definida pelo produtor, ou seja, qualidade orientada para a satisfação total do cliente. Campos (1990, p.32) também foca o cliente ao definir qualidade como “ter sempre como objetivo a satisfação total do cliente, considerar a qualidade no sentido amplo, considerar o custo e condições do atendimento como fortes fatores da satisfação total do cliente”. Segundo Albrecht (2002), qualidade em serviços é a capacidade de satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém, ou seja, proporcionar satisfação aos clientes significa qualidade no serviço.

Percebe-se que as definições de qualidade envolvem vários enfoques, que englobam a satisfação das necessidades e das expectativas dos clientes, conformidade com as especificações, adequação ao uso, o fazer mais, melhor e mais rápido e melhor relação custo x benefício. Enfatizando este último enfoque, Teboul (1991) destaca que as definições de qualidade são vistas como a capacidade de atender às necessidades dos clientes da forma mais completa possível e que muitas delas estão relacionadas a aspectos econômicos, como os pensamentos da norma JIS-Z-8101 (japonesa) de 1981, de Ishikawa e Taguchi.

A evolução desse conceito tem início com a primeira guerra mundial, quando a preocupação com a qualidade dos armamentos tornou-se um fator estratégico e uma prioridade para as nações, já que isso estava ligado à segurança. Os departamentos de compras governamentais passaram a exigir dos seus fornecedores setores de inspeção desvinculados da produção. Havia a inspeção de 100% dos produtos liberados pela produção, o que implicava grandes custos para a empresa tornando-se um “gargalo” da produção.

No início do século XX, com a produção em massa, houve a revolução da organização do trabalho e eliminação da produção artesanal (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.30). Nessa época (primeira década do século XX), segundo Juran (1997), Taylor e Fayol encontraram um ambiente propício para o estudo das organizações, devido ao crescimento acelerado e desordenado das mesmas. Taylor, fundador da administração moderna, defendia a divisão do trabalho entre planejadores do trabalho e executantes do trabalho, em que responsabilidade do planejamento era dos gerentes e engenheiros, e aos supervisores e operários cabia a execução. Essa separação tornou possível um crescimento considerável na produtividade, mas surtiu um efeito negativo na qualidade (JURAN, 1993). Fayol defendia a divisão do trabalho entre os executantes na linha de montagem (produção em série), situação

que fez surgir a necessidade de inspetores da qualidade (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.30). Nessa época, 1913, Henry Ford realiza a inspeção 100% das peças e componentes. Esse período foi marcado por uma forte ênfase na busca da eficácia das tarefas executadas pelo chão de fábrica, na base operacional, com ganhos de produtividade. Não havia um foco no entendimento da interação entre a base operacional e os demais níveis da organização (base tática ou gerencial e a base estratégica). Conforme Algarte e Quintanilha (2000, p.35) afirmam, “as empresas sempre se preocupavam com a qualidade do chão de fábrica, esquecendo-se de que os grandes problemas surgiam das falhas de comunicação entre os diversos órgãos da empresa e entre os diversos níveis hierárquicos”. Diferentemente da época dos artesãos, em que mestre participava pessoalmente do processo de gerenciamento para garantir a qualidade, a responsabilidade quanto à função da qualidade tornou-se vaga e confusa. Nesse início de século, a prioridade dada à qualidade caiu sensivelmente e surgiu um conceito de qualidade segundo o qual a alta gerência se mantinha separada do processo de gerenciamento (JURAN, 1993).

Nas décadas de 20 e 30 surgiu, nos Estados Unidos, um conceito avançado de gestão da qualidade: o Controle Estatístico de Processo (CEP). Walter Shewhart, que trabalhou nos Laboratórios Bell (monopólio das telecomunicações) nos EUA, desenvolveu várias técnicas de controle estatístico da qualidade que permitiram a realização da inspeção por amostragem, em vez de 100%. Assim, a “função qualidade” começou a atingir o nível de prevenção de defeitos qualidade (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.31). O CEP trouxe uma evolução nos conceitos de qualidade por evidenciar a preocupação com a cadeia produtiva e não apenas com o produto acabado. Essa nova forma de inspecionar a produção induziu a realização de novos estudos que evoluíram para o que hoje é considerado algo de extrema importância nos programas de qualidade. Conforme a ONA (2005d, p.1): “inicia-se com a implantação do CEP a análise dos processos e produção em série com a verificação dos sistemas seqüenciais, consistindo nas bases conceituais para os modelos atuais de gestão Modelo de Melhoria Contínua”. Segundo Juran (1993), o que realmente surgiu foi um conceito de gerenciamento para a qualidade. Nesse novo modo de gerenciar, cada departamento funcional vai executar a sua devida função e depois entregar o resultado da sua atividade ao próximo departamento funcional da seqüência de processos. No final, o departamento de qualidade efetua a verificação e separava o bom do mau produto.

O uso da inspeção como meio de obter qualidade apresentou algumas deficiências, como altos custos e acomodação da área de produção, mas também deu às empresas a possibilidade de serem competitivas em qualidade (JURAN, 1997). Em algumas linhas de

produtos, empresas americanas tornaram-se líderes em qualidade e a economia americana atingiu a dimensão de superpotência (JURAN, 1993).

Com as técnicas de controle estatístico da qualidade, principalmente as cartas de controle, as empresas passaram a cuidar também do processo e não apenas do produto (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.31). Apesar disso, para Juran (1997), a fábrica Hawthorne da *Bell System* não possuía nada daquilo que hoje se considera essencial para operar com qualidade de nível internacional: melhora anual da qualidade, gestão da qualidade empresarial, planejamento estratégico da qualidade, controle estatístico de processo etc. A qualidade dizia respeito apenas ao setor industrial da economia, aos departamentos de controle da qualidade, ligados exclusivamente à produção; era um assunto de engenheiros com conhecimentos de metrologia e estatística (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000). No entanto, de acordo com Juran (1997), a criação desses departamentos de controle gerou problemas, já que muitos altos gerentes entenderam que a qualidade era um assunto de responsabilidade exclusiva desses departamentos e a alta administração acabou se distanciando da função qualidade, ficando menos informada sobre o assunto.

Na década de 40, durante a guerra, devido à necessidade de grande quantidade de itens com rígidos requisitos de qualidade para serem usados pelas Forças Armadas, o Estado exigiu dos fornecedores a implantação de programas de garantia da qualidade. Foram desenvolvidas normas de amostragem para inspeção de recebimento pelo *Department of Defense* (DoD), que foram consideradas segredos de guerra. O *War Production Board* (WPB) – Conselho de Produção de Guerra –, órgão americano, promovia seminários para intercâmbio das técnicas de controle estatístico entre engenheiros de empresas líderes durante a guerra (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.32; JURAN, 1997). Nessa época, surgiram os especialistas em qualidade, que tinham como tarefa empregar os novos instrumentos para estabelecer sistemas de informações, investigação de condições anormais, planejamento da qualidade (preparação de manuais de procedimentos, condução de auditorias da qualidade etc.). Foi também criada a Sociedade Americana de Controle de Qualidade (ASQC), que reunia as pessoas que trabalhavam com qualidade para a troca de experiências (JURAN, 1997). Com a utilização do controle de qualidade, os Estados Unidos conseguiram produzir suprimentos militares mais baratos e em grande quantidade. Os padrões do tempo da guerra publicados naquela época ficaram conhecidos como Padrões Normativos Z1 (ISHIKAWA, 1993).

A década de 50 (pós-guerra) foi muito mais um período de consolidação e de polimento de velhos conceitos e técnicas do que de surgimento de novas idéias. Com o término da segunda guerra mundial e o surgimento da Guerra Fria, muitos questionamentos

sobre “qualidade” passaram a ser levantados, verificando-se então que, em 80% dos casos, os problemas da falta da qualidade estavam relacionados a falhas gerenciais e não a falhas técnicas (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p. 35). Durante a ocupação do Japão, em 1946, os Estados Unidos impuseram à indústria japonesa de telecomunicações, devido ao sistema telefônico ruim naquela época, a aplicação do CEP – este foi o início do controle de qualidade estatístico do Japão (ISHIKAWA, 1993). Os EUA enviaram ao Japão os técnicos especialistas em controle estatístico da qualidade William Edwards Deming e Joseph M. Juran, que desenvolveram técnicas para introduzir o que chamavam de “controle estatístico” nos processos industriais, conforme o citado a seguir:

Shewhart tinha definido os limites da variação aleatória para qualquer aspecto do trabalho de um operário, estabelecendo pontos altos e baixo aceitáveis, de modo que quaisquer pontos fora daqueles limites pudessem ser detectados e suas causas estudadas (WALTON, 1989, p.6).

Eles faziam conferências sobre métodos estatísticos, principalmente sobre a tabela de controle desenvolvida por Walter A. Shewhart, e sobre gestão da qualidade – o conceito e a metodologia da melhoria anual da qualidade (JURAN, 1997). Segundo Walton (1989), Deming e Juran foram difusores dos métodos estatísticos de Shewhart. Segundo Campos (1992), Deming utilizou outros métodos desenvolvidos por Shewhart na década de 30, como o Método de Melhorias conhecido pela sigla PDCA. Este método é composto por um ciclo de controle estatístico que pode ser repetido continuamente sobre qualquer processo ou problema. Trata-se de um instrumento valioso de controle e melhoria de processos; mas sua eficácia depende de que todos os funcionários de uma organização tenham domínio sobre a sua aplicação (WALTON, 1989). Cada funcionário teria o seu limite de responsabilidade na execução de cada tarefa em um processo de produção, conforme se pode depreender da citação a seguir:

Deming afirmava que cada um é responsável pelo aperfeiçoamento de seu processo de produção segundo o ciclo ou a roda de Deming, o PDCA (*Plan, Do, Check, Act*): planejar, fazer, verificar, agir. Ele insiste desde o início sobre a prioridade a ser dada à qualidade, isto é, à satisfação do cliente (TEBOUL, 1991, p.21).

Os trabalhos de Deming e Juran tiveram êxito no Japão, principalmente devido ao envolvimento da administração superior no processo de interferência e modificação da filosofia e dos sistemas de produção, ao contrário dos EUA, conforme se pode constatar a

partir da citação a seguir:

[...] em sua passagem pelo Departamento do Censo dos Estados Unidos e durante o esforço de guerra, Deming inicia um processo de treinamento de gerentes e supervisores nas técnicas estatísticas e nas bases do controle estatístico do processo, que é aos poucos abandonado após a guerra nos EUA, voltando as empresas aos seus sistemas tradicionais (ONA, 2005e, p.1).

Teboul (1991) confirma o exposto, ressaltando inclusive que os departamentos de controle de qualidade tiveram um outro enfoque no Japão, com quadros enxutos, passando a serem chamados de departamentos de garantia da qualidade, já que a qualidade era colocada como responsabilidade de cada funcionário.

O Controle da Qualidade (CQ), que consiste em boas práticas de gestão da qualidade para assegurar o controle de defeitos, nasce na década de 50. Tal medida implica a participação da alta gerência na gestão da qualidade por meio de um sistema organizado de controle (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.39). Nessa época, Juran lançou o livro *Quality Control Handbook* sobre boas práticas na qualidade, que é atualmente o livro mais vendido no mundo em termos de qualidade (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.39). Foi nesta época também, em torno de 1950, que o Japão criou a JUSE, *Japanese Union of Scientists and Engineers*, que representava uma associação japonesa de cientistas e engenheiros com o objetivo de ser um centro das atividades de controle da qualidade (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.39).

Com a participação da JUSE como difusora do conhecimento dos métodos de qualidade, sob a iniciativa do seu chefe, Kaoru Ishikawa, a qualidade assume rapidamente uma importante dimensão na administração, tanto dentro da empresa, com a colaboração de todos, das lideranças, em um processo de cultura aberta de progresso; quanto fora dela, como uma poderosa arma de conquista dos mercados externos, uma solução contra a concorrência (TEBOUL, 1991). Os japoneses criaram uma revolução na qualidade, arquitetando algumas estratégias decisivas, como cita Juran (1993):

- a) os gerentes de nível alto lideraram pessoalmente a revolução;
- b) todos os níveis e funções foram submetidos a treinamento no gerenciamento para a qualidade;
- c) o aperfeiçoamento da qualidade foi empreendido a um ritmo contínuo e revolucionário;
- d) a força de trabalho participou do aperfeiçoamento da qualidade através do conceito do círculo de controle de qualidade.

Com a introdução do controle de qualidade no Japão, nos anos pós-guerra, houve uma mudança de enfoque: em lugar de se basear na inspeção, passar-se a fabricar produtos sem defeitos desde o início. Todos os processos envolvidos no planejamento e na elaboração de um novo produto precisam ser colocados sob controle, para focar as questões de confiabilidade dos produtos, segurança e economia (ISHIKAWA, 1993, p.20).

A década de 60 foi a década de ouro, com o surgimento de três movimentos: o movimento do *Total Quality Control* (TQC), o movimento do *Zero Defect* (ZD) e o movimento do desenvolvimento do TQC japonês. O movimento do TQC americano, de Armand Vallin Feigenbaum, defendia que a existência de um defeito em um produto não poderia ser considerada apenas uma responsabilidade do trabalhador que o produziu e que a qualidade não deveria ser uma preocupação exclusiva do pessoal da linha de produção. Para esse movimento, a meta da qualidade deve ser buscada pelo pessoal de Recursos Humanos, Compras, Vendas etc., o que dá um caráter sistêmico à organização (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.37). No TQC de Feigenbaum, o interesse do cliente é o ponto de partida. A partir daí, o foco passa a ser o atendimento às necessidades do cliente e o cliente torna-se o centro de todo o modelo de gestão organizacional. Na citação a seguir, Feigenbaum reforça que a qualidade do produto representa um trabalho de todos os funcionários.

O tema da atividade tradicional de inspeção era “itens não-conformes conduzem à não-aceitação do produto”, e o tema do novo conceito é “faça-os certo desde a primeira vez”. A ênfase se concentra sobre a prevenção das falhas e a responsabilidade pela verificação da qualidade recai não sobre a inspeção, mas sim sobre os contribuintes para a qualidade dos itens e produtos (FEIGENBAUM, 1994, p.16).

Feigenbaum (1994) reforça não apenas a importância de todos estarem comprometidos na fabricação de um produto ou serviço, mas também que o foco de atenção é o cliente, ou seja, é satisfazer as necessidades e expectativas do cliente.

Quem estabelece a qualidade é o cliente e não os engenheiros nem o pessoal de marketing ou a alta administração. A qualidade de um produto ou serviço pode ser definida como o conjunto total das características de marketing, engenharia, fabricação e manutenção do produto ou serviço que satisfaçam às expectativas do cliente (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.38).

Outro movimento foi o do ZD, de Philip Crosby. Este movimento surgiu nos EUA e foi promovido pelos fornecedores do governo americano, que pregavam que a condição de zero defeito era possível, ainda que todos duvidassem dessa possibilidade por ser algo

antieconômico. Para alcançar essa meta, o ZD propunha grupos de trabalho formados por operários que conhecessem bem o processo e pudessem definir o que fazer para melhorá-lo. Esse movimento, cujo lema era “Qualidade é investimento”, influenciou os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) japoneses (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000).

O último movimento foi o do desenvolvimento do TQC japonês (criado por Ishikawa, Mizuno, Shingo e Outros), que pregava o envolvimento dos empregados por meio dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) japoneses. Tinha forte ênfase na melhoria dos processos buscando a simplificação, o aumento da qualidade e a redução de custos. No TQC japonês, o sistema de gestão deixou de ser apenas um sistema de gestão da qualidade, objeto de departamentos da qualidade ou de produção, para se tornar um sistema de gestão de empresas e responsabilidade do presidente da companhia (CAMPOS, 1992). Segue uma síntese dos movimentos de qualidade da década de ouro.

Quadro 4 - Movimentos de qualidade da década de ouro

Movimento de qualidade	Assunto	Representante
TQC (<i>Total Quality Control</i>)	O resultado de um produto é responsabilidade de todos os envolvidos direta ou indiretamente na elaboração do mesmo.	Feigenbaum
ZD (<i>Zero Defect</i>)	O processo produtivo deveria ser o mais controlado possível, em busca do produto com zero defeito, sem erros.	Crosby
TQC japonês	Ênfase na melhoria dos processos, tornando-se um sistema de gestão de empresas, com responsabilidade do presidente da companhia.	Ishikawa, Mizuno, Shingo e Outros

Fonte: adaptação de Algarte e Quintanilha (2000), de Feigenbaum (1994) e de Campos (1992).

A década de 70 é a década da indústria nuclear. Em abril de 1969, a U.S. *Atomic Energy Commission* (AEC) passou a exigir dos proprietários de usinas nucleares a apresentação de Programas de Garantia da Qualidade, como um pré-requisito para a concessão para a construção de usinas nucleares. Depois, a *American Society of Mechanical Engineer* (ASME) estendeu os requisitos de programas de qualidade para empreendimentos similares (espaciais, petrolíferos etc.). Há uma mudança de concepção, qual seja: os departamentos de garantia da qualidade nascem ligados à Diretoria (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.37).

A década de 80 foi a década da maturidade, quando os americanos redescobrem Deming e criam o *Total Quality Management* (TQM), que representa uma resposta americana ao TQC japonês. O TQM é fortemente baseado na filosofia de gestão defendida por Deming,

usando as mesmas técnicas do TQC japonês. Nessa mesma década, surgiram também os Programas 6 Sigma nos EUA, a padronização internacional dos Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) da ISO, o Prêmio de Gestão pela Qualidade nos Estados Unidos, o Prêmio Malcolm Baldrige, administrado pelo Inmetro no Brasil. Além disso, nesse período, descobre-se que a gestão da qualidade também pode ser usada no setor de serviços. A década de 80 foi uma época de consolidação dos seguintes modelos:

- a) consolidação da ISO-9000 como modelo de sucesso;
- b) consolidação da gestão pela qualidade no modelo dos prêmios;
- c) consolidação dos programas 6 sigma.

Segundo Algarte e Quintanilha (2000, p.44), as normas de sistema de qualidade têm como objetivo principal “disciplinar os sistemas organizacionais e gerenciais, a partir dos quais produtos e serviços são concebidos, projetados, fabricados e comercializados”. Esses autores também afirmam que as normas não garantem a qualidade da tecnologia empregada ou a capacidade de inovação da empresa. Dentre as organizações que estabelecem normas de sistema de qualidade, destaca-se a *International Organization for Standardization* (ISO), criada em 1947. É uma organização internacional, privada e sem fins lucrativos, da qual participam 132 países. Dividida em comitês técnicos que cuidam da normalização específica de cada setor da economia, a ISO elabora normas internacionais sobre produtos e serviços. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), fórum nacional de normalização voluntária, é membro fundador da ISO e representa o Brasil naquela organização (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.42). Apesar desse fato, pode-se afirmar que o despertar nacional para o assunto qualidade ocorreu no final da década de 80. O movimento brasileiro foi inspirado no TQC japonês e liderado pela Fundação Christiano Ottoni de Minas Gerais, que ensinava aos brasileiros as técnicas japonesas como sendo o que havia de mais moderno.

Com a globalização da economia, a partir de 1973, tornou-se praticamente obrigatória a uniformização dos sistemas da qualidade adotados pelos diversos países (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000, p.42). Atualmente, os Sistemas de Gestão da Qualidade das normas ISO-9000 são implantados em organizações de quaisquer tamanhos; os programas 6 sigma de melhoria de processos são aplicados apenas a grandes empresas; a avaliação da qualidade da administração – definidos em prêmios nacionais e regionais – são aplicáveis a organizações de qualquer porte e os sistemas mais antigos (TQC japonês, ZD, TQM etc.) ainda são adotados em muitas organizações (ALGARTE; QUINTANILHA, 2000). O maior obstáculo

para o avanço do controle da qualidade ainda é a deficiência na liderança da alta gerência, pois os executivos não possuem clareza sobre como agir para alcançar um padrão internacional. Também não compreendem o seu papel indelegável na conquista da qualidade; por exemplo: instalar conselho de qualidade e participar das reuniões, estabelecer as metas de qualidade tornando-as parte do planejamento, prover recursos para treinamento em gestão da qualidade para todos os níveis hierárquicos da empresa, criar meios para medir os resultados obtidos, rever as metas de qualidade e compará-las com as alcançadas, reconhecer os trabalhos de qualidade superior e revisar os sistemas de recompensas para atender às mudanças necessárias à conquista do nível de qualidade internacional (JURAN, 1997).

Após um panorama do conceito de qualidade e sua evolução histórica, parte-se para o entendimento do conceito de qualidade em saúde.

Berwick (1995 apud PEDROSA, 2004) entende que as organizações de serviços de saúde precisam de uma definição mais abrangente de qualidade, que compreenda as necessidades dos clientes e as traduza em procedimentos e medições internas.

Existem várias definições de qualidade relacionadas à saúde, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 5 - Conceitos de Qualidade relacionados à Saúde

Conceitos de qualidade relacionados à saúde	Autores
Qualidade é função de desejabilidade e valor. Qualidade boa e perfeição e a possível qualidade... economicamente factível e socialmente aceitável.	ESCUADERO (apud ONA, 2005e).
Qualidade é a relação preferida e aprovada entre meios e fins.	DONABEDIAN (apud ONA, 2005e).
... o segredo da qualidade está nos homens, nos seus corações e suas almas...	DONABEDIAN (apud ONA, 2005e).
Fazer o melhor, da melhor maneira, ao mais baixo custo... ser um dos atores na produção: da saúde, da qualidade de vida..., do bem-estar... da felicidade humana.	GILSON (apud ONA, 2005e).
O propósito dos sistemas de atenção à saúde, em seu núcleo e através de inúmeras partes é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, da maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas.	DONABEDIAN (apud ONA, 2005e).
A JCAHO define qualidade como o grau em que os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis e diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, dado o presente estado da arte.	APM/CREMESP (apud ONA, 2005e).

Fonte: síntese elaborada pela autora.

Conforme os conceitos citados no quadro 5, a qualidade pode assumir diversas dimensões: qualidade intrínseca do produto, na qual o tratamento tem as modernas técnicas e recursos médicos; custo, independente da fonte pagadora; atendimento, que ocorra sem demora, no tempo exato e de forma cortês. Essas três características – qualidade intrínseca,

custo e atendimento – são as chamadas pelos americanos “*Big Q*”, por serem as valorizadas e percebidas com maior facilidade pelos clientes (NOGUEIRA, 2003). Kano (apud NOGUEIRA, 2003) acrescenta a segurança, tanto de quem executa o serviço como de quem o recebe, e o moral das pessoas que desempenharam as atividades, ou seja, a interferência da motivação no processo.

De acordo com Dana e Ryan (1992 apud PEDROSA, 2004), a definição de qualidade que mais se aproxima da característica de saúde é a que foi dada por Philip B. Crosby (Qualidade é conformidade com os requisitos dos clientes), exposta no item 3.1 (Qualidade). Esses requisitos contemplam monitoramento, indicadores, avaliações, parâmetros, padrões e diretrizes. Vale ressaltar que essa definição também está relacionada ao conceito de qualidade estabelecido pela norma NBR ISO 9001:2000. Donabedian (1980 apud PATRUS, 2000) vai além do conceito e classifica a qualidade de acordo com três dimensões: técnica assistencial, relacionamento interpessoal e amenidades. Em relação aspecto da técnica assistencial, a qualidade pressupõe a utilização da ciência médica e tecnologia que maximize os benefícios para os pacientes, sem elevação dos riscos. No que se refere ao relacionamento interpessoal, ela está relacionada ao moral, ao respeito à cultura, aos valores e às normas sociais dos funcionários e pacientes da organização na prestação dos cuidados assistenciais. A terceira dimensão da qualidade refere-se às amenidades, à satisfação do usuário relacionada à estrutura física (conforto e estética das instalações), privacidade, pontualidade, cortesia e outros. Associando estas três dimensões, Donabedian define qualidade em saúde como “a assistência na qual se espera maximizar o bem-estar do paciente, considerando-se o balanço entre os ganhos e perdas inerentes a qualquer processo assistencial” (DONABEDIAN apud PATRUS, 2000, p.12). O mesmo autor também salienta que a qualidade é uma propriedade complexa, mas passível de análise sistemática e que tem muitos componentes que podem ser agrupados a partir de sete atributos, a saber:

- a) eficácia - que é a capacidade da assistência em atingir seus melhores resultados, com os melhores cuidados. A estratégia conhecida como a mais eficaz define o limite máximo do que se pode alcançar;
- b) eficiência - que está centrada na habilidade de obter a melhor assistência com os menores custos, utilizando os recursos de forma racional e produtiva;
- c) otimização - que é equilíbrio na relação entre o custo e seus efeitos na assistência. Representa o esforço para obter o nível ótimo de investimento no tratamento assistencial, considerando o benefício para a saúde e o custo da assistência, representado pelo ponto máximo em que os benefícios da assistência são

- vantajosos em relação ao acréscimo nos custos;
- d) aceitabilidade - da assistência que é o grau de conformidade da assistência aos desejos e valores dos pacientes e de seus familiares. Tais expectativas incluem o acesso, a relação médico-paciente, o conforto das instalações, as preferências do paciente em relação às estratégias de tratamento e aos custos da assistência;
 - e) legitimidade - que é a conformidade da assistência com as necessidades de bem-estar da sociedade ou comunidade, conformidade com os princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentos;
 - f) equidade - que está relacionada com a justiça na distribuição da assistência prestada e de seus benefícios em função das necessidades de uma determinada população (DONABEDIAN 1992 apud PEDROSA, 2004).

Donabedian (1992 apud PEDROSA, 2004) sugeriu abordar três fatores como sendo alvos potenciais para a avaliação dos serviços de saúde: a estrutura, o processo e o resultado. A definição destes fatores encontra-se na citação a seguir:

Estrutura é o conjunto dos recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço, tais como habilitação e capacitação do corpo funcional, materiais e recursos organizacionais. Processo é a designação das atividades desenvolvidas para a prestação da assistência de acordo com padrões estabelecidos. Resultado é a consequência avaliada do atendimento atribuível aos cuidados recebidos (DONABEDIAN,1992 apud PEDROSA, 2004, p.8).

Para Donabedian (1992 apud PEDROSA, 2004, p.8), o grau de qualidade em um processo de avaliação considera os três fatores sob uma ótica sistêmica: “uma boa estrutura física aumenta a chance da realização de um adequado processo de assistência, um bom processo aumenta a chance de alcançar um bom resultado”.

Conforme se pode constatar a partir da citação a seguir, Zanon (2001) reforça as idéias defendidas por Donabedian acerca do processo de avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar.

Qualidade da assistência médico-hospitalar é muito mais do que apresentar belíssimas instalações e equipamentos sofisticados, que impressionem qualquer visitante, ter pacientes e funcionários satisfeitos, manter todos os formulários corretamente preenchidos e, ainda, exibir uma certificação pendurada na parede. É algo tangível, que depende da capacidade de diagnosticar, tratar, melhorar ou curar doenças físicas e mentais. É algo que tem a ver com a solidariedade humana, a vida e a morte, mas que, todavia, precisa ser avaliada objetivamente (ZANON, 2001, p.52).

Uma vez entendido o conceito de qualidade em saúde a sua importância na assistência médico-hospitalar, outro assunto relevante é a gestão por processos nos serviços de saúde. A gestão por processos teve início com a enfermeira inglesa Florence Nightingale, que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, baseando-se em dados estatísticos e gráficos. Seu trabalho serviu de inspiração para Dr. Ernest Codman iniciar, nos Estados Unidos, os esforços que conduziram ao movimento da acreditação (BITTAR, 2004).

Ao comentar as normas ISO, que estabelecem que um serviço deve identificar e planejar os processos que influenciam diretamente na qualidade do produto e assegurar que estes sejam executados sob condições controladas, Patrus (2000) afirma que a área de saúde constitui um vasto campo para a sua aplicação, porque, em geral, nesse setor ainda se observa que:

- a) os processos são precariamente estabelecidos;
- b) os procedimentos formais são insuficientes ou inexistentes;
- c) os parâmetros operacionais são mal definidos;
- d) há poucas ações corretivas para atender às queixas dos clientes.

Novaes (1994 apud PATRUS, 2000) salienta que um grande problema do modelo ISO para hospitais é a possibilidade de apenas uma parte (departamento ou unidade) da organização ser certificada, uma vez que um hospital não é constituído por serviços isolados. A certificação de um ou mais setores do hospital não garante a qualidade institucional como um todo, pois “não existe nenhuma organização cujas unidades estejam tão entrelaçadas como nos hospitais” (NOVAES, 1994 apud PATRUS, 2000, p.34).

Conforme Patrus (2000), na área da saúde, os líderes entendem que a prática médica não está sujeita à documentação e às verificações de desempenho. Pode-se então considerar que os procedimentos médicos sejam processos especiais. Nesse caso, cabe aos próprios líderes do serviço a opção de definir e documentar os processos dessa área, ficando excluída, portanto, a possibilidade de controle sobre a principal atividade do processo assistencial.

No setor de serviços de saúde também se observa uma preocupação crescente com a definição de indicadores de desempenho tanto financeiros quanto não financeiros para permitir o controle das organizações de forma mais objetiva. Outra constatação, conforme pesquisa realizada por Malik e Pena (2003), é a de que no Brasil tem havido o envolvimento de um número maior de pessoas, das diversas camadas organizacionais, na elaboração do processo de planejamento institucional. Observa-se que o processo participativo tem sido

valorizado com vistas à obtenção de melhores resultados.

3.2 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Acreditar significa conceder reputação, tornar digno de confiança e é neste sentido que são utilizados os termos: acreditado (que merece ou inspira confiança), acreditador (que ou aquele que acredita) e acreditação (procedimento que viabiliza alguém ou algo a ser acreditado) (QUINTO NETO; GASTAL, 1997 apud KLUCK; PROMPT, 2004, p.70). Segundo a ONA (2005a, p.2), o termo acreditar significa conceder reputação, tornar digno de confiança. Fazendo a correlação, ao se tornar acreditado, o serviço de saúde adquire o status de que é uma instituição que inspira ou merece a confiança da sua comunidade. Para a ONA (2003, p.23), a Acreditação “é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos”. Já Novaes e Paganini (1994 apud KLUCK; PROMPT, 2004, p.70) definem acreditação como “Procedimento de avaliação dos recursos institucionais, periódico e reservado e voluntário, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos”. Conceitualmente, segundo Santana (2001), a Acreditação é um método de estímulo, avaliação e certificação externa da qualidade das instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde e deve ser compreendida em duas dimensões: processo educacional, que introduz a cultura da qualidade, e processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de assistência à saúde, que, a partir de padrões previamente definidos, analisa e atesta o grau de qualidade alcançado pela instituição.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem apoiado e desenvolvido o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, elaborado por este Ministério, conceitua o Processo de Acreditação Hospitalar como sendo:

Método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões previamente estabelecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.9).

Em relação à evolução da Acreditação Hospitalar, Quinto Neto (2000 apud LABBADIA et al., 2004, p.115) observa que a primeira lei relacionada com a qualidade da assistência à saúde – que prevenia a má prática da medicina e compensava aquele que sofria o

seu efeito – foi escrita há cerca de 2000 anos antes de Cristo, por Hammurabi, imperador da Babilônia. Hipócrates, no século IV a.C., deixou como legado o seu juramento e o conceito de primeiro não lesar, fundamentais até hoje (ONA, 2005b).

Na lei escrita por Hammurabi, a qualidade ou falta desta na assistência à saúde era de responsabilidade única do profissional médico. Com a crescente complexidade técnico-científica e profissional, este conceito foi modificado. Assim, o conceito de responsabilidade milenar apenas do médico passa a todo o sistema multifatorial saúde. Nesse sentido, destaca-se, por exemplo, Florence Nightingale. Em 1854, durante a Guerra da Criméia, essa enfermeira introduziu várias medidas inovadoras nos cuidados dos pacientes, desenvolvendo a responsabilidade do hospital na melhoria da qualidade prestada. O trabalho de Nightingale foi o precursor do processo de acreditação (QUINTO NETO, 2000 apud LABBADIA et al., 2004, p.115).

Nightingale foi pioneira numa técnica ainda hoje utilizada na garantia da qualidade em hospitais – o estudo retrospectivo da assistência à saúde. Esse estudo originou o conceito de triagem e possibilitou a valorização de dois aspectos diretamente ligados à qualidade, antes não observados: primeiro, o hospital como organização pode influenciar e melhorar a qualidade de atenção que oferece aos pacientes e, segundo, pelo exame da qualidade da assistência do hospital proporcionada no passado, pode-se identificar meios de se oferecer melhor atenção aos pacientes no futuro (MORAES, 2004, p.44). Pela maneira com que trata do processo de acreditação, percebe-se que a ONA (2005b) reforça os estudos de Nightingale, conforme se pode verificar na citação a seguir:

Florence Nightingale fez um estudo retrospectivo de grupos de pacientes para identificar quais deles se beneficiaram com mais eficiência dos serviços prestados pelo hospital. Também levantou e comparou dados de morbimortalidade [...]. Houve uma tentativa de estabelecimento de modelos de atendimento semelhante aos processos de acreditação hoje em desenvolvimento (ONA, 2005b, p.1).

No início do século XX, os modelos e teorias desenvolvidas para a compreensão, análise e melhoria da produção industrial passam a fundamentar a atividade do setor saúde com as propostas de Codman (ONA, 2005b). O Dr. Ernest Armory Codman, em 1913, apresentou uma dissertação à Sociedade Médica de Filadélfia com o título “O produto dos hospitais”, com o objetivo de despertar o interesse sobre a padronização dos hospitais. A discussão em torno do assunto transforma-se em um movimento, cujo marco inicial seria a elaboração do primeiro padrão e a primeira avaliação de hospitais realizada em 1918 (KLUCK; PROMPT, 2004, p. 71; FELDMAN, 2004, p.131). Os padrões referiam-se

exclusivamente às condições necessárias ao exercício das atividades médicas, não considerando a necessidade de dimensionar a equipe de enfermagem para a prestação da assistência nas 24 horas e também a estrutura física para a realização desse atendimento (LABBADIA et al., 2004, p.116).

No ano seguinte o Colégio de Cirurgiões americano adota o “Padrão Mínimo”, um conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares que proporcionou as bases para a construção da “Teoria de Qualidade em Saúde”, que tem Dr. Avedis Donabedian como o seu maior representante. Esse médico publicou inúmeros trabalhos refletindo suas preocupações com a caracterização da qualidade no setor de saúde e com as formas de avaliá-la (QUINTO NETO; GASTAL, 1997 apud KLUCK; PROMPT, 2004, p. 71; NOGUEIRA, 2003). A ONA (2005b, p.1) reforça que o

Colégio Americano de Cirurgiões define um conjunto de aspectos a serem controlados: direção e administração, registro organizacional (prontuário), registro e análise de problemas, serviços auxiliares como laboratórios clínicos e radiológicos, corpo de enfermagem, e outros (ONA, 2005b, p.1).

O padrão mínimo permitiu o nascimento do processo de acreditação hospitalar, cujas metas de implantação vêm sendo perseguidas nos Estados Unidos há 50 anos. Esse processo se firmou com a atuação da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* – JCAHO (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde), que em 1999 desenvolveu padrões internacionais para o crescimento da sua atuação fora dos EUA (ANTUNES, 2004).

Em 1959, a *Canadian Medical Association* se desligou da JCAHO formando o *Canadian Council*, entidade que desenvolveu um programa semelhante de acreditação, com algumas características diferenciadas, de modo a se adaptar às circunstâncias canadenses (ONA, 2005b). Atualmente, a JCAHO atua somente nos Estados Unidos e não autoriza o uso da metodologia fora desse contexto. A acreditação internacional fora do território norte-americano é de responsabilidade da *Joint Comission International* (JCI), empresa ligada à JCAHO que possui critérios, instrumentos e processos que seguem parcialmente o modelo JCAHO, mas que não tem o seu reconhecimento (ANTUNES, 2004, p.163).

Na atualidade, a acreditação vem adquirindo maior visibilidade social em todo o mundo, na medida em que o público deseja obter informações mais específicas sobre a qualidade dos serviços oferecidos. A ONA (2005b) reforça este pensamento ao afirmar que tem havido um crescimento da demanda mundial em relação aos conceitos de melhoria da qualidade, fazendo com que diversos países tenham desenvolvido e aplicado o método de

acreditação, chegando-se a um total de 36 países.

Em 1991, a primeira versão do Manual de Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe foi lançada e publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em 1995, a Federação Latino-Americana de Hospitais também a publicou (QUINTO NETO; GASTAL, 1997 apud KLUCK; PROMPT, 2004, p.71). No Brasil, o setor saúde vem trabalhando com avaliação hospitalar desde a década de 70 e, nesse período, várias normas e portarias foram regulamentadas para implantar um sistema capaz de avaliar a qualidade da assistência à saúde (LABBADIA et al., 2004, p.117).

Segundo a ONA (2005b), na década de 90, observou-se no Brasil o surgimento de iniciativas relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar. Por exemplo, a Associação Paulista de Medicina (APM) criou um grupo responsável pelo desenvolvimento de estudos visando classificar hospitais segundo critérios de qualidade. O uso de indicadores hospitalares foi acrescentado à metodologia como forma de avaliar a qualidade da assistência, conforme sugerido pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde. Depois, a APM e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo deram origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar, identificado pela sigla CQH.

Em 1992, a OPAS promoveu um seminário nacional sobre acreditação hospitalar com a participação de diversas entidades nacionais de classe constituídas por médicos, enfermeiros, prestadores e compradores de serviço, órgãos regulamentadores e representantes do governo. Nesse seminário, o Manual de Acreditação da OPAS foi lançado. Nesse ano, o Ministério da Saúde elaborou um projeto intitulado “Garantia da Qualidade em Saúde”, que estabelecia mecanismos formais de certificação e programas de certificação (ONA, 2005b). Em 1994, foi criado o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde (PACQS), com participação de diversas instituições ligadas à saúde no país, com o propósito de implementar uma forma de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimentos de saúde (ONA, 2005b).

A qualidade nas organizações hospitalares brasileiras se ampliou com a criação do Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde, entre 1994 e 1995. Nesse momento, o assunto acreditação começa a ganhar importância na esfera governamental. Esse programa apóia a certificação nacional que prevê como requisitos a padronização e o controle das rotinas de trabalho e a qualidade da assistência ao paciente, o que está relacionado com a busca pela otimização dos processos (HOSPITAL GERAL, 2003). Com a participação do Ministério da Saúde nesse processo, a busca da melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar, com o foco na missão da instituição de saúde que lida

diretamente com o ser humano, começa a ganhar respaldo e força na sociedade, conforme se pode perceber na citação a seguir. De acordo com o Ministério da Saúde (1997 apud KLUCK; PROMPT, 2004, p.2),

[o] desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral. Toda a instituição hospitalar, da a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, de docência e pesquisa (MINISTÉRIO da SAÚDE, 1997 apud KLUCK; PROMPT, 2004, p.2).

Para a condução do programa, foi criada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, que ficou responsável pela definição e estabelecimento de diretrizes. Tais diretrizes foram embasadas em cinco planos de ação, conforme explicita a ONA (2005b) e são as seguintes:

- a) direcionamento para indicadores de resultados, com ênfase nos resultados desfavoráveis relacionados aos serviços de saúde;
- b) estabelecimento de programa nacional de acreditação;
- c) estímulo à utilização do gerenciamento da qualidade na administração;
- d) estabelecimento de protocolos clínicos.

A partir de levantamentos dos manuais de acreditação utilizados no exterior e dos manuais que foram criados, como instrumentos de avaliação, nos mais diversos estados do Brasil, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade encaminhou ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) o projeto Acreditação Hospitalar, que definia metas para implantação de um processo de certificação de hospitais (ONA, 2005b).

Em março de 1997, o Ministério da Saúde lança o documento “1997, o Ano da Saúde no Brasil: Ações e Metas Prioritárias”, que traduz as diretrizes políticas vitais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para o desenvolvimento social do País e que enfatiza a qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo um certificado de qualidade hospitalar. Dezesete hospitais brasileiros foram avaliados e obtiveram este certificado (KLUCK; PROMPT, 2004, p.72).

Em 1998, elaborou-se uma nova versão do Manual de Acreditação. Nessa oportunidade, foram discutidas as normas técnicas que regulamentam o papel do órgão acreditador, a relação entre a instituição acreditadora e o Ministério da Saúde, o código de ética e o perfil do avaliador (LABBADIA et al., 2004, p.117). Para o grupo de executivos do

Ministério da Saúde, fica transparente a necessidade de desenvolver um plano de ação voltado para o estabelecimento de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde. Foram iniciadas reuniões com a participação de diversas entidades para a estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2005b). Em 1999, o Ministério da Saúde lançou finalmente o Programa de Acreditação Hospitalar, reconhecendo a ONA como responsável por esse processo no Brasil. A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras (ANTUNES, 2004).

Conforme Schiesari e Kisil (2003) observam, cabe à ONA e às instituições acreditadoras: desenvolver os padrões a serem aplicados nacionalmente, fixar as normas que regulam o processo de acreditação e supervisionar os trabalhos das instituições acreditadoras. Estas, por sua vez, são responsáveis pela realização da acreditação propriamente dita dentro dos hospitais. Segundo os dois autores, no período de 1999 a 2002 houve um amadurecimento inicial do processo de acreditação nacional, conforme se pode verificar na citação a seguir:

Cerca de nove hospitais foram acreditados até fim do primeiro semestre de 2002. A adequação gradativa do manual de acreditação à realidade nacional deu-se primeiro por meio de sua aplicação, do melhor conhecimento do instrumento por parte dos vários envolvidos (avaliadores/instituições acreditadoras/hospitais) e do desenvolvimento da “expertise” da própria ONA (SCHIESARI; KISIL, 2003, p.15).

Atualmente, no Brasil, existem algumas organizações desenvolvendo processos de acreditação hospitalar distintos, como a ONA e o CBA. A primeira tem como referência o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), desenvolvido com base no Manual de Acreditação da Organização Pan-Americana (OPAS). A segunda, o CBA, tem como referência o Manual de Acreditação Hospitalar do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), com base no Manual de Acreditação para Hospitais da *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (ICHINOSE; ALMEIDA, 2004, p.194).

Segundo Antunes (2004, p.163), o Sistema Nacional de Acreditação consiste em um conjunto de estruturas, processos e entidades que tem por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil. É um sistema independente, privado, constituído de forma representativa por todos os atores que compõem os diversos segmentos sociais relacionados com a saúde, com a sociedade civil e com o Ministério da Saúde. Isto posto, observa-se que o processo de acreditação exige um controle sistemático de qualidade dos processos de trabalho de uma organização, através de procedimentos técnicos e operacionais documentados.

3.3 A AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E O PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO

Este tópico tem por objetivo apresentar, em linhas gerais, as práticas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) quanto a iniciativas de gestão pela qualidade em hospitais.

A Anvisa tem como missão “proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso” (ONA, 2005f, p.1). O Ministério da Saúde e a Anvisa, através de Portaria nº. 538 (abril de 2001) e da Resolução nº. 921 (maio de 2002), respectivamente, reconheceram a ONA como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar e de organizações prestadoras de serviços de saúde no Brasil (ONA, 2005c).

As diferenças entre o sistema brasileiro de acreditação e a vigilância sanitária começam pelo caráter governamental da vigilância. A vigilância é realizada nos três níveis de governo, obedecendo às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em termos de descentralização e municipalização. No nível federal, é a Anvisa a responsável pelas ações de vigilância sanitária e pela Secretaria de Vigilância da Saúde, os dois órgãos funcionam em rede, pois não existe uma relação de subordinação entre eles (ONA, 2005g). O caráter governamental determina características importantes, como a compulsoriedade da ação de fiscalização e a aplicação de penalidades. O processo da vigilância sanitária de serviços de saúde, tradicionalmente baseado em inspeções, utiliza roteiros, que são listas de verificação com requisitos mínimos definidos em itens de verificação. É um processo do tipo sim-ou-não que busca falhas no atendimento à legislação e fornece um retrato instantâneo da organização inspecionada (ONA, 2005g).

A acreditação, por sua vez, não é estatal e seu processo é coordenado por uma organização não governamental, a ONA. Funciona a partir de instituições acreditadoras conveniadas, que realizam as auditorias para certificação. O processo é voluntário e está baseado em conceitos de educação continuada. As auditorias são realizadas com base em um manual de padrões de qualidade, cujo entendimento é facilitado por itens de orientação. Esses padrões e itens de orientação são agrupados em níveis de exigências crescentes. Assim, o processo de acreditação não se esgota com a auditoria de acreditação, mesmo com um resultado favorável. Pelo contrário, é nesse momento que o processo se inicia, em uma

caminhada contínua pela melhoria da qualidade da assistência (ONA, 2005g).

Os objetivos comuns a esses dois processos são: melhorar os cuidados prestados ao paciente, garantir a qualidade da assistência e garantir a segurança dos clientes internos e externos.

O convênio Anvisa-ONA inaugurou uma nova experiência de cooperação visando conseguir uma ação sinérgica e complementar na avaliação dos serviços de saúde. Essa ação acontece na elaboração de novos instrumentos de acreditação (manuais) e na revisão dos já existentes, na capacitação de técnicos da vigilância sanitária e dos serviços de saúde de todo o país e na participação da Anvisa nas instâncias superiores de decisão da ONA (assembléia geral e conselho de administração) (ONA, 2005g).

Quanto à Sesab, sobre o panorama geral da evolução de suas práticas junto aos hospitais pertencentes ao estado da Bahia, observa-se que no ano de 1991 foi implantado o Programa Estadual de Controle de Infecções. Verificou-se que para atingir o objetivo desse programa, controlar as infecções nas unidades assistenciais de saúde, era necessário estabelecer padrões e critérios de qualidade. Para tal, utilizou-se a metodologia da acreditação hospitalar, cujo uso foi logo ampliado para a questão macro, a qualidade. Assim, surgiu a Coordenação de Gestão da Qualidade e Avaliação Tecnológica (Cogestec), que fundamentou seu trabalho no estabelecimento de padrões de qualidade de assistência buscando, entre outros resultados, o controle e a redução das infecções hospitalares e uma assistência mais humanizada e preparada. Em 2003/2004, foi criado o Projeto Saúde Bahia, que é uma iniciativa do Governo do Estado desenvolvida pela Secretaria da Saúde (Sesab), com recursos do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) – Banco Mundial. Esse projeto precisava de aprovação do Banco Mundial para o financiamento da implementação de um processo de certificação de qualidade junto aos hospitais do estado da Bahia (SESAB, 2001a; SESAB, 2005).

Ao longo do ano de 2005, a Sesab vem cumprindo a Agenda Estadual de Saúde (cf. SESAB, 2004, 2005) e tem desenvolvido as seguintes ações com foco na Avaliação da Qualidade junto aos hospitais do estado da Bahia:

- a) implantação pelas organizações hospitalares da Portaria nº. 1083/2001 (Padrões de Qualidade da Assistência para Auto-Avaliação Hospitalar com Foco no Controle de Infecção Hospitalar), que tem por objetivos definir padrões de qualidade da assistência hospitalar com foco na qualidade e na prevenção das infecções hospitalares e estabelecer a Vigilância Epidemiológica da Qualidade dos Serviços (SESAB, 2001b);

- b) implantação pelas organizações hospitalares da Portaria nº. 1018/2003 (Método para Implantação de Programas de Melhoria da Qualidade Assistencial), que tem por objetivos introduzir Programas de Melhoria da qualidade da assistência hospitalar com foco na qualidade e prevenir as infecções hospitalares (SESAB, 2003a).
- c) publicação de livros como, por exemplo: Controle de Qualidade e Infecção Hospitalar (Assessoramento Gerencial) (SESAB, 2002a), Dicas Práticas sobre Controle de Infecção Hospitalar (SESAB, 2001a), Recomendações para Elaboração de Protocolos (SESAB, 2003b), Guia Básico: indicadores para o monitoramento do desempenho hospitalar (SESAB, 2002b).
- d) contratação de consultoria para atuar junto aos hospitais da rede própria, com o objetivo de apresentar alternativas de gestão e gerência para estes hospitais e propor mecanismos de compra de serviços, assim como de controle e avaliação da gestão.
- e) foco na capacitação na gestão da qualidade, através da promoção de cursos.

A agenda da Sesab propõe novas formas de gestão, a partir da capacitação dos hospitais na gestão da qualidade e do estabelecimento de uma parceria com o Comitê em Saúde, da Associação Baiana de Gestão Competitiva. Consta também da referida agenda o controle e a avaliação da rede própria, através de dois tipos de instrumentos: os instrumentos de compromisso, que envolvem: o cumprimento da legislação e estabelecimento de metas e estratégias, termo de compromisso da gestão hospitalar da administração direta dos hospitais da rede própria, o gerenciamento dos contratos de administração indireta dos hospitais da rede própria; e os instrumentos de controle e avaliação, que incluem: os relatórios, como forma de monitoramento indireto, e as visitas técnicas e reuniões, como monitoramento direto (SESAB, 2005).

Em 2005, após a associação da Anvisa com a ONA, a Sesab iniciou um processo de distribuição dos manuais da acreditação e realizou reuniões de motivação e visitas técnicas. Essas ações foram direcionadas apenas para os hospitais públicos.

3.4 IMPLEMENTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Hoje, há aproximadamente 50 mil estabelecimentos de saúde no Brasil. Segundo

Cherubin (197- apud COSTA, 2001, p.322), de um total de 6.578 hospitais, temos 1.182 públicos, 2.796 particulares lucrativos e 2.600 particulares filantrópicos.

Uma vez que as sociedades se conscientizam de que a qualidade é um requisito indispensável, além de uma responsabilidade social e ética (COSTA, 2001), a busca da qualidade nos serviços de saúde torna-se um fenômeno mundial. Na esteira desse fenômeno, a ONA foi criada em outubro de 1999. Decorridos quatro de sua criação, 21 hospitais foram acreditados em um universo de 6.528 organizações. Logicamente, espera-se pouco dos 60% que são de pequeno porte, porém, entre os 40% restantes existem instituições importantes que poderiam investir em programas de qualidade, em especial na acreditação (BITTAR, 2004, p.19).

Os padrões estabelecidos pelo Programa Brasileiro de Acreditação possuem uma gradação de complexidade e uma relação de interdependência, de modo que para se alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores devem ter sido atendidos. Tais padrões refletem a realidade hospitalar do país. Pesquisas realizadas em 6.124 hospitais indicam que aproximadamente 65% têm menos de 70 leitos, 64% têm menos de dois funcionários/leito e 54% não realizam nenhum tipo de programa de capacitação ou de educação continuada Além disso, os processos são precariamente estabelecidos, os procedimentos formais são insuficientes ou inexistentes, os parâmetros operacionais são mal definidos e insatisfatórios e poucas são as ações corretivas para atender às queixas dos clientes avaliados (KLUCK; PROMPT, 2004, p.76).

De acordo com a literatura, a implantação e a certificação de sistemas de qualidade não garantem que as empresas atendam a todos os requisitos de qualidade do produto ou serviço. Entretanto, a busca do cumprimento das exigências para a sua obtenção estimula a consolidação e a construção de uma base de gerenciamento e de garantia de bons serviços de saúde, ordenando e sistematizando o processo de qualidade da organização (PRADA, MIGUEL; FRANÇA, 1999 apud BLUMEN, 2004, p.82).

Segundo Pedrosa (2004), sistemas de gestão da qualidade – como a série das normas ISO e, mais especificamente, a NBR ISO 9001:2000 – são percebidos como possuidores de um perfil mais voltado para a indústria do que para a saúde. Mesmo assim, há evidências de que o Programa Brasileiro de Acreditação (ONA) é compatível com a NBR ISO 9001:2000, na medida em que ambos tratam da obtenção de resultados de desempenho e eficácia de processos, da melhoria contínua destes processos, com base em medições objetivas, e da satisfação do cliente.

Apesar de sistemas de gestão – como a série ISO, voltada para a qualidade – serem

vistos como mais adequados às indústrias, as organizações prestadoras de serviços de saúde no Brasil têm adotado ferramentas de gestão da qualidade, conforme mostra tabela a seguir:

Tabela 1 - Ferramentas de gestão da qualidade adotadas pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS)

Ferramentas de Gestão	N Hospitais (N=37)
5S	20
ISO 9000:2000	16
Mensuração e Satisfação do Cliente	35
Padronização de Processos	33
<i>Balanced Scored</i>	20
Gestão de Qualidade Total	20
PNQ	15
5W2HS	24
PDCA	27

Fonte: adaptado de Gastral (2005).

Existente desde 2000, o sistema brasileiro de acreditação certificou nos últimos dois anos 133% a mais do que nos quatro anos anteriores, mas o percentual de instituições acreditadas no Brasil ainda é considerado muito pequeno. Até 2005, 97 serviços de saúde foram certificados, sendo 79 deles hospitais. Desse total, 61% dos hospitais e 66% dos outros serviços receberam certificação nos últimos 2 anos. A Região Sudeste do país, que apresenta maior número de serviços de saúde, públicos ou privados, é também a de maior concentração de serviços certificados (ANVISA, 2006a). No Segundo Relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação da Anvisa (ANVISA, 2006c), pode-se constatar a comprovação do crescimento do número de certificações de serviços de saúde no processo de acreditação e uma maior procura das organizações para realização do diagnóstico organizacional, conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - Diagnósticos organizacionais (DO) e certificações de serviços de saúde realizados entre 2004 e 2005

Ano	2004		2005	
	Mês	DO	Certificado	DO
Janeiro	6	2	4	0
Fevereiro	6	1	5	0
Março	8	3	15	1
Abril	10	2	7	4
Maio	10	1	7	5
Junho	6	1	8	1
Julho	6	0	7	1
Agosto	6	0	8	2
Setembro	5	1	7	0
Outubro	10	3	6	7
Novembro	8	6	9	10
Dezembro	9	5	7	8
Total	90	25	90	39

Fonte: adaptado de ANVISA (2006b).

A tabela 3 mostra o número de hospitais acreditados por número de leitos e por unidade da federação acumulado até 2005. Esses hospitais representam um total de 7.421 leitos acreditados em organizações tanto públicas quanto privadas (ANVISA, 2006c).

Tabela 3 - Hospitais certificados por número de leitos e por vínculo. Dezembro de 2005

Tipo	<100 leitos		100 a 200 leitos		201 a 300 leitos		> 300 leitos	
	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público
São Paulo	8	0	11	1	4	5	0	0
Minas Gerais	1	0	1	0	1	0	1	0
Rio G. do Sul	1	0	0	0	1	0	1	0
Distrito Federal	0	0	2	0	0	0	0	0
Paraná	0	1	1	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	0	0	2	0	0	0	0	0
Ceará	0	0	1	0	0	0	0	0
Bahia	0	0	1	0	0	1	0	0
Paraíba	1	0	0	0	0	0	0	0
Espírito Santo	0	0	1	0	0	0	0	0
Stª Catarina	0	0	1	0	0	0	0	0
Total	11	1	21	1	6	6	2	0

Fonte: adaptado de ANVISA (2006c).

A tabela 4 apresenta a frequência dos serviços hospitalares que mantiveram ou ampliaram o grau de certificação ao final de 2005, por unidade da federação e por tipo de certificação (acreditada, acreditada plena e acreditada por excelência). A análise da tabela 4 revela que existe maior número de hospitais privados de 100 a 200 leitos acreditados no Estado de São Paulo.

Tabela 4 - Frequência de serviços de saúde pelos respectivos graus de certificação em dezembro de 2005, excluídos os que não tiveram sua certificação renovada

Grau / Serviço por região	Acreditada	Acreditada Plena	Acreditada com excelência	Total
Norte	0	0	0	0
BA	1	1	0	2
CE	1	0	0	1
PB	0	1	0	1
Nordeste	2	2	0	4
DF	1	1	0	2
Centro-Oeste	1	1	0	2
ES	1	0	0	1
MG	1	1	2	5
RJ	1	1	0	2
SP	13	15	1	42
Sudeste	16	17	3	50
PR	1	1	0	3
RS	2	1	0	3
SC	0	1	0	2
Sul	3	3	0	8
Total	22	23	3	64

Fonte: adaptado de ANVISA (2006c).

Percebe-se que houve um crescimento do número de hospitais acreditados, mas o processo ainda é incipiente diante do mercado de serviços de saúde existente. Segundo Schiesari e Kisil (2003), mesmo sendo uma prática de avaliação incipiente, percebe-se sinais iniciais de mudanças ou de assimilações de práticas há muito preconizadas como, por exemplo, o conhecimento dos padrões, o estímulo de comissões relacionadas à avaliação e/ou melhorias da prática assistencial, a formação de multiplicadores do processo de acreditação, a utilização do manual de acreditação para o planejamento institucional.

3.4.1 Vantagens ou ações para implementar programas de qualidade

Malik e Teles (2001) realizaram um estudo sobre as iniciativas de implantação de programas de gestão da qualidade em quase 100 hospitais do estado de São Paulo. O estudo mostrou que, em relação às facilidades encontradas para se implantar tais sistemas, as mais comuns são: o envolvimento da direção superior, o interesse do corpo funcional pela qualidade e a atitude favorável às mudanças por parte do corpo funcional. Os resultados positivos da acreditação hospitalar encontrados pelo referido estudo foram: a participação dos funcionários, o aumento da satisfação do usuário, a racionalização dos processos, a responsabilização dos funcionários e melhora nos indicadores de eficiência. Como pontos negativos, os autores destacam que, até a data da realização da pesquisa, os benefícios do programa não haviam sido percebidos pelas pessoas envolvidas e que houve um aumento no número de conflitos internos após a sua implantação.

Segundo a obra de Deming (1990), existem 14 princípios que, se aplicados indistintamente a pequenas ou grandes corporações, na indústria ou na área de serviços, promoverão a qualidade no produto ou no serviço e farão com que a empresa se perpetue – independentemente de o enfoque de qualidade estar no consumidor ou no fabricante. Alguns exemplos seriam: promover a integração interdepartamental, derrubando as barreiras, eliminar as quotas de produção, estimular a liderança, administrar por processos e não por objetivos.

Sendo a estrutura organizacional desagregadora por excelência, utilizar mecanismos operacionais sociais – tais como: comissões, estruturas matriciais, reuniões e grupos de trabalho –, de uma forma sistemática, com os diferentes grupos e categorias profissionais (formais e informais) que compõem o quadro de pessoal das unidades, em geral, torna possível a obtenção da qualidade (BITTAR, 2004, p.28).

Pedrosa (2004) defende que o setor de saúde tende, cada vez mais, a procurar e adotar sistemas de gestão da qualidade, pois:

- a) existe uma forte concorrência, cada vez mais acirrada, e somente organizações com sistemas fortemente implantados conseguirão sobreviver e crescer a longo prazo;
- b) existe uma forte regulamentação no setor, incluindo o Código de Defesa do Consumidor, com graves penalizações para os fornecedores de serviços com

falhas na qualidade e/ou na quantidade (artigos 14 e 18) (BRASIL, 1990 apud PEDROSA, 2004, p.2). A sociedade brasileira vem exercendo seus direitos de cidadania, exigindo eficácia e eficiência do sistema de assistência à saúde;

- c) o cenário brasileiro atual. Dentro de uma economia globalizada e com um estado empobrecido, o Brasil encontra-se numa situação muito preocupante, e as organizações não suportarão mais custos como os relacionados à má qualidade. Os custos da não-qualidade são, entre outros, os seguintes:
- custos com morbidade e mortalidade elevadas, além de sofrimento imensurável para os envolvidos;
 - custos de retrabalho (necessidade de refazer o produto ou o serviço);
 - custos com processos ineficientes;
 - produtos/materiais que não podem ser recuperados e devem ser destruídos e trocados;
 - custos de eventuais processos nos organismos de defesa do consumidor ou outros fóruns legais;
 - comprometimento da imagem da organização na sociedade;
 - perda de clientes e de mercado (MAXIMIANO, 1997 apud PEDROSA, 2004, p.2).

Malik e Teles (2001) concluíram no estudo citado anteriormente (no início deste item) que, para os gerentes hospitalares, a implantação de programas/iniciativas de qualidade pode não ser considerada relevante. Isso talvez ocorra pela falta de pressão social das operadoras de planos de saúde, do governo e da sociedade para obrigar os hospitais a se preocuparem com indicadores, sejam eles financeiros, de resultados clínicos ou até de satisfação de seus usuários. Por outro lado, a escassez de recursos no mercado de saúde é considerada justificativa para a falta de investimentos em aspectos considerados “não essenciais” devido à própria cultura hospitalar, a exemplo de programas de qualidade.

3.4.2 Pesquisas sobre implementação de programas de qualidade

Em uma pesquisa no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), observou-se nitidamente

que a cultura organizacional se manifesta por meio de um jogo de poder. O estudo mostrou que a organização de saúde tem uma cultura organizacional própria com um intrincado sistema de complexas relações em constante movimento, formando uma grande rede (MORAES, 2004, p.47). A pesquisa no HUIJM trouxe algumas reflexões:

- a) Mesmo considerando que a Certificação Hospitalar é um processo de reconhecimento da existência de determinados padrões de qualidade nos serviços de saúde de uma comunidade, observa-se que o sistema de Acreditação não garante, por si mesmo, que os serviços prestados sejam de qualidade, tendo em vista que é um processo educacional relativo também à cultura organizacional vigente. A acreditação indica somente que os hospitais têm condições de produzi-la, se assim o desejarem. Porém, para que visão institucional de melhoria da qualidade persista e a busca por um padrão de serviços cada vez melhor se mantenha é necessário que a alta administração se comprometa diretamente (MORAES, 2004, p.61).
- b) A certificação de acreditação passa pelo processo educacional, pela valorização das pessoas, pelo desenvolvimento estrutural e organizacional, como também pela fixação de objetivos e metas através de uma política gerencial de envolvimento e de compromisso de todos. Esse aspecto educacional, que envolve tanto a direção quanto o corpo funcional, enriquece toda a equipe da organização de saúde, assim como a equipe de avaliadores. Possibilita, inclusive, a visualização de práticas contemporâneas que podem levar à melhoria de seus processos de trabalho (MORAES, 2004, p.61).

Em uma outra pesquisa realizada em um hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 2001, os problemas identificados foram classificados em operacionais (mudanças de rotinas ou disposição da área física e equipamentos), táticos (falta de padrões para documentação de normas, rotinas e procedimentos e problemas relativos à humanização do atendimento ao paciente e à definição mais concreta do Programa de Qualidade Assistencial do Hospital) e estratégicos (investimentos de ordem financeira e adequação à legislação). O principal problema detectado foi a falta de documentação adequada e padronizada dos processos de melhoria. Quanto à estrutura física do hospital, aos recursos humanos e à qualidade dos processos assistenciais, não havia nenhuma recomendação (KLUCK; PROMPT, 2004, p.78). O HCPA conseguiu como resultados: uma difusão da visão sistêmica do hospital, o

envolvimento e a motivação dos funcionários e a compreensão da importância da contribuição de todos e de cada um para o resultado no atendimento de qualidade dos pacientes, o impulso ao desenvolvimento de um sistema de indicadores de gestão assistencial e a visão concreta do conceito de “Hospital de Qualidade” (KLUCK; PROMPT, 2004, p.79).

Mendes (1994), em pesquisa realizada em um hospital geral de grande porte, privado, sem fins lucrativos, com mecanismos de garantia da qualidade, constatou a existência de protocolos como métodos de monitorização da qualidade em saúde. A autora comenta que esses aspectos de monitorização estão alinhados às práticas da gestão da qualidade, conforme citação a seguir:

a gestão voltada para a qualidade total em saúde corresponde a não só satisfazer clientes/pacientes, mas criar a confiança dos usuários através das medidas de monitoramento transparentes a todas as partes, rompendo com a relação de “confiança cega” que o usuário deposita nos profissionais (MENDES, 1994, p.199).

Em contrapartida, ela também verificou que a utilização de controle estatístico do processo não é comum e carece de adequações. A autora observou que uma das formas de controle utilizada são as revisões de casos clínicos, estas quase sempre realizadas a partir da “sessão de óbitos”.

Martelotte (2003), em uma pesquisa realizada junto a empresas que constituem o setor de assistência suplementar à saúde – no caso, as operadoras de planos de saúde mais representativas do mercado (com maior número de beneficiários) que atuam na cidade do Rio de Janeiro – evidenciou a falta de informação a respeito do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar por parte dos profissionais dessas empresas responsáveis pelo credenciamento dos hospitais. Existia desinformação até mesmo em relação ao termo “acreditação”. A referida estudiosa afirma que o certificado de acreditação não era observado por haver poucos hospitais acreditados. Segundo a autora, a generalização de tal pensamento poderia levar a um círculo vicioso, uma vez que as operadoras não solicitam a certificação por haver poucos hospitais acreditados, e os hospitais não aderem ao Programa de Acreditação por ninguém requisitar o certificado de acreditação. Assim, segundo a autora, ainda que o caráter voluntário seja uma das principais características da acreditação, se não existir uma pressão suficiente da sociedade, provavelmente poucos hospitais irão aderir ao programa. Schiesari e Kisil (2003) reforçam o pensamento de Martelotte (2003), ao comentarem que o caráter voluntário tende a atrair instituições de maior comprometimento; no entanto, a não vinculação a programas de estímulo, seja por pagamento diferenciado ou até mesmo por

outras vantagens, limita a participação de um número de hospitais que são favoráveis aos programas de qualidade.

3.4.3 Dificuldades para implementar programas de qualidade

Uma das dificuldades para o engajamento de um maior número de hospitais em programas de qualidade é um traço cultural do imediatismo nas atividades hospitalares, diferentemente do preconizado pelos programas de qualidade, cujos resultados surgem a médio e longo prazo (BITTAR, 2004, p.19).

De acordo com Pedrosa (2004), diferentemente de outros setores produtivos, como a indústria, por exemplo, o setor da saúde tem pouca tradição na adoção de sistemas de gestão da qualidade. Parte dessa falta de tradição deve-se à falta de formação administrativa de parcela dos dirigentes do setor, que desconhecem o potencial das ferramentas de gestão da qualidade, e parte se deve à ausência, até recentemente, de instrumentos específicos para a área de saúde.

A implementação de programas de qualidade tem um papel fundamental na racionalização e padronização de insumos e recursos humanos. Hoje, existem diversos profissionais atuando na área de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, administradores, técnicos etc.), há inúmeras faculdades e uma infinidade de normas de conduta sendo criadas. Além disso, existe uma variedade enorme de recursos materiais, permanentes ou de consumo. Toda essa diversidade não só acaba gerando dificuldades para os administradores dos serviços de saúde, mas também pode levar ao exagero e ao desperdício de recursos com perdas financeiras e de qualidade (BITTAR, 2004, p.23). Bittar (2004, p.27) comenta que há dificuldade em se ter normas e padrões dentro do hospital devido à quantidade de regras informais e formais que decorrem das interações e negociações que se estabelecem entre os participantes na divisão do trabalho e à própria diversidade de formação profissional existente. O autor frisa que não se pode esquecer que o objetivo básico do hospital é recuperar o doente em condições de saúde física e mental, independente das normas e padrões (BITTAR, 2004, p.27).

Ainda em relação à padronização, nota-se a ausência de procedimentos operacionais pré-definidos, de protocolos clínicos, de padronização de insumos, equipamentos, instrumentais, o que acarreta um número excessivo de itens, solicitações de uma quantidade exagerada de exames complementares, ações realizadas de maneiras diferentes em cada

ocasião, tudo isso se traduzindo em erros, enganos, acidentes, enfim, em riscos para o paciente (BITTAR, 2004, p.30).

Fatos como o grande número de formações de algumas categorias de saúde (por exemplo, há 6000 médicos a mais do que o mercado tem condições de absorver) e a criação de subespecialidades, aliados à resistência ou falta de vontade de conhecer a interligação de processos entre as diferentes subáreas das quatro grandes áreas (infra-estrutura, ambulatório/emergência, diagnóstico e terapêutica, internação clínico-cirúrgica), produzem barreiras culturais intransponíveis, traduzidas em baixa qualidade do ambiente de trabalho e prejuízo para os processos de cuidados aos pacientes (BITTAR, 2004, p.25). Da mesma maneira, turnos, plantões e cargas horárias distribuídas pelas diferentes categorias profissionais dificultam a integração, a fluidez dos processos e o atendimento do doente de um modo holístico (BITTAR, 2004, p.25).

Algumas categorias profissionais trabalham em desvantagem numérica expressiva, como é o caso da nutrição e dietética. Muitas vezes, uma única nutricionista é responsável pela elaboração de cardápios, atendimento a fornecedores, cotação de insumos, supervisão dos profissionais a ela subordinados e orientação a pacientes. Fatos similares se repetem com farmacêuticos que, quando solicitados por outros profissionais, nem sempre atendem de imediato, elevando o número de conflitos internos, com repercussão na qualidade do trabalho institucional e na qualidade de vida dos profissionais (BITTAR, 2004, p.29).

Poder-se-iam lembrar inúmeros aspectos em que os esforços de qualidade têm falhado, tais como: a ausência de metas/medidas e de diretrizes, a dificuldade em trabalhar com informações de mercado, a ausência de economias de escala, as ações tomadas sempre em curto prazo, o desconhecimento de custos, a pouca preocupação com a qualidade de vida dos funcionários, a carência de ações de inovação tecnológica e a alta incidência de retrabalho (BITTAR, 2004, p.30). Os professores Martins e Toledo (1998), reunindo considerações de vários autores, elucidam, igualmente, outros pontos em que há falhas e oferecem algumas saídas para evitar que os fatores apontados em seu estudo prejudiquem ou impeçam a implementação de um programa de qualidade apropriado. Dentre esses pontos, podem ser destacados:

- a) planejamento inadequado, levando a situações de insegurança e insucesso (TOLOVI JÚNIOR, 1994).
- b) foco na imagem, não em fatos e resultados; foco nos processos internos conhecidos e visíveis, não nos processos críticos; foco nos padrões mínimos existentes, não alinhamento com os objetivos estratégicos (WOOD JÚNIOR;

URDAN, 1994).

- c) tipo impróprio de liderança; falta de modelo de referência do que seja qualidade; falta de foco estratégico (RESNICK-WEST, 1994 apud MARTINS; TOLEDO, 1998).
- d) missão vaga, falta de fixação em pontos críticos (pouco vitais); planos de implementação deficientes; falta de medição de desempenho (EARLY&GODFREY, 1995 apud MARTINS; TOLEDO, 1998).
- e) busca e a identificação de culpados para os problemas existentes, a inexistência de um sistema de informações da qualidade, a descontinuidade do programa, atividades preventivas pouco desenvolvidas, canais de comunicação obstruídos, fraca coordenação interdepartamental (VALLE, 1995 apud MARTINS ;TOLEDO, 1998).

Para evitar essas causas de insucesso, Martins e Toledo (1998) chamam a atenção para a necessidade de implantação de um plano elaborado adequadamente, em sintonia com as estratégias e políticas organizacionais, de haver métodos de medição e avaliação do desempenho, de se ter como base padrões externos de referência e de se fixar nos pontos vitais para não se perder o foco e se obter resultados.

Malik e Teles (2001), no já mencionado estudo com quase 100 hospitais do estado de São Paulo, informaram que em relação às dificuldades na implantação de programas de gestão da qualidade as mais comuns encontradas foram: falta de formação do pessoal envolvido, tempo decorrido até a obtenção dos resultados, custos elevados, resistência dos funcionários, dificuldades de envolvimento do corpo funcional, dificuldade do envolvimento da direção superior, resistência dos gerentes e aumento dos conflitos internos. Segundo Tolovi Júnior (1994), programas de qualidade falham devido ao não envolvimento da alta direção. Deve haver um comprometimento, que não esteja relacionado apenas ao pagamento de contas, mas também ao desejo de que algo de diferente ocorra em sua empresa; um compromisso que envolva a dedicação de tempo com o programa de qualidade e implique conversas com os colaboradores para mostrar que é a qualidade é algo bom para todos: clientes, empresa, colaboradores e sociedade.

Macedo e Santos (2001 apud BLUMEN, 2004, p.88), numa ampla pesquisa com hospitais líderes, confirmaram que os métodos de implementação da estratégia da qualidade não consideram o hospital como um todo, não se integram nem se alinham aos objetivos estratégicos e não têm o foco no cliente.

Araújo e Figueiredo (2004) realizaram uma pesquisa em três hospitais brasileiros sobre os desafios de implementar programas de qualidade nas organizações de saúde. De uma forma geral, os desafios mais comuns são:

- a) o autoritarismo e o corporativismo presentes nas organizações de saúde: para Yang (2003 apud ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2004), as organizações de saúde adotam uma estrutura hierárquico-funcional, na qual a comunicação entre os diversos setores e níveis hierárquicos não é considerada relevante e os processos são morosos devido à necessidade de respeito à hierarquia, dificultando a agilidade no processo de tomada de decisões. Estas organizações refletem uma cultura burocrática e autoritária. Malik e Teles (2001) reforçam o pensamento de Yang (2003 apud ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2004), afirmando que a equipe multiprofissional (considerando com maior relevância o corpo clínico e a enfermagem) questiona e muitas vezes não acata as normas estabelecidas pela organização; sendo o médico considerado um especialista que não se preocupa com o grau de satisfação dos clientes internos e externos. Com base no estudo realizado em hospitais de grande porte, Malik e Pena (2003) comentam que quando o planejamento não ocorre de forma organizada, os processos de comunicação formal não fluem em todos os níveis organizacionais, ficando geralmente restritos ao nível gerencial;
- b) a resistência dos médicos a programas de qualidade: conforme James (2002 apud ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2004), os médicos possuem resistência ao engajamento em programas de qualidade, pelo desconhecimento de até que ponto eles estarão perdendo o controle sobre os procedimentos clínicos e pelo entendimento de que os programas estão relacionados à eficiência administrativa e não ao tratamento médico;
- c) a dificuldade em mensurar os resultados da qualidade: de acordo com Malik e Teles (2001), programas de qualidade falham por não ter como premissa a mensuração dos resultados, com indicadores relacionados à satisfação dos clientes, o moral dos funcionários e a gerência dos líderes. Segundo Malik e Pena (2003), é reconhecido, na maioria das instituições de saúde brasileiras, um processo sistematizado de avaliação das metas estabelecidas. O foco da avaliação se restringe ao “uso de indicadores clássicos de produção, desempenho assistencial e alguma preocupação incipiente com qualidade (taxa de ocupação, indicadores de infecção hospitalar) e financeiros (receitas, despesas, acompanhamento

orçamentário)” (MALIK E PENA, 2003, p.32);

- d) a dificuldade em enxergar os retornos financeiros da qualidade: na visão de Butler e outros (1996 apud ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2004), percebe-se uma falta de visão dos gerentes em relação aos benefícios que os programas de qualidade podem trazer. Malik e Teles (2001, p.58) frisam que “faltam argumentos para afirmar que a qualidade melhorará o desempenho das organizações de saúde ou que ajudará a alcançar maior envolvimento dos trabalhadores ou mais satisfação da população”;
- e) a dificuldade de envolvimento da alta direção: segundo Tolovi Júnior (1994), os principais executivos, ou donos, das organizações que se interessam por qualidade estão mais interessados com o modismo do que com os resultados de tal programa. O comprometimento não implica simplesmente pagar a conta, mas despende tempo com o programa, compreendendo que este trará retornos para a organização;
- f) a ansiedade por resultados imediatos: segundo Tolovi Júnior (1994), programas de qualidade tratam de mudança de comportamento das pessoas e esse processo deve ser longo e sustentado, o que se contrapõe ao pensamento de muitos dirigentes, que anseiam por resultados efetivos em curto prazo de tempo e que, muitas vezes, abortam a implementação do programa por causa do imediatismo. Isso decorre do fato de eles não enxergarem os resultados financeiros do programa, que, geralmente, são visualizados a longo prazo. Malik e Teles (2001) também apontaram o tempo decorrido até a obtenção dos resultados como sendo uma dificuldade para a implantação de programas de qualidade;
- g) o desinteresse do nível gerencial: o nível gerencial representa o suporte para a implantação dos programas de qualidade nas diversas camadas organizacionais. Segundo Tolovi Júnior (1994), o nível gerencial tende a interpretar o programa com algo óbvio, para o qual não há necessidade de esforço e dedicação;
- h) o processo precariamente estabelecido, com ausência de procedimentos pré-definidos: Malik e Pena (2003) realizaram uma pesquisa em 14 hospitais na qual verificaram que, em relação ao gerenciamento de processos médicos, muitos hospitais desenvolveram protocolos clínicos, mas estes não foram implementados nem seguidos por aqueles que os elaboraram.
- i) a hiperespecialização das diversas categorias de saúde, dificultando a interligação entre processos. Mendes (1994) pondera que as subespecializações têm levado à

quebra do processo terapêutico e, conseqüentemente, à falta de clareza sobre a definição de responsabilidades – de todos os profissionais, inclusive da área médica – no que tange à evolução do paciente.

- j) a falta de formação do pessoal envolvido (gerenciamento de Recursos Humanos): segundo Tolovi Júnior (1994), muitas empresas colocam grupos de pessoas para discutirem problemas sem que elas tenham o menor preparo para tal.

3.4.4 Categorias de Análise da Acreditação Hospitalar

O instrumento que tem sido utilizado para a implementação do Programa de Acreditação Hospitalar é o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - 4ª edição. Ele está relacionado aos instrumentos de avaliação das diversas organizações hospitalares do setor de saúde (ONA, 2003). Em junho de 2006, foi lançada uma nova versão deste manual.

Diferentemente das certificações ISO, a acreditação do Ministério da Saúde (2001, p.22-23) avalia a instituição em sua integridade e para isso estabelece as seguintes gradações:

Nível 1 – Acreditado – atende a requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços hospitalares, recursos humanos compatíveis com a complexidade.

Nível 2 – Acreditado pleno – possui evidências de adoção do planejamento 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.

Nível 3 – Acreditado com excelência – possui evidências de políticas institucionais de melhoria contínua, em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais, evidências objetivas de utilização de tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e aliadas com foco na busca da excelência.

Ainda em relação aos níveis da acreditação, eles possuem os seguintes requisitos, conforme quadro a seguir:

Quadro 6 - Requisitos dos Níveis de Acreditação

Nível	Princípio	Requisitos
1	Segurança (Estrutura)	<ul style="list-style-type: none"> - habilitação do corpo funcional; - atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários; - estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas.
2	Organização (Processos)	<ul style="list-style-type: none"> - existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis e aplicados; - evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-sanitários; - evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.
3	Práticas de Excelência (Resultados)	<ul style="list-style-type: none"> - evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo geral e sistêmico; - utilização de sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados; - utilização de sistema de aferição da satisfação dos clientes (interno e externo) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

Fonte: adaptado de ONA (2003, p. 25-26).

Na lógica da acreditação pela metodologia ONA, não se avalia um serviço ou departamento de forma isolada. O propósito desse enfoque é reforçar o fato de que as estruturas e os processos do hospital são de tal forma interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final (ONA, 2003).

O Manual Brasileiro das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (2004) está dividido em seções e subseções. Nas seções, estão agrupados os serviços, setores ou unidades com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si (ver quadro 7). O princípio adotado é o da lógica sistêmica, com a existência de interação entre as seções, conforme figura a seguir:

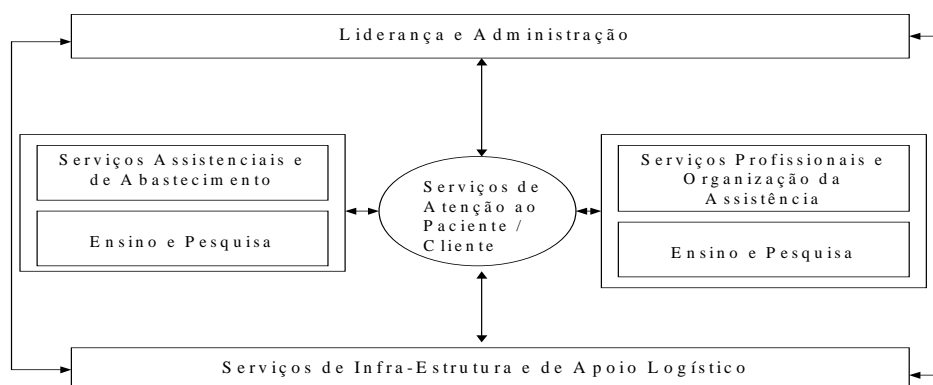


Figura 7 - Modelo Sistêmico da Organização de Saúde – ONA

Fonte: Adaptado de ONA (2003).

Quadro 7 – Relação das Seções e Subseções do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4ª edição

Seções	Subseções
Liderança e Administração	Direção e Liderança Gestão de Pessoas Gestão Administrativa e Financeira Gestão de Materiais e Suprimentos Gestão da Qualidade
Serviços Profissionais e Organização da Assistência	Corpo Clínico Enfermagem
Serviços de Atenção ao Paciente / Cliente	Internação Recepção, Transferência, Referência, Contra-Referência Atendimento Ambulatorial Emergência Centro Cirúrgico Anestesiologia Obstetrícia Neonatologia Tratamento Intensivo Hemoterapia Reabilitação Medicina Nuclear Radioterapia
Serviços de Apoio ao Diagnóstico	Laboratório Clínico Diagnóstico por Imagem Métodos Gráficos Anatomia Patológica

(continua)

Quadro 7 – Relação das Seções e Subseções do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4ª edição

(continuação)

Seções	Subseções
Serviços Assistenciais e de Abastecimento	Sistema de Informação do Paciente Prevenção e Controle de Infecções Assistência Farmacêutica Assistência Nutricional Central de Processamento de Roupas – Lavanderia Central de Processamento de Materiais e Esterilização Higiene Segurança e Saúde Ocupacional Serviço Social Materiais e Suprimentos
Serviços de Infra-Estrutura e Apoio Logístico	Gestão de Projetos Físicos Gestão de Estrutura Físico-Funcional Gestão de Manutenção Predial Gestão de Resíduos Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares Gestão da Segurança
Ensino e Pesquisa	Educação Continuada Ensino Pesquisa

Fonte: adaptado de ONA (2003).

As subseções tratam do escopo específico de cada serviço, setor ou unidade. Todas possuem o mesmo nível de importância, já que, para a organização ser acreditada, ela precisa atender a todos os padrões estabelecidos em todas as subseções do referido manual. Os padrões do Manual Brasileiro de Acreditação foram elaborados com base na existência de três níveis de complexidade crescente e cada padrão deve ser plenamente atendido para que o resultado global seja considerado como satisfatório (ONA, 2003). O não cumprimento de um deles repercute no não recebimento da certificação por parte da organização (ONA, 2003).

Esses padrões procuram avaliar os aspectos: estrutura, processo e resultado dentro de um único serviço, setor, unidade ou função. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de orientação, que permitem auxiliar na identificação do que se busca avaliar e na preparação das organizações prestadoras de serviços hospitalares para o processo de acreditação. Os itens de orientação apontam as fontes nas quais os avaliadores externos procuram as evidências objetivas ou o que a organização de saúde pode apresentar para indicar o modo como cumpre com os requisitos de um determinado padrão. Esses itens servem, portanto, de guia tanto para os avaliadores quanto para as organizações se prepararem para o processo de acreditação.

Segundo Pedrosa (2004), o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar é um

instrumento de avaliação voluntária de serviços hospitalares que merece destaque devido ao seu avanço em relação a instrumentos anteriores. Os principais pontos que revelam esse avanço são:

- a) o conteúdo adaptado à realidade brasileira, na busca de um alinhamento com a legislação vigente. Isso pôde ser feito através da parceira da ONA com a Anvisa. Os instrumentos de avaliação são flexíveis e se adaptam às diversas regiões do país, bem como a complexidade de cada organização;
- b) o instrumento é submetido à consulta pública antes da sua efetivação, o que permite a discussão e o envolvimento por parte da sociedade;
- c) é aplicável a qualquer modelo de organização hospitalar (privada ou pública);
- d) as entidades fundadoras e colaboradoras são representativas da sociedade civil e do poder público, portanto, com grande aceitação por todos os envolvidos;
- e) dá ênfase à estrutura, ao processo e ao resultado, considerando a importância dos indicadores e das práticas de gestão pela qualidade com impacto sistêmico na organização e na comunidade.

Como apresentado no quadro 7, existem diversas seções e subseções no Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (ONA, 2003). As subseções abaixo detalhadas foram escolhidas pelo grau de sua importância num processo de implantação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Descrevem-se as atividades que compõem cada uma delas. Em seguida, no quadro 8, apresentam-se as especificações dessas subseções, os seus requisitos e itens de orientação.

- a) direção e liderança: atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao desenvolvimento de políticas, direcionamento, planejamento estratégico e organização da sistemática de governo da organização;
- b) gestão de pessoas: atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde e segurança dos profissionais e trabalhadores;
- c) gestão de materiais e suprimentos: atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais e suprimentos;
- d) gestão da qualidade: atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, a melhoria da gestão e a política da qualidade;

- e) corpo clínico: equipe médica responsável pelo processo de internação do paciente e pela assistência contínua, desde a internação até a alta, 24 horas ao dia, que compreende o diagnóstico e a terapêutica, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão;
- f) enfermagem: equipe de enfermagem responsável pela assistência contínua ao paciente, desde a internação até a alta, 24 horas ao dia, que compreende a organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão;
- g) sistema de informação do paciente: conjunto de atividades destinadas à guarda, arquivamento, manutenção e recuperação das informações relativas ao cliente/paciente;
- h) assistência farmacêutica: conjunto de ações sistemáticas e contínuas que visam os procedimentos de assistência farmacêutica e de farmacovigilância;
- i) gestão de equipamentos médico-hospitalares: atividades destinadas à gestão do parque tecnológico da organização durante todo o seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, a aquisição, o recebimento, o teste de aceitação, a capacitação, a operação, a manutenção e a desativação dos equipamentos médico-hospitalares.

Quadro 8 – Relação de Subseções, Princípios e Requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4ª edição

Subseção	Padrão	Nível 1
Direção e Liderança	Princípio	Segurança (Estrutura)
	Requisitos/Itens de Orientação	Organizar os serviços previstos em lei.
	Padrão	Nível 2
	Princípio	Organização (Processos)
	Requisitos/Itens de Orientação	Implementar procedimentos que promovam a atualização e capacitação dos gestores com foco na gestão da qualidade: programa de capacitação e educação continuada, com evidências de melhorias. Reforçar a ação dos grupos de trabalho para melhorias dos processos de gestão da qualidade. Reforçar o sistema de indicadores para a melhoria dos processos gerenciais, evoluindo assim para os ciclos de melhoria de impacto sistêmico. Reforçar o método estruturado de comunicação da estratégia, que vise estabelecer o sistema de controle de medição do desempenho institucional. Registros que evidenciem a memória e a análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional.

(continua)

Quadro 8 – Relação de Subseções, Princípios e Requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4ª edição

(continuação)

Subseção	Padrão	Nível 2
Gestão de Pessoas	Princípio	Organização (Processos)
	Requisitos/Itens de Orientação	Definir programa institucional de capacitação das lideranças. Implementar as ações formais do programa de recrutamento, seleção, retenção e desenvolvimento de pessoas: programa de valorização das pessoas.
Subseção	Padrão	Nível 1
Gestão de Materiais e Suprimentos	Princípio	Segurança (Estrutura)
	Requisitos/Itens de Orientação	Gerenciamento dos critérios de seleção e de avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança.
Subseção	Padrão	Nível 2
Gestão da Qualidade	Princípio	Organização (Processos)
	Requisitos/Itens de Orientação	Manual de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados, disponíveis e aplicados. Implementar procedimentos que garantam a qualidade dos processos implantados. Definir critérios e estrutura para realização e acompanhamento das auditorias de primeira e segunda parte voltadas ao gerenciamento de riscos e documentos. Definir cadeia de valores entre fornecedores e clientes. Definir sistema para controle da documentação gerada na estruturação dos processos. Definir junto as diferentes áreas os indicadores de desempenho e qualidade, para busca de melhorias das metas institucionais.
Subseção	Padrão	Nível 1
Corpo Clínico	Princípio	Segurança (Estrutura)
	Requisitos/Itens de Orientação	Registros no prontuário de todos os atendimentos realizados. Prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.
	Padrão	Nível 2
	Princípio	Organização (Processos)
	Requisitos/Itens de Orientação	Definir o gerenciamento dos protocolos das patologias de maior prevalência.
	Padrão	Nível 3
	Princípio	Práticas de Excelência (Resultados)
	Requisitos/Itens de Orientação	Indicadores epidemiológicos utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial. Registros, atas, relatórios e estatísticas referentes às atividades de avaliação da qualidade da assistência, com série histórica.
Subseção	Padrão	Nível 1
Enfermagem	Princípio	Segurança (Estrutura)
	Requisitos/Itens de Orientação	Registros de Enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados. Procedimentos técnicos básicos para a execução das tarefas de Enfermagem.

(continua)

Quadro 8 – Relação de Subseções, Princípios e Requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares – 4ª edição

(continuação)

Subseção	Padrão	Nível 3
	Princípio	Práticas de Excelência (Resultados)
	Requisitos/Itens de Orientação	Análise e comparações utilizando sistema de informação baseado em dados e indicadores.
Sistema de Informação do Paciente	Padrão	Nível 1
Assistência Farmacêutica	Princípio	Segurança (Estrutura)
	Requisitos/Itens de Orientação	Critérios de seleção de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer medicamentos e materiais médico-hospitalares de acordo com os requisitos de segurança e legislação vigente. Especificação, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de medicamentos e materiais médico-hospitalares.
Subseção	Padrão	Nível 1
Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares	Princípio	Segurança (Estrutura)
	Requisitos/Itens de Orientação	Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança. Procedimentos para especificação, recebimento, instalação, operação, manutenção e descontinuidade (desativação) de equipamentos. Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos.

Fonte: adaptado de ONA (2003).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo são apresentados os elementos-chave da metodologia utilizada nesta dissertação.

4.1 MÉTODO DE PESQUISA

Para identificar o tipo de estudo aqui realizado, utilizou-se a classificação de Vergara (2003, p.46), em que há duas formas de qualificar uma pesquisa: quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, a presente pesquisa é classificada como exploratória e descritiva. Exploratória porque o estudo sobre o programa de acreditação hospitalar ainda é incipiente no Brasil e, principalmente no estado da Bahia, localização onde ela foi aplicada. Além disso, não se identificou, a princípio, a existência de estudos acadêmicos que abordassem o tema da dissertação, a posição das organizações hospitalares do referido estado em relação à acreditação. É uma pesquisa descritiva, porque visa discorrer sobre a posição das organizações hospitalares baianas em relação à acreditação, com o foco na forma como elas percebem esse processo e na caracterização de suas práticas, utilizando como referencial o modelo de acreditação. Quanto aos meios de investigação, é uma pesquisa de campo, também chamada *survey* ou levantamento (GIL, 1991; VERGARA, 2003), realizada nas organizações hospitalares do estado da Bahia. O estudo empírico verificou em hospitais que fazem parte da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia, a InovarH, e em outros fora da Rede, todos localizados no estado da Bahia, qual a posição dessas organizações em relação ao Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

A InovarH é composta por hospitais e centros educacionais de referência. No caso do estado da Bahia, o centro de referência é a Universidade Federal da Bahia, através das Escolas de Administração e Enfermagem e do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, em parceria com o Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia (Cefet). A missão do InovarH é “apoiar o desenvolvimento e a difusão de práticas inovadoras de gestão e aprendizagem em organizações hospitalares, fortalecendo a colaboração inter-organizacional dos hospitais do SUS no estado da Bahia” (INOVARH, 2006).

A escolha dos hospitais fora da Rede InovarH ocorreu em razão da facilidade de acesso da pesquisadora, ou de pessoas do seu conhecimento e confiança, a essas instituições.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica (ver capítulos 2 e 3) sobre o tema investigado. O detalhamento da construção do referencial teórico está no item 1.4 da Introdução. Posteriormente, desenvolveu-se a pesquisa empírica. Questionários elaborados especificamente para serem o instrumento de coleta de dados, para atender aos objetivos específicos da pesquisa foram respondidos pelos pesquisados. Foram elaborados dois questionários, um com enfoque estratégico, a ser respondido pelo gestor hospitalar, e outro com enfoque operacional, a ser respondido pelo gestor da organização hospitalar ou responsável pela área da qualidade. Houve o cuidado, na formulação das perguntas, com o seu ordenamento e com a linguagem utilizada, de modo a não gerar dúvidas para o pesquisado e facilitar a tabulação dos dados e a análise posterior. Em sua maioria (84%), esses questionários foram respondidos sem a presença do pesquisador, mas foi necessária a sua presença durante o preenchimento dos mesmos em alguns casos (16%). Isso para evitar que algumas questões deixassem de ser respondidas. É importante frisar que não houve qualquer interferência do pesquisador nas respostas concedidas. Todos os dados que compuseram a pesquisa foram extraídos a partir dos questionários.

O questionário elaborado para ser respondido pelo gestor da organização hospitalar estava composto de vinte e quatro perguntas, sendo vinte e uma fechadas, duas abertas e uma fechada com espaço para comentários. O outro questionário, para ser respondido pelo gestor da organização hospitalar ou responsável pela área da qualidade, estava composto de trinta e sete perguntas, sendo trinta e seis fechadas e uma aberta. Os dois questionários tiveram duas partes: uma parte com a caracterização do hospital e outra com a caracterização da acreditação hospitalar.

Em relação ao questionário com enfoque estratégico, a parte de caracterização do hospital foi composta de perguntas que buscaram configurar o perfil das organizações hospitalares participantes, com oito perguntas fechadas (natureza jurídica, natureza da

assistência, número de leitos, número total de funcionários, data da fundação, corpo clínico, certificados de qualidade e conhecimento e estágio do programa de acreditação), além da coleta dos dados de identificação do entrevistado e da organização. Em relação ao questionário com enfoque operacional, a parte de caracterização do hospital foi composta exclusivamente do nome do hospital e dados de identificação do entrevistado. A parte de caracterização da acreditação hospitalar foi dividida em perguntas fechadas e perguntas abertas. As perguntas fechadas possuem escalas baseadas na técnica de Likert. Elas foram apresentadas como afirmativas junto a proposições com os valores 5, 4, 3, 2, 1, que correspondem, respectivamente, às categorias: concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente, discordo totalmente. Desse modo, permitia-se ao pesquisado indicar o seu grau de concordância ou discordância, em relação a cada variável estudada.

Para conseguir atingir o seu objetivo, que era identificar as práticas que ocorrem dentro das organizações hospitalares e conhecer a percepção dos gestores em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar, a elaboração das perguntas fechadas baseou-se em duas orientações: as categorias de análise usadas na metodologia de acreditação da ONA. (ver Apêndice A) e as possíveis dificuldades e benefícios em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar. As categorias foram definidas da seguinte forma: foram identificadas as dificuldades na implantação de programas de qualidade, mencionadas por diversos autores, e depois classificadas conforme abordagem de Donabedian de avaliação da qualidade (Estrutura, Processo e Resultados). A partir daí, foi estabelecida uma relação entre alguns requisitos/itens de orientação selecionados nas subseções do Manual de Acreditação e as principais dificuldades. Em seguida, foram elaboradas perguntas relacionadas a estes requisitos/itens de orientação. A partir das respostas dos pesquisados, pretendia-se identificar o grau em que elas se aproximavam dos requisitos da acreditação para descobrir se estes se tornariam dificuldades para a implantação. Esta parte foi subdividida de acordo com as possíveis dificuldades conforme quadro a seguir:

Quadro 9 - Relação Dificuldades x Afirmativas dos Questionários de Pesquisa

Dificuldade (Apêndice A)	Afirmativas (Apêndice C)
Autoritarismo e Corporativismo	Forma de gestão
Não envolvimento da alta direção	Alta Direção
Resistência dos Médicos	Envolvimento dos Médicos
Processo precariamente estabelecido, com ausência de procedimentos pré-definidos	Gestão de Processos
Hiperespecialização das diversas categorias de saúde, dificultando a interligação entre processos	Interligação entre processos
Falta de formação do pessoal envolvido Desinteresse no nível gerencial	Gerenciamento de RH / Envolvimento do nível gerencial
Mensuração de resultados	Mensuração de Resultados
Enxergar os retornos financeiros	Retornos Financeiros

Fonte: adaptação da autora.

Por fim, as perguntas abertas foram elaboradas com o intuito de se ter uma visão abrangente do pesquisado quanto à sua opinião em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar (pergunta contida apenas no questionário com enfoque estratégico com espaço para comentários adicionais). Essas perguntas foram importantes para consolidação das informações relativas ao objetivo específico de identificar como as organizações percebem a acreditação.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo da pesquisa foi constituído por 39 organizações hospitalares que fazem parte da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia, o InovarH, e outras organizações hospitalares fora da Rede, todas localizadas no estado da Bahia. A escolha desse universo decorreu da necessidade de um estudo que enfocasse a posição dos hospitais em relação à acreditação, que é um programa específico para serviços da área de saúde. No sentido de se obter um conhecimento mais amplo, detalhado e preciso, optou-se por um levantamento que abrangesse um grupo significativo de hospitais dentro do universo de organizações hospitalares do estado da Bahia.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2006) (ver tabela 5), há 516 hospitais no estado da Bahia, 60 na cidade de Salvador, considerando-se apenas os hospitais com natureza de assistência geral e especializado. O foco da pesquisa foi direcionado para os hospitais participantes da Rede InovarH, que contém 23 hospitais, e para hospitais fora da rede. Conforme a possibilidade de acesso do pesquisador, o número de hospitais não pertencentes à rede chegou a 16. No total, foram 39 hospitais participantes da pesquisa (ver

tabela 6). Ainda que não tenha sido possível obter respostas da totalidade das organizações participantes da pesquisa (ver anexo A), uma parcela significativa do universo estudado atendeu às solicitações da pesquisadora.

Conforme exposto na tabela 7, a amostra envolveu 25 organizações hospitalares localizadas nas cidades de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica, correspondendo a 39% do número de hospitais existentes e 64% em relação ao universo da pesquisa (39 hospitais). Foram recebidos 25 questionários com enfoque estratégico e 24 questionários com enfoque operacional.

Tabela 5 - Número de hospitais existentes x número de hospitais acreditados

Região	Número de hospitais existentes	Número de hospitais acreditados
Brasil	6701	69
Bahia (hospital especializado e hospital geral)	516	2
Salvador (hospital especializado e hospital geral)	60	2
Lauro de Freitas (hospital geral)	3	0
Itaparica (hospital geral)	1	0

Fonte: adaptado de Organização Nacional de Acreditação (2006) e de Ministério da Saúde (2006).

Tabela 6 – Percentual de participação de hospitais na pesquisa em relação à totalidade

	N Hospitais existentes (Qt.)	N Hospitais que respondeu à pesquisa (Qt.)	Percentual de participação de hospitais na pesquisa
Bahia	516	25	4,8%
Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica	64	25	39%

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2006).

Tabela 7 - Percentual de questionários respondidos

Hospitais	Universo		Questionários recebidos		Questionários não recebidos		Questionários recusados	
	(Qt.)	(%)	(Qt.)	(%)	(Qt.)	(%)	(Qt.)	(%)
Hospitais da Rede InovarH	23	100%	11	48%	11	48%	1	4%
Hospitais Fora da Rede InovarH	16	100%	14	88%	0	0%	2	13%
Total	39	100%	25	64%	11	28%	3	8%

Fonte: elaborado pela autora.

4.3 COLETA DE DADOS

Antes da aplicação do teste piloto e da aplicação definitiva, os questionários foram cuidadosamente analisados por professores e profissionais gestores de organizações hospitalares, para verificar a sua confiabilidade e validade, principalmente quanto aos aspectos de clareza, legibilidade, adequação e formato. Após a fase inicial de ajustes, foi feito o teste piloto em uma organização hospitalar participante do universo estudado. Essa organização piloto é uma das 25 integrantes da pesquisa. As propostas de alterações foram discutidas com a pesquisadora e as alterações necessárias foram efetuadas antes da aplicação definitiva.

Os questionários preliminares transformaram-se em questionários definitivos e suas aplicações serviram para verificar a posição das organizações hospitalares em relação à acreditação. O questionário com enfoque estratégico foi direcionado para os gestores das organizações hospitalares e o questionário com enfoque operacional foi direcionado para os gestores das organizações hospitalares ou representantes da área de qualidade. Nessa fase de coleta de dados, como já foi mencionado, foram encaminhados 78 questionários, ou seja, 39 questionários com enfoque estratégico e 39 questionários com enfoque operacional.

Foi elaborada uma carta de apresentação do questionário (ver apêndice B) contendo as informações sobre o caráter da pesquisa, o propósito do estudo, a utilização dos resultados, a liberdade de participação ou a recusa sem quaisquer sanções por parte da instituição e a garantia do anonimato. Assegurou-se também o sigilo absoluto sobre as respostas coletadas. Todos os dados foram tabulados de forma consolidada, sem a identificação individual das organizações pesquisadas. No que se refere à Rede InovarH, houve uma aprovação formal por parte de sua Coordenação. A realização da pesquisa junto aos hospitais participantes da rede foi devidamente autorizada. Além disso, o projeto de pesquisa, anteriormente, havia sido aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Português, conforme solicitação da Rede InovarH, em obediência à Portaria nº.196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os questionários foram enviados por e-mail. Alguns foram entregues pessoalmente, juntamente com a carta de apresentação. Junto aos questionários entregues pessoalmente, foi encaminhada também uma carta assinada pela Coordenação do Mestrado em Administração Estratégica da Unifacs, assegurando a confiabilidade da pesquisa acadêmica.

Houve um processo de acompanhamento do recebimento dos questionários via e-mail e telefone. Alguns foram recebidos por e-mail e outros, pessoalmente. Em algumas

organizações, a pesquisadora esteve presente durante o preenchimento do questionário, por solicitação dos próprios gestores dessas organizações. O período entre o envio das informações e o recebimento das respostas durou cerca de 50 dias, após o que foi encerrado o processo de recebimento dos questionários para que tabulação dos dados tivesse início.

4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Após a devolução de todos os questionários enviados, foram feitos os trabalhos de tabulação e elaboração de quadros e estatísticas para as análises, interpretações e conclusões de caráter indutivo. Para evitar a interferência da análise por parte da pesquisadora, a tabulação dos dados quantitativos e qualitativos foi efetuada por outra pessoa, conforme orientações da pesquisadora. Dessa forma, a pesquisadora não teve o conhecimento das respostas individuais de cada organização.

Os dados dos questionários estratégico e operacional foram tabulados; tanto os dados de identificação da organização, quanto os dados de identificação do entrevistado. A partir dessa tabulação, foram criadas as tabelas de frequência. Para cada pergunta do questionário, foi construída uma tabela de frequência. Posteriormente, foram feitos cruzamentos entre as perguntas e os dados de identificação da organização e entre duas perguntas diferentes que mereciam ser analisadas em conjunto.

Após tabulação estatística de todos os dados de frequência e da realização dos cruzamentos, foi feita a análise dos dados qualitativos, respondidos nas perguntas abertas e no comentário de uma das perguntas fechadas. Foram listados os comentários feitos que, de acordo com o objetivo do trabalho, mereceram destaque.

Para concluir, foi feito um resumo da análise dos resultados da primeira parte do levantamento (percepção das organizações em relação ao programa de acreditação), considerando as respostas cujo somatório das categorias “concordo totalmente” e “concordo parcialmente” ficou acima de 50% (em relação às dificuldades). Essa análise visou identificar as possíveis dificuldades que interfeririam na busca por um programa de acreditação. Também foi feito um resumo da análise da segunda parte (caracterizar as práticas de gestão hospitalar, utilizando o modelo de acreditação), considerando a média aritmética das respostas relacionadas às categorias de análise. Os resultados individuais das perguntas que deram abaixo de 50% também foram analisados como possíveis fragilidades.

Os questionários recebidos foram arquivados e guardados pelo pesquisador para assegurar o seu sigilo.

4.5 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO MÉTODO E DA TÉCNICA APLICADA

De acordo com Vergara (2003) e Gil (1991), todo método e toda técnica de pesquisa apresentam vantagens e limitações. As principais vantagens do método e da técnica escolhidos para esta pesquisa são a agilidade do processo com economia de tempo, a questão de deslocamento geográfico, maior liberdade nas respostas, pelo fato do anonimato, e a existência de menores riscos de distorções.

As principais limitações do método e da técnica empregada nesta pesquisa são: os questionários podem não ser recebidos pelos gestores ou pode ocorrer um percentual pequeno de retorno dos mesmos. Neste trabalho, o fato de a pesquisadora ter contato direto com as instituições fez com que o retorno fosse satisfatório. Outro aspecto é que esse tipo de pesquisa obtém dados referentes à percepção das pessoas, o que, por ser subjetivo, pode levar a análises distorcidas.

5 POSIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO À ACREDITAÇÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados que permitiram verificar o significado do Programa Brasileiro de Acreditação para os Hospitais localizados nas cidades de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica, no estado da Bahia. Em relação às práticas de gestão hospitalar, estão relatadas as análises qualitativas e quantitativas das respostas abertas e fechadas do questionário utilizado para o levantamento (*survey*) realizado.

5.1 UNIVERSO E AMOSTRA ANALISADA

As organizações participantes da pesquisa estão localizadas na Grande Salvador (cidade de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica), no estado da Bahia, e possuem a caracterização a seguir:

Tabela 8 - Natureza jurídica

Natureza jurídica	OPÇÕES	N	%
	Público federal	1	4
	Público estadual	5	20,0
	Privado com finalidade lucrativa	10	40,0
	Privado sem finalidade lucrativa	1	4,0
	Privado filantrópico	8	32,0
Total		25	100,0

Tabela 9 - Data de fundação

Data de fundação	OPÇÕES	N	%
	Até 5 anos	2	8,0
	De 6 a 15 anos	6	24,0
	De 16 a 30 anos	3	12,0
	De 31 a 50 anos	7	28,0
	Mais de 50 anos	7	28,0
Total		25	100,0

Tabela 10 - Natureza da assistência

Natureza da assistência	OPÇÕES	N	%
	Geral	7	28,0
	Geral com especialidades	7	28,0
	Especializado	11	44,0
Total		25	100,0

Tabela 11 - Número de leitos

Número de leitos	OPÇÕES	N	%
	Até 50	5	20,0
	De 51 a 150	13	52,0
	De 151 a 500	6	24,0
	Acima de 500	1	4,0
Total		25	100,0

Tabela 12 – Número total de funcionários

Número total de funcionários	OPÇÕES	N	%
	Até 500	16	64,0
	De 501 a 1000	4	16,0
	De 1001 a 2000	2	8,0
	Mais de 2000	2	8,0
	Não informou	1	4,0
Total		25	100,0

A partir da leitura das tabelas 8, 9, 10 e 11, pode-se conhecer o perfil das organizações hospitalares participantes da pesquisa, em relação às características dos hospitais, descritas no Quadro 2. Quanto à natureza jurídica, percebe-se que há maior representatividade de hospitais privados (76%), sendo 40% privado com finalidade lucrativa, 32% privado filantrópico e 4% privado sem finalidade lucrativa. 24% dos hospitais são públicos, sendo que 20% constituem-se de instituições estaduais e 4% são federais. Quanto à natureza da assistência, 44% são de instituições estaduais e 4% são federais. Quanto à natureza da assistência, 44% são

especializados, 28% são gerais com especialidades e 28% são gerais. Quanto ao tempo de existência, 56% possuem mais de 30 anos (28% possuem mais de 50 anos, 28% possuem entre 31 e 50 anos). Quanto à sua capacidade ou lotação, 20% dos hospitais são de pequeno porte; 52%, de médio porte; 24%, de grande porte e 4%, de porte extra ou especial. Com relação ao número de funcionários das organizações hospitalares pesquisadas (conforme mostra a tabela 12), 64% possuem até 500 funcionários, sendo que o menor número encontrado foi 92 e o maior número, 2200.

Todos esses dados são de extrema relevância, na medida em que refletem a participação de organizações hospitalares de realidades diferentes: com recursos próprios e recursos financiados, com tamanhos diferenciados, e, conseqüentemente, com grau diferenciado de dificuldades.

Quanto ao perfil dos respondentes do questionário com enfoque estratégico (tabela 13), os 25 participantes possuem as mais variadas formações acadêmicas, com predominância para os cursos de medicina e administração. No que tange a opção Outros, observa-se a participação de diferentes formações: advogado, economista, filósofo. No que se refere ao perfil dos respondentes do questionário operacional (tabela 14), a predominância também está relacionada aos cursos de medicina e administração. A opção Outros tem o mesmo perfil do questionário estratégico. Conforme as informações das tabelas 13 e 14, percebe-se a presença forte de profissionais da área de saúde assumindo a administração da organização hospitalar (36%). Vale ressaltar que há um percentual significativo de profissionais da área de negócios empresariais assumindo a gestão hospitalar (64%). A percepção que os respondentes tiveram sobre o Programa de Acreditação Hospitalar reflete esse perfil.

Tabela 13 - Formação (questionário estratégico)

Formação	OPÇÕES	N	%
	Médico	9	36,00
	Outros	10	40,00
	Administração	6	24,00
Total		25	100,0

Tabela 14 - Formação (questionário operacional)

Formação	OPÇÕES	N	%
	Médico	6	25,0
	Enfermeiro	2	8,3
	Administração	5	20,8
	Outros	11	45,8
Total		24	100,0

Quanto aos cargos do contato, conforme as tabelas 15 e 16 mostram, verifica-se um comprometimento no atendimento aos requisitos da pesquisa quanto ao perfil dos respondentes. O questionário estratégico foi respondido, na sua maioria (64%), pelo gestor da organização hospitalar, enquanto que o questionário operacional foi respondido na sua maioria (45,8%) pelo gestor da organização hospitalar e 16,7%, pelo responsável pela área de qualidade.

Tabela 15 - Cargo do contato (questionário estratégico)

Cargo do contato	OPÇÕES	N	%
	Não informou	1	4,0
	Qualidade	2	8,0
	Diretoria/presidência	16	64,0
	Gerência	1	4,0
	Gestor/ <i>controller</i> /coordenador	2	8,0
	Outros	3	12,0
Total		25	100,0

Tabela 16 - Cargo do contato (questionário operacional)

Cargo do contato	OPÇÕES	N	%
	Qualidade	4	16,7
	Diretoria/presidência	11	45,8
	Gestor/ <i>controller</i> /coordenador	5	20,8
	Outros	4	16,7
Total		24	100,0

Conforme se pode constatar na tabela 17, quando feita a pergunta sobre quais certificados de qualidade o hospital possuía, 76% não informaram ou não possuem. 8% possuem o certificado de Acreditação Hospitalar, 8% possuem o certificado ISO 9001:2000 e 8% se enquadram na opção Outros. Dos 8% que possuem o certificado de Acreditação Hospitalar, 4% são privados com finalidade lucrativa (com início em 2004) e 4% são privados filantrópicos (2005), conforme a tabela 18 apresenta. Isso demonstra que apenas uma minoria dos hospitais possui sistemas de gestão, que estes se concentram no setor privado e que o processo é bastante recente. Apesar disso, sobre a questão do conhecimento e estágio do Programa de Acreditação Hospitalar, 68% já consideraram a possibilidade de acreditação, conforme se pode constatar na tabela 19; sendo 20% do setor público e 48% do setor privado, conforme mostra a tabela 20. 16% estão em processo de acreditação, o que representa um percentual baixo em relação à totalidade, 8% possuem o certificado e apenas 8% não

consideraram a possibilidade de obtê-lo. Isso leva a crer que, apesar de apenas 8% terem o certificado de acreditação hospitalar, 84% têm o interesse pelo assunto.

Tabela 17 - Quais certificados de qualidade o hospital possui

Quais certificados de qualidade o hospital possui	OPÇÕES	N	%
	Acreditação Hospitalar	2	8,0
	ISO 9001:2000	2	8,0
	Outros	2	8,0
	Não informou ou não possui	19	76,0
Total		25	100,0

Tabela 18 - Quais certificados de qualidade o hospital possui x natureza jurídica

		Natureza jurídica					Total
		Público federal	Público estadual	Privado com finalidade lucrativa	Privado sem finalidade lucrativa	Privado filantrópico	
Quais certificados de qualidade o hospital possui	Acreditação hospitalar	N 0	0	1	0	1	2
		% 0,0	0,0	4,0	0,0	4,0	8,0
	ISO9001:2000	N 0	0	0	0	2	2
		% 0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	8,0
	Outros	N 1	1	0	0	0	2
		% 4,0	4,0	0,0	0,0	0,0	8,0
	Não informou ou não possui	N 0	4	9	1	5	19
		% 0,0	16,0	36,0	4,0	20,0	76,0
Total		N 1	5	10	1	8	25
		% 4,0	20,0	40,0	4,0	32,0	100,0

Tabela 19 - Conhecimento e estágio do Programa de Acreditação Hospitalar

Conhecimento e estágio do programa de acreditação hospitalar	OPÇÕES	N	%
	A organização não considerou a possibilidade de acreditação	2	8,0
	A organização considerou a possibilidade de acreditação	17	68,0
	A organização iniciou e está em processo de acreditação	4	16,0
	A organização está com o certificado de acreditação	2	8,0
Total		25	100,0

Tabela 20 - Conhecimento e estágio do programa de acreditação hospitalar x natureza jurídica

			Natureza jurídica					Total
			Público federal	Público estadual	Privado com finalidade lucrativa	Privado sem finalidade lucrativa	Privado Filantrópico	
Conhecimento e estágio do programa de acreditação hospitalar	A organização não considerou a possibilidade de acreditação	N	0	1	0	0	1	2
		%	0,0	4,0	0,0	0,0	4,0	8,0
	A organização considerou a possibilidade de acreditação	N	1	4	7	1	4	17
		%	4,0	16,0	28,0	4,0	16,0	68,0
	A organização iniciou e está em processo de acreditação	N	0	0	2	0	2	4
		%	0,0	0,0	8,0	0,0	8,0	16,0
	A organização está com o certificado de acreditação	N	0	0	1	0	1	2
		%	0,0	0,0	4,0	0,0	4,0	8,0
Total	N	1	5	10	1	8	25	
	%	4,0	20,0	40,0	4,0	32,0	100,0	

5.2 PERCEPÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO AO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A partir da análise dos dados obtidos com a pesquisa, este tópico relata como as organizações hospitalares pesquisadas percebem o Programa de Acreditação Hospitalar e aponta quais as possíveis dificuldades e os benefícios da implantação desse programa. Também são relatados os comentários feitos pelos gestores hospitalares e representantes da qualidade nas perguntas abertas dos questionários estratégico e operacional.

Percebe-se, conforme dados expostos nas tabelas 19 e 21, que 68% dos respondentes já consideraram a possibilidade de acreditação, mas apenas 36% conhecem totalmente o programa. 40% desconhecem parcial ou totalmente, 12% são indiferentes e 12% conhecem parcialmente o programa. Dos 40% que desconhecem o programa, 4% são do setor público e 36%, do setor privado (ver tabela 22). Isso leva a crer que, apesar de os respondentes já terem ouvido falar sobre o programa, não tiveram a oportunidade de compreendê-lo a ponto de decidir pela sua implementação, já que apenas 8% possuem o certificado de Acreditação Hospitalar. Outra constatação é a de que o processo de capacitação da Sesab junto aos hospitais públicos tem permitido aos mesmos obterem essas informações sobre o programa de qualidade.

Tabela 21 - Falta de conhecimento do programa de qualidade

Falta de conhecimento do programa de qualidade	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	9	36,0
	Discordo parcialmente	3	12,0
	Indiferente	3	12,0
	Concordo parcialmente	7	28,0
	Concordo totalmente	3	12,0
Total		25	100,0

Tabela 22 - Falta de conhecimento do programa de qualidade x natureza jurídica

		Natureza jurídica					Total	
			Público federal	Público estadual	Privado com finalidade lucrativa	Privado sem finalidade lucrativa	Privado Filantrópico	
Falta de conhecimento do programa de qualidade	Discordo totalmente	N	0	3	4	1	1	9
		%	0,0	12,0	16,0	4,0	4,0	36,0
	Discordo parcialmente	N	0	1	0	0	2	3
		%	0,0	4,0	0,0	0,0	8,0	12,0
	Indiferente	N	1	0	1	0	1	3
		%	4,0	0,0	4,0	0,0	4,0	12,0
	Concordo parcialmente	N	0	1	3	0	3	7
		%	0,0	4,0	12,0	0,0	12,0	28,0
	Concordo totalmente	N	0	0	2	0	1	3
		%	0,0	0,0	8,0	0,0	4,0	12,0
	Total	N	1	5	10	1	8	25
		%	4,0	20,0	40,0	4,0	32,0	100,0

Observa-se, na tabela 23, que 52% dos respondentes informam que a alta administração reconhece os possíveis benefícios do Programa de Acreditação Hospitalar, mas que 36% concordam, parcial ou totalmente, quanto à ausência do reconhecimento desse setor em relação aos benefícios do processo de acreditação. Comparando este resultado com as categorias de análise, percebe-se que, apesar de um percentual considerável expressar a falta da cultura em implantação de sistemas de gestão, há envolvimento da alta direção nesse sentido.

Tabela 23 - Falta de reconhecimento por parte da alta administração sobre os benefícios do programa de qualidade

Falta de reconhecimento por parte da alta administração sobre os benefícios do programa de qualidade	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	13	52,0
	Discordo parcialmente	2	8,0
	Indiferente	1	4,0
	Concordo parcialmente	5	20,0
	Concordo totalmente	4	16,0
Total		25	100,0

Ao se analisar as possíveis dificuldades na implantação do Programa de Acreditação Hospitalar, percebe-se que o custo é um fator relevante, conforme se pode observar na tabela 24. 28% concordam totalmente e 32% concordam parcialmente que o custo interfere na implantação do programa. Desses 60%, 56% são hospitais do setor privado e 4% do setor público (ver tabela 25). Isso pode ser um indicador para explicar o pequeno percentual de hospitais acreditados atualmente (8%, conforme tabela 17) em relação ao número de hospitais participantes da pesquisa e ao percentual de hospitais que estão em processo de acreditação (16%, conforme tabela 19). Em relação aos hospitais acreditados (ver tabela 26), 50% discordam parcialmente e 50% concordam parcialmente que os custos para implantação do processo de acreditação sejam elevados.

Tabela 24 - Custo elevado na implementação de programa de qualidade

Custo elevado na implementação de programa de qualidade	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,0
	Discordo parcialmente	4	16,0
	Indiferente	2	8,0
	Concordo parcialmente	8	32,0
	Concordo totalmente	7	28,0
	Abstenções	1	4,0
Total		25	100,0

Tabela 25 - Custo elevado na implementação de programa de qualidade x natureza jurídica

		Natureza jurídica					Total	
		Público federal	Público estadual	Privado com finalidade lucrativa	Privado sem finalidade lucrativa	Privado filantrópico		
Custo elevado na implementação de programa de qualidade	Discordo totalmente	N	0	1	2	0	0	3
		%	0,0	4,0	8,0	0,0	0,0	12,0
	Discordo parcialmente	N	0	3	0	0	1	4
		%	0,0	12,0	0,0	0,0	4,0	16,0
	Indiferente	N	0	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	8,0
	Concordo parcialmente	N	0	0	5	1	2	8
		%	0,0	0,0	20,0	4,0	8,0	32,0
	Concordo totalmente	N	1	0	3	0	3	7
		%	4,0	0,0	12,0	0,0	12,0	28,0
Abstenções	N	0	1	0	0	0	1	
	%	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	4,0	
Total	N	1	5	10	1	8	25	
	%	4,0	20,0	40,0	4,0	32,0	100,0	

Tabela 26 - Custo elevado na implementação de programa de qualidade x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
Custo elevado na implementação de programa de qualidade	Discordo totalmente	N	1	0	0	2	3
		%	4,0	0,0	0,0	8,0	12,0
	Discordo parcialmente	N	0	0	1	3	4
		%	0,0	0,0	4,0	12,0	16,0
	Indiferente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,0	8,0
	Concordo parcialmente	N	1	1	0	6	8
		%	4,0	4,0	0,0	24,0	32,0
	Concordo totalmente	N	0	1	1	5	7
		%	0,0	4,0	4,0	20,0	28,0
Abstenções	N	0	0	0	1	1	
	%	0,0	0,0	0,0	4,0	4,0	
Total	N	2	2	2	19	25	
	%	8,0	8,0	8,0	76,0	100,0	

Observa-se, a partir dos dados da tabela 27, que 56% acreditam que o corpo gerencial apoiaria a implantação do processo de acreditação, mas 44% entendem que esse aspecto seria um empecilho. Uma das categorias de análise da pesquisa é a falta de envolvimento do corpo

gerencial. Os resultados demonstram que esse aspecto pode representar um entrave na implantação de processo de acreditação.

Tabela 27 - Falta de envolvimento do corpo gerencial

Falta de envolvimento do corpo gerencial	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	9	36,0
	Discordo parcialmente	5	20,0
	Concordo parcialmente	8	32,0
	Concordo totalmente	3	12,0
Total		25	100,0

Conforme mostra a tabela 28, 52% concordam – 16% totalmente e 36% parcialmente – que há uma discrepância entre a realidade atual e o que é exigido no programa acreditação e que essa disparidade se torna um aspecto a ser considerado na decisão de iniciar o processo de acreditação, uma vez que isso irá envolver mais investimentos e mudança cultural. Já 12% discordam totalmente e 28%, parcialmente que essa discrepância exista; portanto, 40% dos entrevistados não consideram as suas práticas de gestão tão distantes do exigido no processo de acreditação, conforme mostra a tabela 28. Isso leva a crer que a decisão de adotar ou não o programa pode estar relacionada a facilidades ou dificuldades, respectivamente, para a sua manutenção ou por uma decisão estratégica.

Tabela 28 - Discrepância da realidade atual em relação ao exigido no programa de qualidade

Discrepância da realidade atual em relação ao exigido no programa de qualidade	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,0
	Discordo parcialmente	7	28,0
	Indiferente	2	8,0
	Concordo parcialmente	9	36,0
	Concordo totalmente	4	16,0
Total		25	100,0

Uma das categorias de análise usadas nesta pesquisa foi “enxergar os resultados financeiros”, o que está relacionado à ansiedade dos dirigentes por resultados imediatos. Conforme se observa na tabela 29, 44% discordam que o tempo decorrido até a obtenção dos resultados se constitua um obstáculo, ou seja, a perspectiva de resultados em longo prazo não representa uma dificuldade. Já 24% foram indiferentes e 24% concordam. Pode-se concluir

que o percentual de indiferentes é relevante e que isso pode estar relacionado à falta de conhecimento do tempo que leva um processo de acreditação.

Tabela 29 - Tempo decorrido até a obtenção dos resultados

Tempo decorrido até a obtenção dos resultados	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	6	24,0
	Discordo parcialmente	5	20,0
	Indiferente	6	24,0
	Concordo parcialmente	4	16,0
	Concordo totalmente	2	8,0
	Abstenções	2	8,0
Total		25	100,0

Outros aspectos possíveis de serem vistos como dificuldades na implantação do programa de acreditação foram questionados: resistência dos funcionários (60% discordam) e falta de condições mínimas de recursos materiais e humanos (64% discordam) (tabelas 30 e 31).

Tabela 30 - Resistência dos funcionários

Resistência dos funcionários.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	9	36,0
	Discordo parcialmente	6	24,0
	Indiferente	5	20,0
	Concordo parcialmente	4	16,0
	Concordo totalmente	1	4,0
Total		25	100,0

Tabela 31 - Falta de condições mínimas de recursos materiais e humanos

Falta de condições mínimas de recursos materiais e humanos.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	9	36,0
	Discordo parcialmente	7	28,0
	Indiferente	1	4,0
	Concordo parcialmente	5	20,0
	Concordo totalmente	2	8,0
	Abstenções	1	4,0
Total		25	100,0

Em relação aos benefícios do programa de acreditação, de uma forma geral, os respondentes apontaram muitos benefícios na implantação do programa, mostrando como os

gestores têm a percepção da sua importância para a busca de melhorias nas práticas de gestão e, conseqüentemente, na qualidade da assistência médico-hospitalar. Na visão de 52% dos respondentes (com concordância total), um possível benefício é a maior regulamentação do setor de saúde. 24% concordam parcialmente e 4% discordam totalmente (ver tabela 32). Ao se fazer a classificação quanto à natureza jurídica, percebe-se que 16% do setor público e 36% do setor privado concordam totalmente que a maior regulamentação do setor de saúde é um possível benefício na implantação do programa de acreditação (ver tabela 33).

Tabela 32 - Maior regulamentação do setor de saúde

Maior regulamentação do setor de saúde	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,0
	Discordo parcialmente	2	8,0
	Indiferente	3	12,0
	Concordo parcialmente	6	24,0
	Concordo totalmente	13	52,0
Total		25	100,0

Tabela 33 - Maior regulamentação do setor de saúde x natureza jurídica

		Natureza jurídica					Total	
		Público federal	Público estadual	Privado com finalidade lucrativa	Privado sem finalidade lucrativa	Privado filantrópico		
Maior regulamentação do setor de saúde	Discordo totalmente	N	0	0	1	0	0	1
		%	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	4,0
	Discordo parcialmente	N	0	0	1	0	1	2
		%	0,0	0,0	4,0	0,0	4,0	8,0
	Indiferente	N	0	2	0	0	1	3
		%	0,0	8,0	0,0	0,0	4,0	12,0
	Concordo parcialmente	N	0	0	4	0	2	6
		%	0,0	0,0	16,0	0,0	8,0	24,0
	Concordo totalmente	N	1	3	4	1	4	13
		%	4,0	12,0	16,0	4,0	16,0	52,0
Total	N	1	5	10	1	8	25	
	%	4,0	20,0	40,0	4,0	32,0	100,0	

Assim, pode-se concluir que o programa é visto de forma favorável no que se refere à melhoria do setor de saúde.

Esse pensamento reflete as iniciativas que a Anvisa e a Sesab têm realizado no mercado de serviços de saúde quanto à exigência de controles relativos à segurança ao paciente e ao colaborador, através de visitas sistemáticas de avaliação nas instituições de

saúde e do assessoramento de práticas de gestão da qualidade junto aos hospitais públicos. Vale ressaltar que 52% dos respondentes acreditam na importância do programa de qualidade como fator regulador no mercado de serviços de saúde. Este é um dado significativo, pois apesar de ele ter um caráter voluntário, não ser obrigatório por lei, essa obrigatoriedade poderá ocorrer na medida em que ele passe a se constituir uma exigência das partes interessadas como, por exemplo, dos compradores de serviço e clientes.

Quanto à participação dos planos de saúde como fator impulsionador do processo de acreditação – na medida em que estes poderiam adotar práticas diferenciadas junto aos prestadores de serviço –, 24% concordam totalmente que eles adotem essas práticas diferenciadas em relação aos hospitais que possuam o certificado de acreditação hospitalar e 16% concordam parcialmente (ver tabela 34). Já 24% discordam e 36% foram indiferentes. Isso leva a crer que muitas instituições desconhecem até que ponto o plano de saúde irá incentivar que tal prática aconteça. A evolução histórica dos hospitais demonstra que estes não possuem uma cultura em adotar programas de qualidade como foco na melhoria das práticas de gestão. A partir do resultado apresentado, pode-se concluir que a exigência do mercado poderia estimular as instituições de saúde a encontrarem ferramentas de gestão institucional que contribuíssem para a busca permanente da qualidade da assistência médico-hospitalar.

Tabela 34 - Aumento do poder, imposições e pressão dos planos de saúde

Aumento do poder, imposições e pressão dos planos de saúde	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	5	20,0
	Discordo parcialmente	1	4,0
	Indiferente	9	36,0
	Concordo parcialmente	4	16,0
	Concordo totalmente	6	24,0
Total		25	100,0

A partir dos dados da tabela 35, pode-se inferir também a importância que os prestadores de serviço têm dado ao papel do Ministério da Saúde na busca por melhorias na gestão do setor. Em relação a esse aspecto, 44% dos respondentes concordam totalmente e 32%, parcialmente, o que perfaz um total de 76% de concordância. Houve apenas 12% de discordância. O Ministério da Saúde já reconheceu a ONA como sendo a organização responsável pelo Programa Brasileiro de Acreditação. Esses dados indicam que há a

necessidade de uma maior participação do Ministério da Saúde junto ao desenvolvimento do programa de acreditação.

Tabela 35 - Papel difusor do Ministério da Saúde na busca por melhorias na gestão do setor

Papel difusor do Ministério da saúde na busca por melhorias na gestão do setor	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,0
	Discordo parcialmente	2	8,0
	Indiferente	2	8,0
	Concordo parcialmente	8	32,0
	Concordo totalmente	11	44,0
	Abstenções	1	4,0
Total		25	100,0

No que diz respeito à percepção do programa de acreditação como facilitador da profissionalização da administração, trazendo um novo perfil à gestão hospitalar (ver tabela 36), 76% concordam totalmente e 16% concordam parcialmente. Apenas 8% discordam totalmente. Isso demonstra, mais uma vez, que os hospitais participantes da pesquisa reconhecem que o programa contribui para a profissionalização da gestão hospitalar.

Tabela 36 - Profissionalização da administração, trazendo um novo perfil à gestão hospitalar

Profissionalização da administração, trazendo um novo perfil à gestão hospitalar	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,0
	Concordo parcialmente	4	16,0
	Concordo totalmente	19	76,0
Total		25	100,0

Outros aspectos, relacionados aos possíveis benefícios na implantação do programa de acreditação, foram pesquisados, tais como: necessidade de restauração / resgate da imagem do hospital (64% concordam), ingresso de novos hospitais altamente profissionalizados como fator impulsionador da qualidade do setor (76% concordam), aumento do número de hospitais, gerando necessidade de diferenciação (76% concordam), maior conscientização do cliente, com maior nível de exigência (76% concordam) e exemplos de outros hospitais que adotaram novas técnicas de gestão (52% concordam).

Tabela 37 – Necessidade de restauração / resgate da imagem do hospital

Necessidade de restauração/resgate da imagem do hospital	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	4	16,0
	Indiferente	5	20,0
	Concordo parcialmente	6	24,0
	Concordo totalmente	10	40,0
Total		25	100,0

Tabela 38 - Ingresso de novos hospitais altamente profissionalizados como fator impulsionador da qualidade do setor

Ingresso de novos hospitais altamente profissionalizados como fator impulsionador da qualidade do setor	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	4	16,0
	Indiferente	2	8,0
	Concordo parcialmente	10	40,0
	Concordo totalmente	9	36,0
Total		25	100,0

Tabela 39 - Aumento do número de hospitais, gerando necessidade de diferenciação

Aumento do número de hospitais, gerando necessidade de diferenciação	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,0
	Discordo parcialmente	1	4,0
	Indiferente	3	12,0
	Concordo parcialmente	11	44,0
	Concordo totalmente	8	32,0
Total		25	100,0

Tabela 40 - Maior conscientização do cliente, com maior nível de exigência

Maior conscientização do cliente, com maior nível de exigência	OPÇÕES	N	%
	Discordo parcialmente	2	8,0
	Indiferente	1	4,0
	Concordo parcialmente	13	52,0
	Concordo totalmente	9	36,0
Total		25	100,0

Tabela 41 - Exemplos de outros hospitais que adotaram novas técnicas de gestão

Exemplos de outros hospitais que adotaram novas técnicas de gestão	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,0
	Discordo parcialmente	1	4,0
	Indiferente	10	40,0
	Concordo parcialmente	7	28,0
	Concordo totalmente	6	24,0
Total		25	100,0

Após a análise dos resultados referentes às possíveis dificuldades e aos possíveis benefícios da acreditação para os hospitais que fizeram parte da pesquisa (obtidos a partir do questionário com enfoque estratégico), foram destacadas todas as afirmativas cujos somatórios de respostas “concordo totalmente” e “concordo parcialmente” ficou acima de 50%, conforme tabela 42:

Tabela 42 - Itens significativos das possíveis dificuldades em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar

Item do questionário	Afirmativa do questionário	Somatório de concordo totalmente e concordo parcialmente
3.1 Possíveis dificuldades para a organização em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar	3. Custo elevado na implementação de programa de qualidade.	60%
	7. Discrepância da realidade atual em relação ao exigido no programa de qualidade	52%

A partir da tabela 42, percebe-se que os itens mais apontados pelos respondentes dos questionários quanto a possíveis dificuldades em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar são os custos elevados na implementação e a discrepância em relação à realidade da instituição e o exigido pelo programa. Isso indica que, no caso dos hospitais públicos, caso houvesse um apoio financeiro da Sesab para a implantação do programa, ele seria aceito com possibilidades de sucesso. No caso dos hospitais privados, caso houvesse incentivos – devido à própria necessidade de implementação desse programa para que haja maior regulamentação do setor saúde – maior influência do Ministério da Saúde na difusão do processo e a

promoção de um tratamento diferenciado pelos planos de saúde, haveria mais chances de sua implementação.

Outra forma de avaliar o Programa de Acreditação Hospitalar foram as quatro perguntas abertas dos questionários estratégico e operacional, conforme detalhado a seguir. A primeira pergunta aberta do questionário estratégico foi a seguinte: “Comentários sobre a opção escolhida no que refere ao conhecimento e estágio do Programa de Acreditação Hospitalar”. Os comentários que mereceram destaque são:

- a) a organização considerou a possibilidade de Acreditação Hospitalar frente ao tipo de assistência e atividade de ensino e pesquisa desenvolvida no hospital, entretanto as dificuldades na estruturação física e outros padrões de normatização para implantação/implementação fizeram com que isso não prosseguisse a médio prazo (Diretora de Hospital Público);
- b) a organização reconhece os benefícios da acreditação hospitalar, porém não alocou recursos nem pessoal para sua implantação ainda (Gerente de Hospital Privado);
- c) a instituição optou por adotar os critérios de excelência do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) (Diretora de Hospital Público);
- d) a possibilidade é considerada entre um grupo de profissionais, levando em conta as dificuldades e a realidade do serviço público, mas seria necessário fazer reformas estruturais e treinamento de pessoal (Diretora de Hospital Público);
- e) a organização entende que a acreditação hospitalar, além de ser um instrumento que pode aferir a qualidade da prestação dos serviços, é um excelente instrumento de gestão. No momento, a instituição considera a possibilidade, mas não reúne ainda condições para o início da implementação do programa (Diretor de Hospital Privado);
- f) o hospital considera o programa de acreditação hospitalar uma alternativa técnica de viabilidade de gestão hospitalar que contorna as generalidades inadequadas das experiências, sempre malsucedidas, das gestões por técnicas e processos diversos de administração (Superintendente de Hospital Privado).

Conforme já mencionado anteriormente, os hospitais que já consideraram a possibilidade de acreditação hospitalar reconhecem os benefícios na implementação do programa, mas acreditam que o custo é elevado. Resumindo, esses comentários revelam as seguintes ponderações sobre o programa: faltam recursos nas organizações para a sua implementação, há necessidade de investimentos, devido à discrepância entre a realidade atual

e o exigido pelo processo, e a acreditação não é uma prioridade no momento. Houve um comentário quanto à escolha por outra prática de excelência, o PNQ.

A segunda pergunta aberta do questionário estratégico foi a seguinte: “Qual a opinião da organização em relação ao Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar?”. As opiniões que mereceram destaque são:

- a) um dos aspectos essenciais da garantia da qualidade, ou seja, desse programa, é o fato de ele implicar uma formação contínua, o que, por sua vez, propicia a capacidade de reação apropriada à dinâmica das mutações tecnológicas e econômicas e a capacidade de adaptação às alterações. A atual globalização das economias e dos mercados tem criado condições de concorrência muito mais exigentes, em que a resposta rápida e a melhoria sustentada da qualidade se constituem fatores competitivos cruciais, que devem ser cuidados e desenvolvidos através de sistemas e estruturas baseadas na qualificação dos recursos humanos e no estímulo à capacidade de aprendizagem das empresas e dos seus colaboradores (Gerente de Qualidade de Hospital Privado);
- b) basicamente o programa obriga a se conhecer a instituição, seus pontos fracos e suas necessidades de orientação em relação às exigências do mercado; leva ao conhecimento dos centros de custos e protocolos que conduzem à redução dos gastos e das perdas; traz mais facilidade de negociação com os planos de saúde, visto que passa a haver uma padronização de procedimentos entre as instituições, e favorece o envolvimento e a divulgação interna de todo o processo hospitalar (Diretor de Hospital Privado);
- c) o programa brasileiro de acreditação hospitalar é de extrema importância para a saúde do país, criando chances de profissionalização dos hospitais bem como melhorando a sua estrutura administrativa. O serviço médico que caminha para a acreditação cria uma imagem diferenciada da qualidade e obriga seus funcionários a melhorar seu perfil (Diretor de Hospital Privado);
- e) o programa visa melhorias no setor protocolando atividades e rotinas, fato que incorporará profissionalismo ao setor de saúde melhorando o serviço ofertado e facultando melhores resultados para as empresas de saúde. Porém, observa-se que não existe uma divulgação em larga escala por parte do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde (ANS) do programa (Gerente de Hospital Privado);
- f) trata-se de uma política pública importante e necessária para melhorar a qualidade da assistência. Neste hospital, foram adotados os critérios de excelência do PNQ,

similares aos do programa brasileiro de acreditação hospitalar (Diretora de Hospital Público);

- g) é um programa mais direcionado ao setor privado e funciona como um diferencial de mercado. O perfil dos hospitais públicos brasileiros deve passar por uma reestruturação, começando pela estruturas e terminando nos profissionais; assim, na rede pública, para se pensar em acreditação, faz-se necessária uma série de incentivos e a valorização profissional visando se garantir a melhoria de gerenciamento da unidade e da qualidade da assistência ao paciente (Diretora de Hospital Público);
- h) é mais uma forma de elevar a qualidade dos serviços do hospital e, conseqüentemente, a imagem e a credibilidade da instituição perante a sociedade, os parceiros, financiadores etc., já que o nível mínimo de requisitos para a acreditação são os mesmos requeridos pela vigilância sanitária e o máximo de requisitos para acreditação qualifica as práticas de gestão do hospital rumo aos critério de excelência do PNQ (Líder da Qualidade de Hospital Privado);
- i) com a globalização, surge a exigência de uniformizar serviços de assistência à saúde não só no atendimento aos visitantes estrangeiros, mas à própria população brasileira. Também, o interesse da indústria médico-hospitalar – em equipamentos de diagnóstico e terapia, farmácia, órteses, próteses e materiais especiais de alto custo – catalisa os processos de acreditação hospitalar, somando-se ao trabalho eficiente da formação, especialização e atualização dos profissionais de saúde, cujo ente de razão vem se sedimentando com o uso enfático dos produtos desta indústria (Superintendente de Hospital Privado);

Vários aspectos são relevantes nesses comentários. Destacam-se os da listagem abaixo, que têm uma correspondência com os resultados dos itens de benefícios e dificuldades apresentados anteriormente.

- a) Redução dos gastos e perdas no gerenciamento dos processos;
- b) Negociação com planos de saúde;
- c) Profissionalização dos hospitais;
- d) Falta de divulgação por parte do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde;
- e) Importante como política pública;
- f) Mais direcionado para o setor privado;

- g) Rede pública precisa de incentivos e valorização profissional antes de partir para a acreditação;
- h) Credibilidade da instituição perante a sociedade, parceiros e financiadores;
- i) Alternativa técnica de gestão hospitalar, contornando a gestão amadora;
- j) As práticas contribuem para a formação, especialização e atualização dos profissionais de saúde com novas tecnologias e técnicas.

A terceira e última pergunta do questionário teve por objetivo criar um espaço para comentários complementares dos respondentes. O item “Utilize este espaço para seus comentários adicionais” permitiu que os gestores hospitalares ou representantes da área de qualidade relatassem diversas observações referentes às respostas dadas. Os comentários que mereceram destaque são:

- a) a organização investiu primeiramente em um novo sistema de informática, em um centro de custos e informações gerenciais, procurou resgatar o hospital da sua condição de falência, fez mudanças físicas e estruturais, investiu para recuperar o crédito, sanear as finanças, resolver questões com impostos, processos cíveis e trabalhistas, investiu em capacitação dos funcionários, assegurando que a instituição passasse a ter processos de controles de receita e custos auto-sustentáveis. Com a implantação do *Balanced Scorecard* (BSC), além da acreditação hospitalar, pretende-se realizar mudanças e conseguir crescer, com o desenvolvimento de protocolos e o estabelecimento de parâmetros e metas nesse sentido (Diretor de Hospital Privado);
- b) a conquista da acreditação foi o resultado de um longo trabalho com envolvimento de todos, uma vez que a certificação só é conferida se houver uniformidade na qualidade de todos os setores desde os setores de apoio/administrativos até os assistenciais (Diretor de Hospital Privado);
- c) a jornada em busca da certificação proporcionou um forte envolvimento e compromisso de todos os colaboradores nas suas mais variadas funções, resultando em uma melhoria marcante nas diversas dimensões da assistência ao paciente (Coordenadora de Qualidade de Hospital Privado);
- d) o projeto da qualidade encontra-se ainda em fase de implantação. Estamos trabalhando, inicialmente buscando a segurança do cliente externo/interno e fazendo um levantamento do planejamento e descrição das rotinas. É um trabalho a médio e longo prazo, pois no nível 1 é necessário fazer adequações estruturais de

segurança, que requerem custos, além da descrição de todos os processos, com a realização de pesquisas das diversas legislações vigentes e sua devida adaptação. Estamos também iniciando um trabalho de auditoria interna de processos, com geração de relatórios de melhorias, para que possamos acompanhar o desenvolvimento do que já foi descrito (Assessora do Sistema da Qualidade de Hospital Privado);

- e) a qualidade da assistência hospitalar depende de padrões fundamentais com cobertura para todas as áreas, como qualificação em todos os níveis e várias adequações. Numa instituição pública, o apoio dos gestores de nível central é de grande relevância. A execução das tarefas com qualidade depende da educação permanente, da superação de obstáculos pelas lideranças com persistência e dedicação, de tal forma que os colaboradores exerçam suas atividades com a qualidade necessária. A qualidade também depende de que se avaliem constantemente os recursos humanos verificando a sua competência para cuidar de pacientes. As instituições públicas precisam passar por sérias adequações, como estrutura física compatível com a função, recursos financeiros e recursos humanos (valorização profissional dentro das suas competências para êxito total no processo de acreditados). Os programas de iniciativa do hospital, como a proposta de implantação da acreditação hospitalar e do planejamento estratégico, dependem de decisões superiores da Sesab, e muitas vezes são inviabilizadas pelo próprio contexto político. Internamente, existem iniciativas já propostas do planejamento estratégico, mas estas ficam estagnadas no momento em que somos uma empresa, digo, instituição pública, e temos prazo, licitações etc., muitas vezes burocrática (Enfermeira de Hospital Público);
- f) a saúde é um patrimônio individual e coletivo quando definido como ausência de doenças e de condições pessoais e ambientais adversas. Entretanto, quando se define saúde como “completo bem-estar físico, psíquico e social”, ela se torna uma quimera ou uma utopia, cujas necessidades são e sempre serão ilimitadas com inadequação perene de alinhamento dos recursos financeiros para supri-las. As ações de estímulo ao bem-estar físico e mental aliadas aos recursos que previnem contra as doenças são prioritárias, e as terapias só se justificam quando os seus riscos são bem inferiores do que o curso natural das doenças. A acreditação hospitalar poderá ser o instrumento desta legitimidade autêntica a ser perseguida

para evitar a predominância profana industrial ou a imprópria regulamentação judicial (Superintendente de Hospital Privado);

- g) a qualidade dos serviços assistenciais em saúde é um instrumento em processo de implantação no Brasil estando em grau de acultramento. Busca-se a utilização de indicadores de satisfação na prestação e na obtenção dos serviços. Sendo a acreditação um processo em implantação indeterminada, no tempo e no espaço, observam-se estratificações ou nichos de desenvolvimento em cada instituição, entre instituições locais e regionais, vinculados ao desenvolvimento socioeconômico destes níveis e ao estímulo de reconhecimento social e pecuniário pela obtenção da distinção certificada por órgão auditor da qualidade (Superintendente de Hospital Privado);
- h) na área de saúde, a utilização de métodos dignos aplicados dentro de cada instituição de monitoramento da assistência prestada é de fundamental importância. Estes devem estar baseados nas definições de padrões explícitos e aceitáveis de desempenho que indiquem o nível de qualidade desses serviços (Diretor de Hospital Privado).

Os comentários relativos à terceira pergunta também refletem assuntos já discutidos anteriormente, conforme realçado a seguir:

- a) a necessidade de adoção de práticas para preparar a organização para iniciar o processo de acreditação;
- b) a discrepância entre a realidade atual e o exigido no programa de acreditação;
- c) a implantação do processo de acreditação depende de decisões superiores, neste caso, da Sesab;
- d) a importância da padronização para busca contínua da qualidade da assistência hospitalar;
- e) a necessidade do compromisso de todos e da interação entre os setores para conseguir obter o certificado através do programa de acreditação hospitalar;
- f) o programa está sendo incorporado à realidade das instituições de forma gradativa, já que requer um processo de mudança cultural.

Um aspecto a destacar é a percepção clara do conhecimento que as organizações possuem quanto ao programa de acreditação hospitalar. Outro aspecto é a declaração de hospitais públicos de que estão dependendo da Sesab para implantação do programa.

5.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE GESTÃO HOSPITALAR, COM BASE NO MODELO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO

Neste tópico, relata-se a análise das práticas de gestão hospitalar em relação aos processos de relevância exigidos pelo Manual de Acreditação Hospitalar. Para os processos de relevância, foram elaboradas afirmativas que se enquadravam nas categorias de análise. Estas foram estabelecidas a partir das dificuldades em implementar programas de qualidade, de acordo com o referencial teórico que respalda esta pesquisa (ver cap.3). Para o estudo de cada categoria de análise, foram criados itens nos questionários estratégico e operacional. A seguir, descrevem-se essas categorias e os itens que lhes foram associados.

5.3.1 Formas de Gestão

Essa parte do questionário tinha o objetivo de obter informações relacionadas à primeira categoria de análise: autoritarismo e corporativismo. Os dados relativos a essa categoria foram obtidos a partir de três afirmativas do questionário operacional e estão descritos nas três tabelas a seguir.

Tabela 43 - Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e as entendem como importantes para atingir os objetivos organizacionais

Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e entendem como importantes para o atingimento dos objetivos organizacionais	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	12	50,0
	Concordo totalmente	4	16,7
Total		24	100,0

Conforme mostra a tabela 43, na opinião de 50% dos respondentes, os funcionários conhecem “parcialmente” a visão e a missão da organização e as consideram importantes para o atingimento dos objetivos organizacionais e 16,7% as conhecem “totalmente”. Um respondente informou que é “indiferente” à afirmativa, 8,3% discordam totalmente e 20,8%

discordam parcialmente. Isso demonstra que tem havido iniciativas por parte das organizações no que se refere a um direcionamento estratégico, a uma visão de futuro.

Tabela 44 - A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais

A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	13	54,2
	Concordo totalmente	4	16,7
Total		24	100,0

Tabela 45 - A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais	Discordo totalmente	N	0	1	0	2	3
		%	0,0	4,2	0,0	8,3	12,5
	Discordo parcialmente	N	0	0	0	3	3
		%	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5
	Indiferente	N	0	0	0	1	1
		%	0,0	0,0	0,0	4,2	4,2
	Concordo parcialmente	N	1	1	2	9	13
		%	4,2	4,2	8,3	37,5	54,2
	Concordo totalmente	N	1	0	0	3	4
		%	4,2	0,0	0,0	12,5	16,7
Total	N	2	2	2	18	24	
	%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0	

Conforme a tabela 44 expõe, na visão de 54,2% dos respondentes, a organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais, sendo que 16,7% concordam “totalmente”. Um respondente informou que é “indiferente” à afirmativa, 12,5% discordam totalmente e 12,5% discordam parcialmente. Nos hospitais acreditados, um concorda totalmente e outro concorda parcialmente (ver tabela 45). Isso evidencia a necessidade (exigência do Manual Brasileiro de Acreditação), que os hospitais acreditados têm, de um sistema estruturado de comunicação acerca de iniciativas ou da implementação de estratégias de gestão, a depender da classificação quanto ao nível da

acreditação. É preciso que as ações que estejam sendo tomadas, em cada setor, em prol do atingimento dos objetivos estratégicos previamente definidos, sejam conhecidas por todos os setores da organização. No capítulo 3, a bibliografia levantada sobre as dificuldades para implementar programas de qualidade (subitem 3.4.3) indica que a falta de planejamento, a falta de foco nos objetivos estratégicos e a missão vaga são fatores de insucesso na implantação de programas de qualidade. No entanto, os resultados desta pesquisa em hospitais na Bahia mostram que a ausência desses fatores não tem se constituído uma dificuldade para a implementação de programas de qualidade no Estado.

Tabela 46 - A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos

A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	5	20,8
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Indiferente	4	16,7
	Concordo parcialmente	4	16,7
	Concordo totalmente	6	25,0
Total		24	100,0

Tabela 47 - A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos	Discordo totalmente	N	0	2	0	3	5
		%	0,0	8,3	0,0	12,5	20,8
	Discordo parcialmente	N	1	0	0	4	5
		%	4,2	0,0	0,0	16,7	20,8
	Indiferente	N	0	0	0	4	4
		%	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7
	Concordo parcialmente	N	0	0	2	2	4
		%	0,0	0,0	8,3	8,3	16,7
	Concordo totalmente	N	1	0	0	5	6
		%	4,2	0,0	0,0	20,8	25,0
	Total	N	2	2	2	18	24
		%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0

Conforme a tabela 46 evidencia, na visão de 41,7% dos respondentes, a organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos, sendo que 25% concordam parcialmente com essa afirmação e 16,7%, totalmente. 16,7% dos respondentes informaram que são “indiferentes” à afirmativa, 20,8% discordam totalmente e 20,8% discordam parcialmente. Em relação aos hospitais acreditados (ver tabela 47), um concorda totalmente e outro discorda parcialmente. Os hospitais que possuem o certificado ISO 9001:2000 (8%) não possuem um sistema de medição do desempenho com foco nos objetivos estratégicos. Dos hospitais que não informaram ou não possuem certificados de qualidade, 29,10% informaram que possuem e 29,20%, que não possuem sistema de medição; 16,7% são indiferentes.

Conforme resultados apresentados nas tabelas 43 e 44, a maioria das organizações tem adotado métodos estruturados de comunicação da estratégia com técnicas de divulgação da sua visão e missão. Porém, conforme se observa na tabela 46, 41,60% ainda não possuem um sistema de amadurecimento das medições do desempenho institucional. Apenas 25% concordam com essa afirmativa.

Pode-se concluir que há uma preocupação em envolver os setores da organização e alinhar as suas ações às estratégias organizacionais, porém ainda há necessidade de se implementar uma sistemática de análise dessa comunicação, para avaliar a sua eficácia e eficiência.

5.3.2 Alta Direção

Essa parte do questionário tinha o objetivo de obter informações relacionadas à segunda categoria de análise: o não envolvimento da alta direção. Os dados dessa categoria foram analisados a partir das três afirmativas expostas nas tabelas a seguir, preenchidas através do questionário estratégico.

Tabela 48 - Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar

Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,0
	Discordo parcialmente	2	8,0
	Indiferente	3	12,0
	Concordo parcialmente	6	24,0
	Concordo totalmente	12	48,0
Total		25	100,0

Tabela 49 - Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar	Discordo totalmente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,0	8,0
	Discordo parcialmente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,0	8,0
	Indiferente	N	0	1	0	2	3
		%	0,0	4,0	0,0	8,0	12,0
	Concordo parcialmente	N	0	1	0	5	6
		%	0,0	4,0	0,0	20,0	24,0
	Concordo totalmente	N	2	0	2	8	12
		%	8,0	0,0	8,0	32,0	48,0
Total		N	2	2	2	19	25
	%	8,0	8,0	8,0	76,0	100,0	

Observando a tabela 48, pode-se verificar que a maioria (72%) dos hospitais concorda que há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar. Apenas 16% discordam. Esses resultados reforçam que a alta direção considera que esse programa é de fundamental importância para a regulação do setor, profissionalização e melhoria contínua da qualidade da assistência médico-hospitalar. Conforme referencial teórico, uma das dificuldades na implantação desse tipo de programa é o fato de a alta direção considerar que seja o bastante pagar as contas e obter os retornos financeiros, sem se envolver no processo. Nos hospitais acreditados (ver tabela 49), verificou-se que os respondentes concordam totalmente com o fato de que há comprometimento da alta direção no processo de implantação da acreditação hospitalar.

Tabela 50 - Na organização, a alta direção promove meios necessários para a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar

Na organização, a alta direção promove meios necessários para a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,0
	Discordo parcialmente	3	12,0
	Indiferente	4	16,0
	Concordo parcialmente	5	20,0
	Concordo totalmente	11	44,0
Total		25	100,0

Tabela 51 - Na organização, o Programa de Acreditação Hospitalar está alinhado às estratégias estabelecidas pela alta direção

Na organização, o Programa de Acreditação Hospitalar está alinhado às estratégias estabelecidas pela alta direção.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,0
	Discordo parcialmente	5	20,0
	Indiferente	2	8,0
	Concordo parcialmente	5	20,0
	Concordo totalmente	10	40,0
Total		25	100,0

A partir dos dados da tabela 50, verifica-se que em 64% dos hospitais a alta direção promove meios necessários para a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar. A tabela 51 mostra que 60% dos respondentes disseram que o Programa está alinhado às estratégias estabelecidas pela alta direção. Os dados demonstram novamente que, apesar de esse programa ser considerado de suma importância na gestão hospitalar, ele não tem sido implementado pela maioria dos hospitais pesquisados. Há um alinhamento com a estratégia, há um envolvimento da alta direção, há um conhecimento por parte das instituições, há uma série de benefícios citados, que refletem o seu reconhecimento, mas, em contrapartida, há dificuldades, já citadas, que contribuem para que o seu desenvolvimento seja lento no universo estudado.

5.3.3 Envolvimento dos Médicos

Essa parte do questionário objetivava obter informações relacionadas à terceira categoria de análise sobre resistência dos médicos. Os dados dessa categoria foram analisados

a partir de quatro afirmativas que compunham o questionário operacional e que estão expostas nas tabelas: 52, 53, 55 e 57.

Conforme mostra a tabela 52, 62,5% concordam parcialmente e 20,8% concordam totalmente, perfazendo um total de 83,3% que acreditam que os prontuários e laudos são, na sua maioria, preenchidos pelos médicos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação. Conforme os dados da tabela 53, 37,5% concordam totalmente e 20,8% concordam parcialmente que há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de sua atuação na formação educativa dos colaboradores. Já 29,10% discordam dessa participação. No caso dos hospitais acreditados (ver tabela 54), um concorda totalmente e outro concorda parcialmente com a afirmação de que haja participação dos médicos. Os dados da tabela 55 mostram que 29,2% concordam totalmente e 45,8% concordam parcialmente que os médicos freqüentam as reuniões do Corpo Clínico, quando convocados. Já 20,9% discordam que tenha havido essa participação. No caso de hospitais acreditados (ver tabela 56), um foi indiferente e outro concorda totalmente com o fato de que há participação dos médicos nas reuniões. Conforme se observa na tabela 57, 20,8% concordam totalmente e 33,3% concordam parcialmente que os médicos possuem conhecimento do Regimento Interno. Já 33,3% foram indiferentes.

Tabela 52 - Os prontuários e laudos são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação

Os prontuários e laudos são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,2
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	15	62,5
	Concordo totalmente	5	20,8
Total		24	100,0

Tabela 53 - Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores

Há participação de médicos nas comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	5	20,8
	Concordo totalmente	9	37,5
Total		24	100,0

Tabela 54 - Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui					Total
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores	Discordo totalmente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3
	Discordo parcialmente	N	0	1	0	4	5
		%	0,0	4,2	0,0	16,7	20,8
	Indiferente	N	0	0	0	3	3
		%	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5
	Concordo parcialmente	N	1	1	0	3	5
		%	4,2	4,2	0,0	12,5	20,8
	Concordo totalmente	N	1	0	2	6	9
		%	4,2	0,0	8,3	25,0	37,5
	Total	N	2	2	2	18	24
		%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0

Tabela 55 - Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico quando convocados

Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico, quando convocados	OPÇÕES	N	%
	Discordo parcialmente	4	16,7
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	7	29,2
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Tabela 56 - Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico quando convocados x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui					Total
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico quando convocados	Discordo parcialmente	N	0	1	0	3	4
		%	0,0	4,2	0,0	12,5	16,7
	Indiferente	N	1	0	0	0	1
		%	4,2	0,0	0,0	0,0	4,2
	Concordo parcialmente	N	0	1	1	9	11
		%	0,0	4,2	4,2	37,5	45,8
	Concordo totalmente	N	1	0	1	5	7
		%	4,2	0,0	4,2	20,8	29,2
	Abstenções	N	0	0	0	1	1
		%	0,0	0,0	0,0	4,2	4,2
	Total	N	2	2	2	18	24
		%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0

Tabela 57 - Os médicos possuem conhecimento do regimento interno

Os médicos possuem conhecimento do regimento interno	OPÇÕES	N	%
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	8	33,3
	Concordo parcialmente	8	33,3
	Concordo totalmente	5	20,8
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Quanto aos resultados da pesquisa referentes ao envolvimento dos médicos, pode-se concluir que os médicos têm contribuído em atividades que lhes são pertinentes ao se implantar um programa de acreditação hospitalar, tais como: registros em prontuário e participação em reuniões para busca de melhorias nas práticas. Vale ressaltar que esse resultado contraria os autores estudados no referencial teórico deste estudo, segundo os quais a resistência dos médicos ao engajamento em programas de qualidade seria uma das dificuldades para a sua implementação.

5.3.4 Gestão por Processos

Essa parte do questionário objetivava obter informações relacionadas à quarta categoria de análise: precariedade no estabelecimento do processo de acreditação (ausência de procedimentos pré-definidos). Os dados dessa categoria foram analisados a partir das catorze afirmativas do questionário operacional, descritas a seguir.

Conforme mostra a tabela 58, os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão “totalmente” documentados para 33,3% dos respondentes e “parcialmente” documentados para 41,7% dos respondentes, perfazendo um total de 75% hospitais.

Tabela 58 - Todos os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão documentados

Todos os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão documentados.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,2
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Concordo parcialmente	10	41,7
	Concordo totalmente	8	33,3
Total		24	100,0

Conforme exposto na tabela 59, 45,8% dos hospitais concordam totalmente e 29,2% concordam parcialmente, num total de 75%, que há uma sistemática de controle da documentação, no que se refere à sua elaboração, atualização e disponibilidade para os funcionários.

Tabela 59 - Há uma sistemática de controle com vistas a permitir a elaboração de documentos, a sua atualização e disponibilidade para os funcionários

Há uma sistemática de controle com vistas a permitir a elaboração de documentos, a sua atualização e disponibilidade para os funcionários	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,2
	Discordo parcialmente	4	16,7
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	7	29,2
	Concordo totalmente	11	45,8
Total		24	100,0

Conforme os dados da tabela 60, 12,5% dos hospitais concordam totalmente e 62,5% concordam parcialmente, num total de 75%, que os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes na realização das suas atividades, em caso de dúvidas.

Tabela 60 - Os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes no caso de dúvidas na realização das suas atividades

Os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes no caso de dúvidas na realização das suas atividades	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,2
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	15	62,5
	Concordo totalmente	3	12,5
Total		24	100,0

Conforme se observa na tabela 61, 33,3% dos hospitais concordam totalmente e 25% concordam parcialmente, num total de 58,30%, que os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento. Já 25% discordam e 16,7% são indiferentes. Isso leva a crer que os procedimentos são elaborados pelas chefias dos serviços, cabendo às mesmas treinar os seus funcionários para a execução das atividades. A partir desses resultados, pode-se concluir que o cumprimento dos procedimentos pode ser alvo de resistência por parte dos funcionários, já que eles não participaram da sua elaboração.

Tabela 61 - Os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento

Os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Indiferente	4	16,7
	Concordo parcialmente	6	25,0
	Concordo totalmente	8	33,3
Total		24	100,0

Conforme se pode observar na tabela 62, 50% dos hospitais realizam auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados. 20,8% discordam parcialmente e 20,8% discordam totalmente da existência da prática da auditoria nas organizações hospitalares. Os dois hospitais acreditados participantes da pesquisa possuem sistemática de auditoria interna, o que confirma a obrigatoriedade desse procedimento para a acreditação hospitalar (ver tabela 63).

Conforme descrito no referencial teórico, as auditorias internas têm o objetivo de avaliar periodicamente se o que foi estabelecido está sendo cumprido; constituem-se um controle da eficácia do sistema de qualidade. Esta pesquisa constatou que o percentual de organizações que não possuem essa prática (41,60%) ainda é elevado. Isso demonstra que, apesar de 75% das organizações terem a sua rotina de procedimentos documentada (ver tabela 58), inclusive com sistemáticas próprias (ver tabela 59), pode estar havendo fragilidades no cumprimento destas pela carência de mecanismos de controle como, por exemplo, as auditorias internas, o sistema de medição de indicadores.

Tabela 62 - A organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados

A organização realiza auditorias internas, voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	5	20,8
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	4	16,7
	Concordo totalmente	8	33,3
Total		24	100,0

Tabela 63 - A organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
A organização realiza auditorias internas, voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados	Discordo totalmente	N	0	1	0	4	5
		%	0,0	4,2	0,0	16,7	20,8
	Discordo parcialmente	N	0	1	1	3	5
		%	0,0	4,2	4,2	12,5	20,8
	Indiferente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3
	Concordo parcialmente	N	0	0	1	3	4
		%	0,0	0,0	4,2	12,5	16,7
	Concordo totalmente	N	2	0	0	6	8
		%	8,3	0,0	0,0	25,0	33,3
	Total	N	2	2	2	18	24
		%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0

Apesar do número considerável de hospitais que possuem sistemática de auditoria interna, percebe-se, conforme os dados da tabela 64, que apenas 29,10% das organizações contratam auditorias externas voltadas para o gerenciamento dos processos implantados, 25% discordam parcialmente e 37,5% discordam totalmente que tem havido contratação de auditorias externas.

Tabela 64 - A organização contrata auditorias externas voltadas para o gerenciamento dos processos implantados

A organização contrata auditorias externas, voltadas para o gerenciamento dos processos implantados	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	9	37,5
	Discordo parcialmente	6	25,0
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	2	8,3
	Concordo totalmente	5	20,8
Total		24	100,0

Conforme mostra a tabela 65, 58,3% dos hospitais concordam totalmente e 29,2% concordam parcialmente, num total de 87,5%, que a construção dos protocolos de maior prevalência é realizada com o envolvimento da equipe multiprofissional.

Tabela 65 - A construção dos protocolos de maior prevalência é realizada com o envolvimento da equipe multiprofissional

A construção de protocolos de maior prevalência é realizada com envolvimento da equipe multiprofissional	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	1	4,2
	Concordo parcialmente	7	29,2
	Concordo totalmente	14	58,3
Total		24	100,0

Conforme a tabela 66 apresenta, 37,5% dos hospitais concordam totalmente e 20,8% concordam parcialmente, num total de 58,3%, que há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização. 12,5% foram indiferentes e 20,8% discordam. Conforme mostrado na tabela 67, dos 33,3% das organizações que realizam auditorias internas (dados relativos às respostas “concordam totalmente”), apenas 16,7% responderam que concordam totalmente com a afirmação de que realizam o gerenciamento de 3 (três) protocolos. De 16,7% que responderam “concordam parcialmente” frente à afirmação de que realizam auditorias internas, apenas 12,5% concordam parcialmente que realizam o gerenciamento de 3 (três) protocolos. Isso leva a crer que essas organizações possuem mecanismos confiáveis de gerenciamento dos processos.

Tabela 66 - Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização

Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	5	20,8
	Concordo totalmente	9	37,5
	Abstenções	2	8,3
Total		24	100,0

Tabela 67 - Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização x a organização realiza auditorias internas, voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados

		A organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados					Total	
		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente		
Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização	Discordo totalmente	N	2	0	0	0	1	3
		%	8,3	0,0	0,0	0,0	4,2	12,5
	Discordo parcialmente	N	0	1	0	0	1	2
		%	0,0	4,2	0,0	0,0	4,2	8,3
	Indiferente	N	1	0	1	0	1	3
		%	4,2	0,0	4,2	0,0	4,2	12,5
	Concordo parcialmente	N	1	0	0	3	1	5
		%	4,2	0,0	0,0	12,5	4,2	20,8
	Concordo totalmente	N	1	2	1	1	4	9
		%	4,2	8,3	4,2	4,2	16,7	37,5
	Abstenções	N	0	2	0	0	0	2
		%	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	8,3
Total	N	5	5	2	4	8	24	
	%	20,8	20,8	8,3	16,7	33,3	100,0	

Conforme a tabela 68 expõe, 37,50% responderam concordam totalmente e 54,17%, concordam parcialmente; isso perfaz um total de 91,67% que acreditam que os prontuários e laudos são, na sua maioria, preenchidos pela enfermagem de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação.

Tabela 68 - Os prontuários são, na sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação pela enfermagem

Os prontuários são, na sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação pela enfermagem	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,17
	Discordo parcialmente	1	4,17
	Concordo parcialmente	13	54,17
	Concordo totalmente	9	37,50
Total		24	100,0

Conforme os dados apresentados na tabela 69, 37,50% concordam totalmente e 37,50% concordam parcialmente, num total de 75%, que as organizações possuem mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização.

Tabela 69 - A organização possui mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização

A organização possui mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	1	4,2
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	9	37,5
	Concordo totalmente	9	37,5
Total		24	100,0

Conforme se observa na tabela 70, 29,20% concordam totalmente e 58,30% concordam parcialmente, num total de 87,50% que as organizações possuem mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares.

Tabela 70 - A organização possui mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares

A organização possui mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	1	4,2
	Concordo parcialmente	14	58,3
	Concordo totalmente	7	29,2
Total		24	100,0

Conforme se observa na tabela 71, 37,50% concordam totalmente e 41,70% concordam parcialmente, num total de 79,20%, que os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar.

Tabela 71 - Os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar

Os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar.	OPÇÕES	N	%
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	10	41,7
	Concordo totalmente	9	37,5
Total		24	100,0

Conforme os dados na tabela 72, 12,5% concordam totalmente e 45,8% concordam parcialmente, num total de 58,3%, que os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar.

Tabela 72 - Os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar

Os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	3	12,5
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Conforme apresentado na tabela 73, 50% concordam totalmente e 29,20% concordam parcialmente, num total de 79,20%, que a organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação.

Tabela 73 - A organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação

A organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	7	29,2
	Concordo totalmente	12	50,0
Total		24	100,0

Não se pode afirmar que os resultados explicitados nas tabelas: 68, 69, 70, 71, 72 e 73 sejam totalmente positivos. Eles levam a crer que as organizações de saúde estão se preocupando com a qualidade da assistência médico-hospitalar nos pontos críticos de risco – e, conseqüentemente, com a segurança do paciente e colaborador. Isso reflete uma situação favorável nessas instituições para que se inicie o Programa de Acreditação Hospitalar, pois este inclui os aspectos mencionados como sendo os de maior relevância para a obtenção desse certificado. No entanto, pode-se concluir também que, apesar de os processos estarem documentados, a sistemática de seu controle e o seu gerenciamento podem não atender às exigências dos programas de qualidade; principalmente o Programa de Acreditação

Hospitalar, que exigiria uma concordância maior em relação às afirmações que se encontram nas tabelas acima mencionadas.

5.3.5 Interligação entre Processos

Essa parte do questionário objetivava obter informações relacionadas à quinta categoria de análise, qual seja: a hiperespecialização das diversas categorias de saúde, dificultando a interligação entre processos. Os dados dessa categoria foram analisados a partir de quatro afirmativas do questionário operacional, expostas a seguir.

Conforme mostra a tabela 74, 33,3% concordam totalmente e 37,5% concordam parcialmente, num total de 70,8%, que há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais. Já 29,2% discordam que haja essa participação.

Tabela 74 - Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais

Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	4	16,7
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Concordo parcialmente	9	37,5
	Concordo totalmente	8	33,3
Total		24	100,0

Conforme a tabela 75 evidencia, 37,5% discordam totalmente e 29,2% discordam parcialmente, num total de 66,7%, que o corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização. Já 20,8% concordam e 12,5% são indiferentes.

Tabela 75 - O corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização

O corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	9	37,5
	Discordo parcialmente	7	29,2
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	5	20,8
Total		24	100,0

Conforme os dados na tabela 76, 29,2% concordam totalmente e 45,8% concordam parcialmente, num total de 75%, que os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para realizar o seu trabalho.

Tabela 76 - Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para a realização de seu trabalho

Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para a realização de seu trabalho	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	1	4,2
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	7	29,2
Total		24	100,0

Conforme a tabela 77 mostra, 29,2% concordam totalmente e 45,8% concordam parcialmente, num total de 75%, que a organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua.

Tabela 77 - A organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua

A organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	7	29,2
Total		24	100,0

Os resultados referentes às quatro afirmações estabelecidas para avaliar categoria “Interligação entre Processos” – que há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais: 70,8%, que o corpo médico e a enfermagem aceitam ditames mais gerais da organização: 66,7%, que os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para a realização de seu trabalho: 75% e que a organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua: 75% – levam a crer que os setores estão interligados. É, no entanto, necessário frisar que isso

somente pode ser comprovado através de uma sistemática de indicadores e ciclos de auditoria interna que constatem que realmente os resultados dos processos estão sendo atingidos.

5.3.6 Gerenciamento de Recursos Humanos / Envolvimento do Nível Gerencial

Essa parte do questionário objetivava obter informações relacionadas à sexta categoria de análise: falta de formação do pessoal envolvido / desinteresse do nível gerencial. Os dados dessa categoria foram analisados a partir das sete afirmativas a seguir, preenchidas através do questionário operacional.

Conforme o exposto na tabela 78, 41,7% dos respondentes concordam totalmente e 29,2% concordam parcialmente que o processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecida pelos gestores e gerente de recursos humanos. Apenas 25% discordam que essa prática tem ocorrido.

Tabela 78 - O processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecidas pelos gestores e recursos humanos

O processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecidas pelos gestores e recursos humanos	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Concordo parcialmente	7	29,2
	Concordo totalmente	10	41,7
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Conforme mostra a tabela 79, 16,7% dos respondentes concordam totalmente e 33,3% concordam parcialmente, num total de 50%, que a organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, *turn over* (taxa de rotatividade) e acidentes de trabalho; já 20,8% discordam parcialmente e 16,7% discordam totalmente, num total de 37,5% de discordância. Os dois hospitais acreditados concordam parcialmente que isso tem sido uma prática e os hospitais com certificação ISO 9001:2000 discordam parcialmente (ver tabela 80). Percebe-se que os hospitais que estão engajados em sistemas de gestão não possuem uma prática consolidada de retenção e desenvolvimento de pessoas. Vale ressaltar que essa prática representa um aspecto de relevância para o sucesso da implantação de um

programa de qualidade. Dos hospitais que não informaram ou não possuem certificados de qualidade, 25% discordam, 8,3% são indiferentes e 41,7% concordam. Esses resultados permitem afirmar que essas organizações devem possuir programas de retenção e desenvolvimento de pessoas, mas não no nível de exigência de programas de qualidade.

Tabela 79 – A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, *turn over* e acidentes de trabalho

A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	4	16,7
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	8	33,3
	Concordo totalmente	4	16,7
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Tabela 80 – A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, *turn over* e acidentes de trabalho x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISSO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho	Discordo totalmente	N	0	0	0	4	4
		%	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7
	Discordo parcialmente	N	0	2	1	2	5
		%	0,0	8,3	4,2	8,3	20,8
	Indiferente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3
	Concordo parcialmente	N	2	0	0	6	8
		%	8,3	0,0	0,0	25,0	33,3
	Concordo totalmente	N	0	0	0	4	4
		%	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7
	Abstenções	N	0	0	1	0	1
		%	0,0	0,0	4,2	0,0	4,2
Total	N	2	2	2	18	24	
	%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0	

Conforme se observa na tabela 81, 12,5% dos respondentes concordam totalmente e 45,8% concordam parcialmente que a organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da

qualidade. 29,2% discordam de que essa prática venha ocorrendo. Esse resultado demonstra que as organizações têm buscado informar aos gestores sobre a importância de práticas de gestão com foco na qualidade para contribuir para a melhoria contínua da assistência médico-hospitalar. Isso reflete também a preocupação dos dirigentes com a profissionalização do setor saúde.

Tabela 81 - A organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da qualidade

A organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da qualidade.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	4	16,7
	Discordo parcialmente	3	12,5
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	3	12,5
	Abstenções	2	8,3
Total		24	100,0

Conforme a tabela 82 apresenta, verifica-se também que 29,2% concordam totalmente e 41,7% concordam parcialmente, num total de 70,9%, que os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional.

Tabela 82 - Os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional

Os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	1	4,2
	Concordo parcialmente	10	41,7
	Concordo totalmente	7	29,2
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Conforme exposto na tabela 83, 45,8% concordam parcialmente e 8,3% concordam totalmente, num total de 54,1%, que os treinamentos são dados de acordo com a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia; 16,7 são indiferentes e 25% discordam dessa afirmativa.

Em relação aos hospitais acreditados (ver tabela 84), um é indiferente e outro concorda parcialmente que os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia. Questiona-se o seguinte: pode ocorrer que os hospitais que estão entre os 54,1% possuam processos de medição da eficácia dos treinamentos, mas que estes podem não atendam às exigências de um programa de acreditação hospitalar.

Tabela 83 - Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia

Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,3
	Discordo parcialmente	4	16,7
	Indiferente	4	16,7
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	2	8,3
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Tabela 84 - Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia x quais certificados de qualidade o hospital possui

			Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total
			Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui	
Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia	Discordo totalmente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3
	Discordo parcialmente	N	0	1	0	3	4
		%	0,0	4,2	0,0	12,5	16,7
	Indiferente	N	1	0	0	3	4
		%	4,2	0,0	0,0	12,5	16,7
	Concordo parcialmente	N	1	1	1	8	11
		%	4,2	4,2	4,2	33,3	45,8
	Concordo totalmente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3
	Abstenções	N	0	0	1	0	1
		%	0,0	0,0	4,2	0,0	4,2
Total	N	2	2	2	18	24	
	%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0	

Outro aspecto relevante é a definição do líder como responsável pelo treinamento e capacitação dos funcionários que ele lidera. Conforme mostra a tabela 85, 33,3% concordam

parcialmente e 20,8% concordam totalmente, num total de 54,10%, que a organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o setor de recursos humanos um facilitador; 12,5% são indiferentes e 29,10% discordam dessa afirmativa.

Tabela 85 - A organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o RH um facilitador

A organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o RH um facilitador	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	5	20,8
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	8	33,3
	Concordo totalmente	5	20,8
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Conforme os dados apresentados na tabela 86, muitas organizações não possuem programas especiais para a melhoria da qualidade de vida de seus colaboradores. 45,8% informaram possuir; 41,60%, que não possuem e 8,3% mostraram-se indiferentes. Esse resultado está relacionado aos da tabela 79, uma vez que os programas de qualidade de vida contribuem para o gerenciamento efetivo dos índices de absenteísmo e acidentes de trabalho.

Tabela 86 - A organização possui programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores

A organização possui programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	5	20,8
	Discordo parcialmente	5	20,8
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	8	33,3
	Concordo totalmente	3	12,5
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

5.3.7 Mensuração de Resultados

Essa parte do questionário objetivava obter informações relacionadas à sétima categoria de análise: a mensuração de resultados. Os dados dessa categoria foram analisados a

partir de quatro afirmativas do questionário operacional e são apresentadas nas tabelas a seguir.

Conforme apresentado na tabela 87, 12,5% concordam totalmente e 25% concordam parcialmente, num total de 37,5%, que a organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência. Já 50% discordam, sendo que 20,8% discordam totalmente e 29,2% discordam parcialmente e 8,3% são indiferentes. Esses dados refletem os resultados obtidos para a asserção exposta na tabela 46. Em relação aos hospitais acreditados (ver tabela 88), um concorda totalmente e outro discorda totalmente. Os hospitais que possuem o certificado ISO 9001:2000 (8,3%) não possuem um sistema de medição dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência. Dos hospitais que não informaram ou não possuem certificados de qualidade, 37,5% discordam da afirmação de que possuem sistema de medição, 8,3% são indiferentes e 29,1% informaram que possuem.

Pode-se concluir, em geral, que o percentual de organizações com sistema de medição de indicadores não é representativo em relação ao todo. Outro aspecto a ser mencionado é que os hospitais que adotam sistemas de gestão ou não possuem um sistema de medição de resultados ou, nessas instituições, este processo ainda está sendo amadurecido. Dessa forma, é questionável o resultado apresentado em relação aos demais hospitais, que não possuem ou não informaram que têm certificados de qualidade. Eles podem possuir um sistema de medição, mas a sua sistemática pode não atender às exigências de programas de qualidade.

Tabela 87 - A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência

A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	5	20,8
	Discordo parcialmente	7	29,2
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	6	25,0
	Concordo totalmente	3	12,5
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Tabela 88 - A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência x quais certificados de qualidade o hospital possui

			Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total
			Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui	
A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência	Discordo totalmente	N	1	0	0	4	5
		%	4,2	0,0	0,0	16,7	20,8
	Discordo parcialmente	N	0	2	0	5	7
		%	0,0	8,3	0,0	20,8	29,2
	Indiferente	N	0	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3
	Concordo parcialmente	N	0	0	1	5	6
		%	0,0	0,0	4,2	20,8	25,0
	Concordo totalmente	N	1	0	0	2	3
		%	4,2	0,0	0,0	8,3	12,5
	Abstenções	N	0	0	1	0	1
		%	0,0	0,0	4,2	0,0	4,2
Total	N	2	2	2	18	24	
	%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0	

Conforme se observa na tabela 89, na visão de 41,6% dos respondentes, as organizações promovem treinamentos, adquirem equipamentos, definem e/ou atualizam os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais. Já 41,7% discordam que isso ocorra e 12,5% são indiferentes à afirmativa. Isso reflete a falta de alinhamento das ações às estratégias das organizações e a falta da cultura de medir os resultados.

Tabela 89 - A organização promove treinamentos, adquire equipamentos, define e/ou atualiza os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais

A organização promove treinamentos, adquire equipamentos, define e/ou atualiza os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	7	29,2
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	5	20,8
	Concordo totalmente	5	20,8
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Observa-se a partir da Tabela 90 que, acerca da existência de sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores para análise de tendências, 70,9% informaram que possuem e apenas 16,7% informaram que não possuem, sendo 8,3% indiferentes. Isso

reflete a preocupação das organizações em adquirir e implantar sistemas de informações que contribuam para a segurança na prestação do atendimento ao paciente e nos retornos financeiros para a organização.

Tabela 90 - A organização possui sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores para análise de tendências

A organização possui sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores para análise de tendências	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	1	4,2
	Indiferente	2	8,3
	Concordo parcialmente	10	41,7
	Concordo totalmente	7	29,2
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

A afirmativa da tabela 91 contempla o fato de a organização possuir (ou não) indicadores como forma de controlar se o que é executado está de acordo com o planejado e de ajudar na tomada de decisões para replanejamentos, mostrando assim amadurecimento no processo de avaliação de melhorias de impacto sistêmico.

Como a tabela 91 mostra, 62,5% das organizações concordam que possuem indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua; 20,8% discordam e 12,5% são indiferentes.

Em relação aos hospitais acreditados (ver tabela 92), um concorda totalmente e outro concorda parcialmente. Os hospitais que possuem o certificado ISO 9001:2000 discordam que essa prática esteja sendo adotada. O resultado em relação a essa afirmativa é questionável, uma vez que já foi evidenciado que as organizações não possuem uma sistemática amadurecida de medição de resultados.

Tabela 91 - A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua

A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua.	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	3	12,5
	Discordo parcialmente	2	8,3
	Indiferente	3	12,5
	Concordo parcialmente	11	45,8
	Concordo totalmente	4	16,7
	Abstenções	1	4,2
Total		24	100,0

Tabela 92 - A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua x quais certificados de qualidade o hospital possui

		Quais certificados de qualidade o hospital possui				Total	
		Acreditação hospitalar	ISO 9001:2000	Outros	Não informou ou não possui		
A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua	Discordo totalmente	N	0	1	0	2	3
		%	0,0	4,2	0,0	8,3	12,5
	Discordo parcialmente	N	0	1	0	1	2
		%	0,0	4,2	0,0	4,2	8,3
	Indiferente	N	0	0	0	3	3
		%	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5
	Concordo parcialmente	N	1	0	1	9	11
		%	4,2	0,0	4,2	37,5	45,8
	Concordo totalmente	N	1	0	0	3	4
		%	4,2	0,0	0,0	12,5	16,7
	Abstenções	N	0	0	1	0	1
		%	0,0	0,0	4,2	0,0	4,2
Total	N	2	2	2	18	24	
	%	8,3	8,3	8,3	75,0	100,0	

5.3.8 Retornos Financeiros

Essa parte do questionário objetivava obter informações relacionadas à oitava categoria de análise: enxergar os retornos financeiros. Os dados dessa categoria foram analisados a partir das duas afirmativas do questionário estratégico, que estão nas tabelas a seguir.

Tabela 93 - A organização percebe retorno financeiro na implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar

A organização percebe retorno financeiro na implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	4	16,0
	Discordo parcialmente	2	8,0
	Indiferente	6	24,0
	Concordo parcialmente	5	20,0
	Concordo totalmente	7	28,0
	Abstenções	1	4,0
Total		25	100,0

Tabela 94 - A organização percebe retorno financeiro ao gerenciar os contratos com os fornecedores, desde o processo de qualificação até a sua avaliação após o uso dos produtos ou prestação dos serviços

A organização percebe retorno financeiro ao gerenciar os contratos com os fornecedores, desde o processo de qualificação até a sua avaliação após o uso dos produtos ou prestação dos serviços	OPÇÕES	N	%
	Discordo totalmente	2	8,0
	Discordo parcialmente	3	12,0
	Indiferente	3	12,0
	Concordo parcialmente	8	32,0
	Concordo totalmente	9	36,0
Total		25	100,0

De acordo com dados da Tabela 93, na visão de 48% dos respondentes, a organização percebe retorno financeiro com a implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar. Já 24% discordam e 24% não vêem diferença.

Como exposto na tabela 94, na visão de 68% dos respondentes, a organização percebe retorno financeiro ao gerenciar os contratos com os fornecedores, desde o processo de qualificação até a sua avaliação após o uso dos produtos ou prestação dos serviços. Já 20% discordam e 12% não observam diferença.

Conforme exposto na abordagem do referencial teórico, há uma dificuldade por parte dos gestores em enxergar os resultados financeiros com a implantação de um programa de qualidade. Os resultados desta pesquisa mostram que, na Bahia, os respondentes acreditam que há retornos financeiros. Quanto aos hospitais acreditados, um discorda parcialmente e o outro discorda totalmente que a organização perceba retorno financeiro com a implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar.

5.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Após tabular todos os dados dos questionários com enfoque estratégico e operacional, foram listadas as afirmativas com os seus respectivos somatórios das respostas “concordo totalmente” e “concordo parcialmente”, a fim de que se pudesse constatar a posição das organizações em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar. Apenas a afirmativa “o corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização”, do item 3.1.4 (Interligação entre Processos), do questionário operacional, foi avaliada por meio do somatório de suas

respostas “discordo totalmente” e “discordo parcialmente”, pelo fato de estas opções terem caráter positivo. Para cada categoria de análise, foi feita uma média aritmética. Também foram destacadas as afirmativas que mostram a fragilidade das organizações em relação ao programa de qualidade em estudo.

Tabela 95 - Síntese dos resultados

Item do questionário	Afirmativa do questionário	Somatório das respostas concordo totalmente e concordo parcialmente
3.1.1 Formas de Gestão (questionário operacional)	1. Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e entendem como importantes para o atingimento dos objetivos organizacionais.	66,7%
	1. Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e as entendem como importantes para atingir os objetivos organizacionais.	70,9%
	2. A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais.	41,7%
	3. A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos.	59,77%
Média		59,77%
3.3.1 Alta Direção (questionário estratégico)	1. Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar.	72%
	2. Na organização, a alta direção promove meios necessários para a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar.	64%
	3. Na organização, o Programa de Acreditação Hospitalar está alinhado às estratégias estabelecidas pela alta direção.	60%
Média		65,33%
		(continua)

Tabela 95 - Síntese dos resultados

		(continuação)
Item do questionário	Afirmativa do questionário	Somatório das respostas concordo totalmente e concordo parcialmente
3.1.2 Envolvimento dos Médicos (questionário operacional)	1. Os prontuários e laudos são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação.	83,3%
	2. Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores.	58,3%
	3. Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico, quando convocados.	75,0%
	4. Os médicos possuem conhecimento do regimento interno.	54,1%
Média		67,68%
3.1.3 Gestão por Processos (questionário operacional)	1. Todos os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão documentados.	75,0%
	2. Há uma sistemática de controle da documentação, com vistas a permitir a sua elaboração, atualização e disponibilidade para os funcionários.	75,0%
	3. Os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes no caso de dúvidas na realização das suas atividades.	75,0%
	4. Os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento.	58,3%
	5. A organização realiza auditorias internas, voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados.	49,0%
	6. A organização contrata auditorias externas, voltadas para o gerenciamento dos processos implantados.	29,1%
	7. A construção dos protocolos de maior prevalência é realizada com o envolvimento da equipe multiprofissional.	87,5%
	8. Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização.	58,3%
	9. Os prontuários são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação, pela enfermagem.	91,6%

(continua)

Tabela 95 - Síntese dos resultados

		(continuação)
Item do questionário	Afirmativa do questionário	Somatório das respostas concordo totalmente e concordo parcialmente
3.1.3 Gestão por Processos (questionário operacional)	10. A organização possui mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização.	75,0%
	11. A organização possui mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares	87,5%
	12. Os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar.	79,2%
	13. Os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar.	58,3%
	14. A organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação.	79,2%
Média		69,9%
3.1.4 Interligação entre processos (questionário operacional)	1. Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais.	70,8%
	2. O corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização.	66,7%
	3. Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para a realização de seu trabalho.	74,0%
	4. A organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua.	75,0%
Média		71,6%
3.1.5 Gerenciamento de RH / Envolvimento do nível gerencial (questionário operacional)	1. O processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecidas pelos gestores e recursos humanos.	70,9%
	2. A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho.	50,0%
	3. A organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da qualidade.	58,3%
		(continua)

Tabela 95 - Síntese dos resultados

		(continuação)
Item do questionário	Afirmativa do questionário	Somatório das respostas concordo totalmente e concordo parcialmente
3.1.5 Gerenciamento de RH / Envolvimento do nível gerencial (questionário operacional)	4. Os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional.	70,9%
	5. Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia.	54,1%
	6. A organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o RH um facilitador.	54,1%
	7. A organização possui programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores.	45,8%
Média		57,7%
3.1.6 Mensuração de Resultados (questionário operacional)	1. A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência.	37,5%
	2. A organização promove treinamentos, adquire equipamentos, define e/ou atualiza os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais.	41,6%
	3. A organização possui sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores, para análise de tendências.	70,9%
	4. A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua.	72,5%
Média		55,6%
3.3.2 Retornos Financeiros (questionário estratégico)	1. A organização percebe retorno financeiro na implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar.	48%
	2. A organização percebe retorno financeiro ao gerenciar os contratos com os fornecedores, desde o processo de qualificação até a sua avaliação após o uso dos produtos ou prestação dos serviços.	68%
Média		58%

Pode-se constatar que as médias de todas as categorias de análise estão acima de 50%. Esse fato mostra que as organizações, de uma forma geral, possuem práticas de gestão que se

aproximam dos padrões exigidos pelo Programa de Acreditação Hospitalar. O que pode ser questionado é se o amadurecimento dessas práticas atende aos requisitos do programa.

Há também itens cujos resultados demonstram a fragilidade das organizações hospitalares em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar, pois tiveram percentuais abaixo do que seria esperado para as respostas “concordo totalmente” e “concordo parcialmente”. São eles: o sistema de medição do desempenho institucional (41,7%), o processo de auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados (49%), o processo de auditorias externas voltadas para o gerenciamento dos processos implantados (29,1%), ter programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores (45,8%), possuir um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência (37,5%), promover treinamentos, adquirir equipamentos, definir e/ou atualizar os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais (41,6%) e perceber retorno financeiro na implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar (48%).

A partir desses resultados, pode-se constatar que medir resultados não faz parte da cultura dessas instituições. Isso pode ser constatado tanto em relação ao uso de um sistema de medição, quanto em relação a processos de auditorias. Outro aspecto relevante é o pouco investimento em programas de qualidade de vida dos colaboradores, o que seria desejável tendo em vista que contribui para um maior compromisso dos funcionários com o trabalho na organização. Por último, vale destacar que a dificuldade de perceber o retorno financeiro do programa como um investimento de longo prazo para a organização é um fato que pode dificultar a implantação e/ou manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar.

6 CONCLUSÃO

Este capítulo resume o estudo realizado e as suas contribuições para o meio acadêmico e profissional e faz sugestões para pesquisas futuras.

Conforme apresentado anteriormente, o presente estudo guiou-se pelo objetivo principal de analisar a posição das organizações hospitalares em relação à acreditação. Para atingir esse objetivo, era necessário entender como as organizações hospitalares percebem esse processo, que possíveis dificuldades e benefícios estão relacionados à sua implantação, e, ao mesmo tempo, conhecer as práticas de gestão hospitalar com base na metodologia de acreditação da ONA.

O universo da pesquisa foi constituído por organizações hospitalares localizadas no estado da Bahia que fazem parte da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Bahia, o InovarH, e outras organizações hospitalares fora da Rede que estão localizadas nas cidades de Salvador e Lauro de Freitas.

Foi feito um questionário para se conhecer a posição das organizações hospitalares em relação ao programa de acreditação. Primeiramente, desenvolveu-se um referencial teórico com o objetivo de embasar o estudo empírico. Os principais conceitos relacionados ao problema da pesquisa, organização hospitalar e acreditação hospitalar, foram apresentados. No que se refere à organização hospitalar (ver capítulo 2), inicialmente, foi feito um relato sobre o conceito de organização, de qualquer tipo, com as suas dimensões de análise. Essa parte do estudo também contemplou um detalhamento da estrutura organizacional e da gestão de processos. Posteriormente, o estudo foi direcionado para as especificidades da área de saúde. Nesse momento, foram abordados o conceito de hospital e a sua evolução histórica.

Após o enfoque da organização hospitalar, partiu-se para o estudo da acreditação hospitalar (ver capítulo 3). Seguindo a mesma linha de pensamento, para favorecer a compreensão, primeiro abordou-se o que é qualidade e sua inserção no mundo;

posteriormente, o estudo foi direcionado para as especificidades da área de saúde. Ao se caracterizar a acreditação hospitalar, descreveu-se o seu conceito e a sua evolução histórica, assim como a gestão por processos em serviços de saúde.

Na seqüência, foi analisada a implementação da acreditação hospitalar. Nesse momento, foi feita uma revisão bibliográfica sobre as dificuldades que as organizações, em geral, encontram para implantar programas de qualidade, inclusive a Acreditação. Essa parte do estudo contemplou as vantagens de um programa de qualidade e as ações necessárias para a sua implementação, as pesquisas realizadas e as categorias de análise da Acreditação Hospitalar.

Foi realizada uma pesquisa, conforme abordado no capítulo 4 (Procedimentos Metodológicos), de natureza exploratória e descritiva, através do método de levantamento (*survey*), utilizando-se questionários como instrumentos de coleta de dados. A pesquisa constituiu-se de um teste piloto em uma organização hospitalar e (posteriormente) da aplicação de questionários em todas as organizações participantes da Rede InovarH e em hospitais fora da rede, localizados nas cidades de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica. O levantamento foi feito em 39 organizações hospitalares, sendo que 25 responderam o questionário, o que representa um percentual de 64% diante do universo da pesquisa e 39% diante do universo de hospitais existentes nas cidades de Salvador, Lauro de Freitas e Itaparica (localização dos hospitais que responderam aos questionários).

O objetivo do estudo foi alcançado e exposto no capítulo 5 (Análise prática da posição da acreditação para as organizações hospitalares), que descreve como as organizações hospitalares participantes da pesquisa se posicionaram em relação aos itens pesquisados. O perfil das organizações – hospitais de todos os portes, com grande participação dos principais hospitais da cidade de Salvador – e de respondentes – membros da diretoria e presidência (64% no questionário estratégico e 45,8% no questionário operacional) – torna a pesquisa relevante no mercado baiano.

Os resultados obtidos apontam o fato de que há um significativo conhecimento sobre o Programa de Acreditação Hospitalar e um grande interesse nesse processo por parte das instituições (68% conhecem). A partir desses resultados, pôde-se chegar a algumas conclusões.

Quanto à percepção das organizações hospitalares em relação ao programa de acreditação, de acordo com as respostas a esta pesquisa, a alta administração reconhece os possíveis benefícios do Programa de Acreditação Hospitalar e acredita que o corpo gerencial e funcional apoiariam a implantação do processo de acreditação. As organizações reconhecem a

importância do programa como diferencial na busca contínua pela profissionalização do setor. Elas também enxergam que a acreditação traria possíveis benefícios em alguns aspectos como, por exemplo, maior regulamentação do setor de saúde, aumento do poder, imposições e pressão dos planos de saúde e o papel difusor do Ministério da Saúde na busca por melhorias na gestão do setor.

Os resultados demonstram que as organizações hospitalares têm vontade de implantar o programa de acreditação, mas sentem a falta de iniciativas por parte dos agentes reguladores do mercado de serviços de saúde. Elas consideram que o Ministério da Saúde deveria ter uma sistemática mais efetiva de divulgação e que os planos de saúde deveriam tratar de forma diferenciada as instituições que tivessem um programa de qualidade ou uma prática eficaz e eficiente de gestão institucional. O fato de a organização ter ou não algo que possa ser assim definido deveria se constituir um fator para um tratamento diferenciado.

Outro aspecto citado pelas organizações que merece destaque é o programa contribuir para uma maior regulamentação do setor de saúde. Apontar esse aspecto (maior regulamentação) como positivo, tendo em vista possíveis benefícios, vai de encontro ao caráter voluntário do programa. Isso fica mais nítido ainda quando se sabe que as organizações começaram a adotar programas de qualidade que possuem caráter voluntário (como as normas de certificação da ISO) e a obter certificados apenas por exigência do mercado.

Também foi mencionada a importância da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia como um órgão regulador do processo de acreditação junto aos hospitais públicos. Foi constatado que a Sesab, em tese, reconhece a relevância do programa, uma vez que estabelece, na sua própria Agenda, a sua implantação gradativa nos hospitais que coordena.

Os gestores das organizações também comentaram sobre aspectos que dificultam a implantação de um programa de acreditação como, por exemplo, os custos elevados, a discrepância entre a realidade atual e o exigido no programa de qualidade e a falta de prioridade na alocação de recursos. Em relação a este último aspecto, alguns gestores apontam a necessidade de, primeiro, “organizar a casa”, para depois investir no processo de acreditação. Outros salientam os custos elevados e a falta de incentivo para efetuar esse investimento, já que, conforme mencionado anteriormente, os agentes reguladores do mercado não criam mecanismos para estimular as organizações a adotarem programas de qualidade.

A caracterização das práticas de gestão, conforme explicado no capítulo 4 (Procedimentos Metodológicos), foi obtida por meio do estabelecimento das categorias de

análise – definidas a partir das dificuldades em implementar o programa de acreditação – e de perguntas elaboradas – com base nos padrões exigidos pelo manual de acreditação – para medir o grau dessas dificuldades. As respostas foram elaboradas de modo que os resultados positivos indicariam que as dificuldades estariam sendo superadas e as organizações estariam se aproximando das exigências do manual de acreditação hospitalar.

As médias aritméticas de todas as perguntas em cada categoria de análise foram superiores a 50%, demonstrando que as organizações, de um modo geral, estão caminhando para o atendimento aos requisitos da acreditação hospitalar. O que se pode questionar é se as práticas adotadas pelas organizações atendem às exigências da acreditação.

Quando se considera isoladamente cada categoria de análise, as respostas às perguntas indicam que há fragilidades em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar. Dentre elas, podem-se destacar algumas que tiveram um percentual de respostas “concordo totalmente” e “concordo parcialmente” significativo: o sistema de medição do desempenho institucional, com 41,7%; o processo de auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados, com 49%; o processo de auditorias externas voltadas para o gerenciamento dos processos implantados, com 29,1%; ter programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores, com 45,8%; possuir um sistema de medição de resultados de processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da sua assistência, com 37,5%; promover treinamentos, adquirir equipamentos, definir e/ou atualizar os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais, com 41,6% e perceber retorno financeiro na implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar, com 48%.

A partir desses resultados fica comprovado que, dentre as categorias de análise, as que representam prováveis dificuldades na implementação de programas de qualidade estão relacionadas ao gerenciamento de recursos humanos, à mensuração de resultados e a enxergar os retornos financeiros. As demais categorias, como autoritarismo e corporativismo, não envolvimento da alta direção, resistência dos médicos, processo precariamente estabelecido, com ausência de procedimentos pré-definidos, hiperespecialização das diversas categorias de saúde, dificultando a interligação entre processos e desinteresse do nível gerencial não representam entraves em relação à possibilidade de implantar um programa de acreditação.

Com base nesses resultados, pode-se concluir que as organizações se posicionaram favoravelmente em relação à acreditação hospitalar, reconhecendo a importância desse programa para o mercado de serviços de saúde baiano embora ainda encontrem dificuldades em relação à sua implementação. Esta última constatação pode ser generalizada considerando

o custo elevado para a implantação do programa e a falta de iniciativas dos agentes reguladores do setor de saúde em fazer com que esse programa contribua para a competitividade do mercado e, conseqüentemente, para a garantia da qualidade da assistência médico-hospitalar.

Conclui-se também que esta pesquisa pode trazer algumas contribuições para as diversas partes envolvidas nos serviços de saúde. Pode contribuir para a melhoria das práticas de gestão das organizações hospitalares, dado que os resultados encontrados poderão nortear as suas atividades. Também pode contribuir para sensibilizar os planos de saúde e o Governo do estado da Bahia, no que se refere a estabelecer mecanismos que incentivem a implantação dos programas de acreditação por parte das organizações hospitalares. Em relação às agências acreditadoras e à Organização Nacional de Acreditação (ONA), esta pesquisa pode ter apontado um mercado com possibilidade de expansão, apresentando novas organizações interessadas no programa. E, do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa pode contribuir para o desenvolvimento de outros estudos voltados para práticas de gestão hospitalar.

A partir deste trabalho surgem algumas sugestões para pesquisas futuras na área de práticas de gestão voltadas para programas de qualidade. A primeira sugestão seria a elaboração de estudos de caso específicos, nos quais uma análise minuciosa poderia ser realizada em algumas organizações hospitalares acreditadas e não acreditadas. Essa análise poderia complementar o estudo desta dissertação, buscando aprofundar as situações pesquisadas. A segunda sugestão é a ampliação do estudo aqui realizado para as organizações hospitalares das principais cidades da Bahia, ou até mesmo das capitais brasileiras, no sentido de se consolidar as informações sobre o tema no Brasil, já que este, por sua relevância, requer uma abordagem mais abrangente. A terceira sugestão é estudar os hospitais públicos do estado da Bahia, já que a (falta de) qualidade dos serviços públicos de saúde requer estudos que contribuam para a melhoria da assistência médico-hospitalar e o atendimento à sociedade em geral. A quarta e última sugestão é a ampliação do estudo para outras organizações da área de saúde também contempladas pelo programa de acreditação, a exemplo dos laboratórios, bancos de sangue etc.

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Relatório aponta crescimento das certificações voluntárias**. Brasília, 13 fev. 2006a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/130206.htm>>. Acesso em: 11 maio 2006.

_____. **Relatório preliminar sobre Sistema Brasileiro de Acreditação**. Brasília, jan. 2006b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/projetos/rel_acredita.pdf>. Acesso em: 11 maio 2006.

_____. **Segundo relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação**. Brasília, mar. 2006c. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/projetos/rel_acredita2.pdf>. Acesso em: 11 maio 2006.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. Tradução Antonio Zoratto Sanvicente. São Paulo: Pioneira, 2002.

ALGARTE, Waldir; QUINTANILHA, Delma. **A história da qualidade e o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade**. Rio de Janeiro: INMETRO/SENAI, 2000.

ALVARENGA-NETTO, Clovis Armando. **Proposta de modelo de mapeamento e gestão por processos**. 2004. 146f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANDRADE, Fábio Felipe. **O método de melhorias PDCA**. 2003. 169f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3146/tde-04092003-150859/>>. Acesso em: 11 maio 2006.

ANTUNES, Felipe Lacerda. Um estudo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 161-177.

ARAÚJO, Cláudia Affonso Silva Araújo; FIGUEIREDO, Kleber Fossati. Programas de qualidade em serviços de saúde: um estudo dos programas implementados por três hospitais brasileiros. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD (ENANPAD), 28., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ENANPAD, 2004. 1 CD.

ARAÚJO, Luis César. **Organização, sistemas e métodos e as modernas ferramentas de gestão organizacional**: arquitetura organizacional, benchmarking, empowerment, gestão pela qualidade total, reengenharia. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Catálogo de certificações ISO9000**. Rio de Janeiro, 2002.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt et al. **Psicologia, organização e trabalho no Brasil**: conceito e perspectivas de estudo das organizações. Porto Alegre: Artmed, 2004a.

_____. **Psicologia, organização e trabalho no Brasil**: dimensões básicas de análise das organizações. Porto Alegre: Artmed, 2004b.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; Cultura & qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 15-31.

BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria geral dos sistemas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

BLUMEN, Abrão. Dificuldades e benefícios dos programas de qualidade implementados em hospitais selados pelo Controle de Qualidade Hospitalar (CQH). In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 81-98.

BOWDITCH, James L; BUONO, Anthony F. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

BRAGA NETO, Francisco Campos. **Examinando alternativas para a administração dos hospitais: os modelos de gestão descentralizados e por linhas de produção**. 1991. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96 de 1º. de outubro de 1996. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRITO, Maria José Menezes; MONTEIRO, Plínio Rafael Reis; COSTA, Janaína Oliveira. Interfaces da mudança e dos modos de gestão na rede hospitalar privada de Belo Horizonte: caminhos e descaminhos na ótica da gerente-enfermeira. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD (ENANPAD), 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador, ENANPAD, 2002, 1 CD.

CAMPOS, Francisco Eduardo; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. **Revista Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, jul./dez., p. 79-96, 1999.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Gerência de qualidade total: estratégia para aumentar a competitividade da empresa brasileira.** Rio de Janeiro: Bloch, 1990.

_____. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia.** Rio de Janeiro: EDG, 1994.

_____. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês).** 6. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

CARVALHO NETO, José. **Avaliação dos resultados da implantação de sistema de gestão da qualidade com base na ISO9001 na Petrobrás / Serviços compartilhados / Regional Norte / Nordeste.** 2002. 77f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

CERQUEIRA, Pedro B. **Alinhamento entre as estratégias da tecnologia da informação e as estratégias empresariais em organizações hospitalares.** 2003. 173f. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) – Universidade Salvador - Unifacs, Salvador, 2003.

CHANES, Marcelo. Implementando mudanças na estrutura organizacional de Instituições de Saúde – a arte de gerenciar mudanças. **Revista O Mundo na Saúde**, São Paulo, ano 28, v. 28, n. 2, p. 143-150, abr./jun. 2004.

CHANLAT, Jean-François. Por uma Antropologia da condição humana nas organizações. In: TORRES, Ofélia de Lanna Sette (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993, p. 21-45.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Naírio Augusto. **Administração Hospitalar: fundamentos.** São Paulo: Cedas, 1997.

CIPRIANO, Sônia Lucena. **Proposta de um conjunto de indicadores para utilização na farmácia hospitalar com foco na acreditação hospitalar.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em:
<http://www.ona.org.br/ona/ecommerce/restrict_area/fileFrame.jsp?StructureId=3_0&>. Acesso em: 11 junho 2006.

COSTA, José Cleber do Nascimento. Qualidade e o futuro dos hospitais. **Revista O Mundo na Saúde**, São Paulo, ano 25, v. 25, n. 3, jul/set, p. 320-341, 2001.

COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia Moreira Grillo. **Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade.** Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2003.

CRUZ, Tadeu. **Workflow: a tecnologia que vai revolucionar processos.** São Paulo: Atlas, 1998.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

CUNHA, Marco Antonio Leite da. **Gestão integrada de processos de negócio:** soluções integradas de sistemas corporativos atendem às necessidades de gestão dos processos de negócio? 1998. 180f. Dissertação (Mestrado em Administração da Produção e Sistemas de Informação) – Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 1998.

DAVENPORT, Thomas H.. **Reengenharia de processos:** como inovar na empresa através da tecnologia da informação. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

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

DUBNER, Alan Gilbert; MOREIRA, Júlio César Tavares; PASQUALE. Perrotti Pietrângelo. **Dicionário de termos de marketing:** definições e palavras-chaves de marketing, propaganda, pesquisa, comercialização, comunicação e outras áreas correlatas a estas atividades. 2. ed. ampl. São Paulo: Atlas, 1996.

FEIGENBAUM, Armand V. **Controle da qualidade total.** Tradução Regina Cláudia Loverri. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1994, v. 1.

FELDMAN, Liliane Bauer. Análise dos critérios de avaliação do serviço de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais:** administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 131-151.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder:** o nascimento do hospital. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 99-111.

FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Critérios de Excelência:** o estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e para o aumento da competitividade. São Paulo: Folie Comunicação, 2005.

GALVÃO, Célio Arnulfo Castiglione; MENDONÇA, Marcio Ferreira de. **Fazendo acontecer na qualidade total.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

GALVÃO, Cláudia Raffa; FEDERIGHI, Waldomiro José Pedroso. O Hospital e o Administrador Hospitalar: um breve resgate histórico. **Revista O Mundo na Saúde**, São Paulo, ano 26, v. 26, n. 2, abr./jun., p. 209-215, 2002.

GASTRAL, Fábio Leite. **As metodologias de avaliação e sua aplicação em saúde.** 2005. Disponível em:
<http://www.ona.org.br/ona/ecommerce/restrict_area/fileFrame.jsp?StructureId=01_0_0>. Acesso em: 11 maio 2006.

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

GONÇALVES, José Ernesto L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998.

_____. As empresas são grandes coleções de processos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6-19, 2000.

_____. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 01-20, 2002.

GUNDIM JÚNIOR, Oscar. **Gerenciamento por processos**. 1997. 77f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 1997.

HAMMER, Michael. **Além da reengenharia: como as organizações orientadas para processos estão mudando nosso trabalho e nossas vidas**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. A empresa voltada para processos. **Revista HSM Management**, São Paulo, ano 2, n. 9, jul./ago., p. 6-9, 1998.

HAMMER, Michael; CHAMPY, James. **Reengenharia: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

HOSPITAL GERAL: Métodos de acreditação hospitalar. Disponível em:

<http://www.hospitalgeral.com.br/1_prof/adm_hosp/qualidade/acreditação.htm>. Acesso em: 17 out 2003.

ICHINOSE, Roberto Macoto; ALMEIDA, Rosimary Terezinha. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 193-202.

ISHIKAWA, Kaoru. **Controle de qualidade total: à maneira japonesa-1915**. Tradução Liana Torres. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JOHNSON & JOHNSON. Programa Gestão Hospitalar Clientes Corporativos. São Paulo: jun./jul. 2004.

JURAN, Joseph M. **Juran na liderança pela qualidade**. Tradução João Mário Csillag. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____. **Juran planejando para a qualidade**. Tradução João Mário Csillag e Cláudio Csillag. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

_____. Qualidade no século XXI: prognósticos para o futuro da qualidade e uma análise de sua história no século XX, marcado pela busca da produtividade. **Revista HSM Management**, São Paulo, n. 3, v. 1, p. 96-104, jul./ago. 1997.

KLÜCK, Mariza et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 16, jul./set. 2002, p. 27-32, 2002.

KLÜCK, Mariza; PROMPT, Carlos Alberto. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 69-80.

LABBADIA, LÍlian Lestingi et al. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 115-121.

LAWRENCE, Paul R.; LORSCH, Jay W. **As empresas e o ambiente: diferenciação e integração administrativas**. Petrópolis: Vozes, 1973.

MAGALHAES, Júlio César; RODRIGUES JÚNIOR, Teobaldo O. **A contabilidade gerencial via sistemas de informação aumenta receitas e resultados no Hospital Português**. Salvador: Faculdade Visconde de Cairu, 2004.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MALIK, Ana Maria; PENA, Fabio Patrus Mundim. Administração estratégica em hospitais. São Paulo, FGV-EAESP, 2003. Disponível em: <www.eaesp.fgvsp.br/AppData/GVPesquisa/P00263_1.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2006.

MARTELOTTE, Marcela Cohen. **Programa brasileiro de acreditação hospitalar: sua influência no credenciamento de hospitais em operadoras de planos de saúde**, 2003. 121f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200332731011012004P5>>. Acesso em: 01 maio 2006.

MARTINS, Roberto Antonio; TOLEDO, José Carlos de. Proposta de modelo para elaboração de programas de gestão para a qualidade total. **Revista de Administração**, São Paulo, v.33, n. 2, p. 52-59, abr./jun. 1998.

MELO, Marlene Catarina Oliveira Lopes. **Gestão das pessoas nas organizações: um aprendizado para gerentes e profissionais da área**. In: PIMENTA, S. M. (Org.). **Recursos humanos: uma dimensão estratégica**. Belo Horizonte: UFMG/FACE/CEPEAD, 1999, p. 157-175.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Gerenciando qualidade em serviços de saúde**. 1994. 215 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

MEZOMO, João Catarin. **O administrador hospitalar**. São Paulo: Cedas, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed., n. 117, Brasília, 2001.

_____. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.** 2006. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp>. Acesso em: 01 ago. 2006.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995.

MORAES, Cecília Arlene. Inibição do processo de acreditação em vista da cultura organizacional. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 33-67.

NOGUEIRA, A. H. et al. Globalização: reestruturação produtiva e impactos na gestão de recursos humanos. In: PIMENTA, S.M. (org.) **Recursos Humanos: uma dimensão estratégica.** Belo Horizonte: UFMG/FACE/CEPEAD, 1999: 25-40.

NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

NOVAES, Humberto de Moraes. Será que os hospitais latino-americanos e do Caribe já estão na fase da re-engenharia? **Revista de Administração em Saúde,** São Paulo, v. 1, n. 4, jun. 1999, p. 03-10.

OAKLAND, John. S. **Gerenciamento da qualidade total: TQM - o caminho para aperfeiçoar o desempenho.** São Paulo: Nobel, 1994.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas.** 17. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares.** v.1. Pelotas: Educat, 2003.

_____. **Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação Multiplicadores, Talsa Multiplicadores: A Conceitos.** Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.ona.org.br/content/ID_C3A50A0F-938D-4497-B6AF-86DC73F5119F/>. Acesso em: 30 nov. 2005.

_____. **A Histórico da Acreditação.** Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.ona.org.br/content/ID_C3A50A0F-938D-4497-B6AF-86DC73F5119F/>. Acesso em: 29 nov. 2005 e 30 nov. 2005.

_____. **A Sistema Brasileiro A.** Brasília, 2005c. Disponível em: <http://www.ona.org.br/ona/content/ID_C3A50A0F-938D-4497-B6AF-86DC73F5119F/...>. Acesso em: 30 nov. 2005.

_____. **AQ História.** Brasília, 2005d. Disponível em: <http://www.ona.org.br/content/ID_E5FAED5A-AD1C-43E8-89FA-E04CDCE29E9>. Acesso em: 16 nov. 2005.

_____. **AQ Qualidade.** Brasília, 2005e. Disponível em: <http://www.ona.org.br/content/ID_E5FAED5A-AD1C-43E8-89FA-E04CDCE29E9>. Acesso em: 16 nov. 2005.

_____. **LS Sistema Nacional VS.** Brasília, 2005f. Disponível em:
<http://www.ona.org.br/ona/content/ONA_TALSA_20030519_03/AUC-20050705-16372...>.
Acesso em: 16 nov. 2005.

_____. **LS Vigilância SS.** Brasília, 2005g. Disponível em:
<http://www.ona.org.br/ona/content/ONA_TALSA_20030519_03/AUC-20050706-08402...>.
Acesso em: 16 nov. 2005.

_____. **Serviços Hospitalares.** 2006. Disponível em <<http://www.ona.org.br/>>. Acesso em:
01 ago. 2006.

OTTOBONI, Célia et al. Algumas razões para a ocorrência de falhas na implementação do *balanced scorecard* (BSC). In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 22., 2002, Curitiba, **Anais...** Curitiba, Associação Brasileira de Engenharia de Produção (ABEPRO), 2002.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade:** teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2000.

PATRUS, Fábio P. **Implantação do modelo ISO9002 na área da saúde:** a visão do gestor da qualidade em quatro unidades de um hospital do município de São Paulo em 2000. 2000. 110f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

PEDROSA, Tânia Moreira Grillo. **Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da Organização Nacional de Acreditação (ONA) 2004 – e as normas da série NBR ISO9000:2000.** 2004. 137f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 137f. Disponível em:
<http://www.ona.org.br/ona/ecommerce/restrict_area/fileFrame.jsp?StructureId=3_0&R>.
Acesso em: 11 maio 2006.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise da indústria e da concorrência. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais:** Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações Complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

REDE DE INOVAÇÃO E APRENDIZAGEM EM GESTÃO HOSPITALAR – BAHIA (INOVARH). 2006. **Apresentação.** 2006. Disponível em:
<<http://www.inovarh.ufba.br/contents.php?opc=ORG>>. Acesso em: 01 ago. 2006.

REZENDE, Denis Alcides; ABREU, Aline França de. **Tecnologia da informação aplicada a sistemas de informação empresariais.** São Paulo: Atlas, 2001.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional.** São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RUMMLER, Geary A; BRACHE, Alan P. **Melhores desempenhos das empresas.** São Paulo: Makron Books, 1994.

SANTANA, Ricardo Torres. **A cultura organizacional e a liderança nos hospitais particulares de Manaus para implantação do modelo de gestão pela qualidade total.** 2001. 91f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Manaus, 2001.

SCARPI, Marinho Jorge. **Gestão de clínicas médicas.** São Paulo: Futura, 2004.

SCHIESARI, Laura Maria César; KISIL, Marcos. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 7-17, jan./mar. 2003.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Dicas práticas sobre controle de infecção hospitalar.** 2. ed. Salvador, 2001a.

_____. **Padrões de qualidade da assistência para auto-avaliação hospitalar com foco no controle de infecção hospitalar:** portaria 1083. 2. ed. Salvador, 2001b.

_____. **Controle de infecção hospitalar:** assessoramento gerencial. 2. ed. Salvador, 2002a.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Guia básico:** indicadores para o monitoramento do desempenho hospitalar Bahia. Salvador, 2002b.

_____. **Método para implantação de programas de melhoria da qualidade assistencial:** portaria 1018/2003. Salvador, 2003a.

_____. **Recomendações para elaboração de protocolos.** 2. ed. Salvador, 2003b.

_____. **Agenda estadual de saúde.** Salvador, 2004. Disponível em:
<<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/agenda%202004.doc>>. Acesso em: 01 ago. 2006.

_____. **Projeto de reorganização do sistema de saúde do estado da Bahia:** manual de operação do projeto saúde Bahia. Salvador, 2005. Disponível em:
<<http://www.saude.ba.gov.br/SaudeBahia/>>. Acesso em: 01 ago. 2006.

SERRA, Fernando A. Ribeiro; TORRES, Maria Cândida S.; TORRES, Alexandre Pavan. **Administração estratégica:** conceitos, roteiro prático e casos. Rio de Janeiro: Reichmann&Affonso Editores, 2004.

SILVA, Tatiana Dias. **Inovações gerenciais em organizações hospitalares privadas de Salvador.** 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

STONER, James A. F.; FREEMAN, R. Edward. **Administração.** Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TAYLOR, Frederick W. **Princípios de Administração Científica.** São Paulo: Atlas, 1911.

TEBOUL, James. **Gerenciando a dinâmica da qualidade.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

TOLOVI JÚNIOR, José. Por que os programas de qualidade falham? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 6-11, 1994.

USIRONO, Carlos Hiroshi. **Tecnologia *workflow***: o impacto de sua utilização nos processos de negócio. Um estudo de casos múltiplos. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

VASCONCELOS, Isabella Freitas Gouveia; VASCONCELOS, Flávio C. Gestão de recursos humanos e identidade social: um estudo crítico. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 64-78, 2002.

VASCONCELOS FILHO, Paulo de; PAGNONCELLI, Dernizo. **Construindo estratégias para competir no século XXI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

WALTON, Mary. **O método Deming de administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.

WOOD JÚNIOR, Tomaz; URDAN, Flávio Torres. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 46-59, nov./dez. 1994.

ZANON, Uriel. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 15-22, jul./set. 2000.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

Apêndice A – Identificação das Categorias de Análise

Dificuldade (Variáveis)	Subseção	Requisitos / Itens de Orientação	Perguntas do Questionário	Impacto (o que se quer medir)
ESTRUTURA				
Autoritarismo e Corporativismo	Direção e Liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizar as comissões e serviços previstos em lei. ✓ Reforçar a ação dos grupos de trabalho para melhorias dos processos de gestão da qualidade. ✓ Reforçar o método estruturado de comunicação da estratégia que vise estabelecer o sistema de controle de medição do desempenho institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e as entendem como importantes para atingir os objetivos organizacionais. ✓ A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais. ✓ A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adequação da estrutura organizacional, identificando o grau de autoritarismo e corporativismo. ✓ Adequação da comunicação e do ambiente participativo. ✓ Adequação do negócio e envolvimento da alta direção.
Não envolvimento da alta direção	Direção e Liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros que evidenciem a memória e a análise crítica dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Na organização, há indicativos de participação da alta direção no Programa de Acreditação Hospitalar. ✓ Na organização, a alta direção promove meios necessários para a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar. ✓ Na organização, o Programa de Acreditação Hospitalar está alinhado às estratégias estabelecidas pela alta direção. ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Envolvimento da alta direção. ✓ Alinhamento à estratégia.

PROCESSO				
Resistência dos Médicos	Corpo Clínico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros no prontuário de todos os atendimentos realizados. ✓ Prontuários e laudos completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação. ✓ Comissões obrigatórias do corpo clínico e institucional. ✓ Registros, atas, relatórios e estatísticas referentes às atividades de avaliação da qualidade da assistência, com série histórica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os prontuários e laudos são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação. ✓ Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores. ✓ Os médicos freqüentam as reuniões do corpo clínico quando convocados. ✓ Os médicos possuem conhecimento e cumprem o regimento interno. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Envolvimento do corpo clínico. ✓ Adequação das atividades médicas.
Processo precariamente estabelecido, com ausência de procedimentos pré-definidos	Gestão da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados, disponíveis e aplicados. ✓ Implementar procedimentos que garantam a qualidade dos processos implantados. ✓ Definir critérios e estrutura para realização e acompanhamento das auditorias de primeira e segunda parte voltadas ao gerenciamento de riscos e documentos. ✓ Definir sistema para controle da documentação gerada na estruturação dos processos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão documentados. ✓ Há uma sistemática de controle com vistas a permitir a elaboração dos documentos, a sua atualização e a sua disponibilidade para os funcionários. ✓ Os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes no caso de dúvidas na realização das suas atividades. ✓ Os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejamento de processos e procedimentos institucionais. ✓ Capacitação profissional. ✓ Grau de envolvimento das diversas camadas organizacionais ✓ Planejamento de sistema de medição de resultados de processos ✓ Adequação das atividades de enfermagem.
	Corpo Clínico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir o gerenciamento dos protocolos das patologias de maior prevalência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A organização realiza auditorias internas, voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados. ✓ A organização contrata auditorias externas, voltadas para o gerenciamento dos processos implantados. ✓ A construção dos protocolos de maior prevalência é realizada com o envolvimento da equipe multiprofissional. ✓ Há o gerenciamento de pelo menos 3 	
	Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros de enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovem a realização da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções da enfermagem, orientações e cuidados prestados. ✓ Procedimentos técnicos básicos para a execução das tarefas de enfermagem. 		
	Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Especificação, aquisição, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de medicamentos e materiais médico-hospitalares. 		

	Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimentos para especificação, recebimento, instalação, operação, manutenção e descontinuidade (desativação) de equipamentos. ✓ Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos. 	<p>(três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Os prontuários são, em sua maioria, preenchidos de completa, legível e assinados com a respectiva identificação, pela enfermagem. ✓ A organização possui mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização. ✓ A organização possui mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares. ✓ Os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar. ✓ Os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar. ✓ A organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação. 	
Hiperespecialização das diversas categorias de saúde, dificultando a interligação entre processos	Gestão da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir cadeia de valores entre fornecedores e clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais. ✓ O corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização. ✓ Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para realizar o seu trabalho. ✓ A organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestão por Processos

Falta de formação do pessoal envolvido (gerenciamento de RH) / Desinteresse do nível gerencial	Direção e Liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar procedimentos que promovam a atualização e capacitação dos gestores com foco na gestão da qualidade: programa de capacitação e educação continuada, com evidências de melhorias. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecidas pelos gestores e recursos humanos. ✓ A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho. ✓ A organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da qualidade. ✓ Os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional. ✓ Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia. ✓ A organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o RH um facilitador. ✓ A organização possui programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejamento em equipes. ✓ Planejamento por competências técnicas e comportamentais. ✓ Adequação da cultura, filosofia e políticas. ✓ Planejamento da capacitação profissional.
	Gestão de Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar as ações formais do programa de recrutamento, seleção, retenção e desenvolvimento de pessoas: programa de valorização das pessoas. ✓ Definir programa institucional de capacitação das lideranças. 		
RESULTADO				
Mensuração de Resultados	Direção e Liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar o sistema de indicadores para a melhoria dos processos gerenciais, evoluindo assim para os ciclos de melhoria de impacto sistêmico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A organização possui um sistema de medição de resultados dos seus processos, que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência. ✓ A organização promove treinamentos, adquire equipamentos, define e/ou atualiza os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejamento de medição de resultados. ✓ Adequação do Negócio.
	Gestão da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir junto as diferentes áreas os indicadores de desempenho e qualidade, para busca de melhorias das metas institucionais. 		

	Sistema de Informação do Paciente	✓ Análise e comparações utilizando sistema de informação baseado em dados e indicadores.	estratégicos, táticos e operacionais. ✓ A organização possui sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores para análise de tendências. ✓ A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua. ✓	
Enxergar os retornos financeiros	Gestão de Materiais e Suprimentos	✓ Gerenciamento dos critérios de seleção e de avaliação de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer produtos e serviços de acordo com os requisitos de segurança.	✓ A organização percebe retorno financeiro na implantação e manutenção do Programa de Acreditação Hospitalar. ✓ A organização percebe retorno financeiro ao gerenciar os contratos com os fornecedores, desde o processo de qualificação até a sua avaliação após o uso dos produtos ou prestação dos serviços.	✓ Percepção do retorno financeiro na implantação de um sistema de gestão. ✓ Percepção do retorno financeiro no gerenciamento de contratos.
	Assistência Farmacêutica	✓ Critérios de seleção de fornecedores com base na sua capacidade em fornecer medicamentos e materiais médico-hospitalares de acordo com os requisitos de segurança e legislação vigente.		
	Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares	✓ Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.		

Apêndice B – Carta de encaminhamento do questionário

Salvador, XX de XX de 2006.

AO HOSPITAL _____

At. Sr. _____

Ref.: Pesquisa acadêmica - Universidade Salvador (UNIFACS)

Prezados Senhores,

Vem-se através desta solicitar a essa instituição o apoio para realização da pesquisa sobre Acreditação Hospitalar. Essa pesquisa integra uma dissertação, desenvolvida por minha pessoa, Liane Freitas Marques, no Mestrado de Administração Estratégica, da Universidade Salvador, Unifacs, sob a orientação da Professora Doutora Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva.

A referida pesquisa tem como objetivo verificar os rumos e as perspectivas da Acreditação Hospitalar, buscando compreender o modelo de gestão atual e sua relação com as dificuldades na implementação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Na sua realização serão aplicados 2 (dois) questionários (ver anexo), um com enfoque estratégico, a ser respondido pelo gestor hospitalar e outro com enfoque operacional, a ser respondido pelo gestor da organização hospitalar ou responsável pela área da qualidade. Os questionários serão enviados em cópia impressa e também por meio digital e poderão ser respondidos e devolvidos pessoalmente ou por e-mail. Para a viabilização dessa pesquisa, solicita-se que as respostas aos referidos questionários sejam encaminhadas até 10 (dez) dias da data do recebimento deste e-mail.

Deve-se esclarecer que as respostas dos questionários serão tratadas de forma confidencial e agregada, de maneira que em momento algum o nome dos participantes será divulgado ou relacionado aos resultados do trabalho final. Os dados das organizações hospitalares obtidos a partir desses questionários serão mantidos em sigilo absoluto em todas as publicações advindas dessa pesquisa.

Fica-se à disposição para quaisquer informações que ainda se fizerem necessárias, desde já agradecendo a contribuição dessa instituição.

Atenciosamente,

Liane Freitas Marques
Mestranda em Administração Estratégica (Unifacs)

Apêndice C – Modelo de questionário

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

A ser respondido pelo gestor da organização hospitalar (enfoque estratégico)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

1. Identificação do Entrevistado

Nome do Contato		Cargo do Contato	
Formação	Telefone	E-mail	

2. Dados da Organização

Nome do Hospital			
Endereço (Rua / Av. / No.)			
Bairro	CEP	Cidade	Estado

2.1 Natureza Jurídica

()	Público	()	Federal	()	Privado	()	Finalidade lucrativa
		()	Estadual			()	Sem finalidade lucrativa
		()	Municipal			()	Filantropico

2.2 Natureza da Assistência

()	Geral: presta assistência aos pacientes portadores de doenças das especialidades médicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, clínica ginecológica e obstetrícia e clínica pediátrica).
()	Geral com especialidades: prestam assistência aos pacientes portadores de doenças de várias especialidades, além das básicas.
()	Especializado: presta assistência aos pacientes portadores de doenças específicas ou predominantes.

2.3 Número de Leitos: _____

2.4 Número total de funcionários: _____

2.5 Data da Fundação: _____ / _____ / _____

2.6 Quanto ao Corpo Clínico

()	Aberto	()	Fechado
-----	--------	-----	---------

2.7 Quais certificados de qualidade o hospital possui:

<input type="checkbox"/>	Acreditação Hospitalar	Ano:	
<input type="checkbox"/>	ISO9001:2000 (especificar escopo)	Ano:	
<input type="checkbox"/>	ISO14001:2004	Ano:	
<input type="checkbox"/>	Outros (especificar)	Ano:	
Escopo da ISO9001:2000:			
Outros:			

2.8 Conhecimento e estágio do Programa de Acreditação Hospitalar:

<input type="checkbox"/>	A organização não considerou a possibilidade de Acreditação Hospitalar
<input type="checkbox"/>	A organização considerou a possibilidade de Acreditação Hospitalar
<input type="checkbox"/>	A organização iniciou e está em processo de Acreditação Hospitalar
<input type="checkbox"/>	A organização iniciou e parou o processo de Acreditação Hospitalar
<input type="checkbox"/>	A organização está com o certificado de Acreditação Hospitalar
Comentários sobre a opção escolhida:	

PARTE 2 – CARACTERIZAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**Instruções de preenchimento**

Esta parte contempla perguntas e afirmativas, ambas elaboradas a partir do referencial teórico, apresentando-se de forma simples e objetiva. No caso das afirmativas, para respondê-las, **leia cada afirmativa e marque a opção desejada.**

Elas obedecem a uma escala de concordância ou discordância com as afirmativas a seguir, utilizando os números **5, 4, 3, 2, 1**, do seguinte modo:

- Número “5” – “concordo totalmente”;
- Numero “4” – “concordo parcialmente”;
- Número “3” – “indiferente”;
- Número “2” – “discordo parcialmente”;
- Número “1” – “discordo totalmente”.

3.1 Possíveis dificuldades para a organização em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar

1. Falta de conhecimento do programa de qualidade.	5	4	3	2	1
2. Falta de reconhecimento por parte da Alta Administração sobre os benefícios do programa de qualidade.	5	4	3	2	1
3. Custo elevado na implementação de programa de qualidade.	5	4	3	2	1
4. Falta de envolvimento do corpo gerencial.	5	4	3	2	1
5. Resistência dos funcionários.	5	4	3	2	1
6. Falta de condições mínimas de recursos materiais e humanos.	5	4	3	2	1
7. Discrepância da realidade atual em relação ao exigido no programa de qualidade.	5	4	3	2	1
8. Tempo decorrido até a obtenção dos resultados.	5	4	3	2	1

3.2 Possíveis benefícios para a organização em relação ao Programa de Acreditação Hospitalar

1. Maior regulamentação do setor de saúde.	5	4	3	2	1
2. Aumento do poder, imposições e pressão dos planos de saúde.	5	4	3	2	1
3. Papel difusor do Ministério da Saúde na busca por melhorias na gestão do setor.	5	4	3	2	1
4. Profissionalização da administração, trazendo um novo perfil à gestão hospitalar.	5	4	3	2	1
5. Necessidade de restauração / resgate da imagem do hospital.	5	4	3	2	1
6. Ingresso de novos hospitais altamente profissionalizados como fator impulsionador da qualidade do setor.	5	4	3	2	1
7. Aumento do número de hospitais, provocando necessidade de diferenciação.	5	4	3	2	1
8. Maior conscientização do cliente, com maior nível de exigência.	5	4	3	2	1
9. Exemplos de outros hospitais que adotaram novas técnicas de gestão.	5	4	3	2	1

Apêndice C – Modelo de questionário

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

A ser respondido pelo gestor da organização hospitalar ou responsável pela área de qualidade (enfoque operacional)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

1. Identificação do Entrevistado

Nome do Contato		Cargo do Contato	
Formação	Telefone	E-mail	

2. Dados da Organização

Nome do Hospital

PARTE 2 – CARACTERIZAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Instruções de preenchimento

Esta parte contempla perguntas e afirmativas, ambas elaboradas a partir do referencial teórico, apresentando-se de forma simples e objetiva. No caso das afirmativas, para respondê-las, **leia cada afirmativa e marque a opção desejada.**

Elas obedecem a uma escala de concordância ou discordância com as afirmativas a seguir, utilizando os números **5, 4, 3, 2, 1**, do seguinte modo:

- Número “5” – “concordo totalmente”;
- Numero “4” – “concordo parcialmente”;
- Número “3” – “indiferente”;
- Número “2” – “discordo parcialmente”;
- Número “1” – “discordo totalmente”.

3.1 Operacional

3.1.1 Forma de Gestão

1. Os funcionários conhecem a visão e missão da organização e as entendem como importantes para atingir os objetivos organizacionais.	5	4	3	2	1
2. A organização possui uma gestão estratégica e esta é difundida pelos diversos níveis organizacionais.	5	4	3	2	1
3. A organização possui um sistema de medição do desempenho institucional, que foi construído com base nos objetivos estratégicos.	5	4	3	2	1

3.1.2 Envolvimento dos Médicos

1. Os prontuários e laudos são, na sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação.	5	4	3	2	1
2. Há a participação de médicos nas Comissões de Prontuário e Óbito, com evidências de atuação na formação educativa dos colaboradores.	5	4	3	2	1
3. Os médicos freqüentam as reuniões do Corpo Clínico, quando convocados.	5	4	3	2	1
4. Os médicos possuem conhecimento do Regimento Interno.	5	4	3	2	1

3.1.3 Gestão por Processos

1. Todos os processos principais e de apoio que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência estão documentados.	5	4	3	2	1
2. Há uma sistemática de controle da documentação com vistas a permitir a sua elaboração, atualização e disponibilidade para os funcionários.	5	4	3	2	1
3. Os funcionários conhecem os procedimentos e se utilizam destes no caso de dúvidas na realização das suas atividades.	5	4	3	2	1
4. Os procedimentos foram estabelecidos pelos gestores, cabendo aos executantes do processo o seu conhecimento e cumprimento.	5	4	3	2	1
5. A organização realiza auditorias internas voltadas para o gerenciamento dos processos principais e de apoio implantados.	5	4	3	2	1
6. A organização contrata auditorias externas voltadas para o gerenciamento dos processos implantados.	5	4	3	2	1
7. A construção dos protocolos de maior prevalência é realizada com o envolvimento da equipe multiprofissional.	5	4	3	2	1
8. Há o gerenciamento de pelo menos 3 (três) protocolos clínicos de maior prevalência na organização.	5	4	3	2	1
9. Os prontuários são, em sua maioria, preenchidos de forma completa, legível e assinados com a respectiva identificação, pela enfermagem.	5	4	3	2	1
10. A organização possui mecanismos confiáveis de rastreabilidade dos materiais e medicamentos médico-hospitalares, desde a sua especificação até a sua administração ou utilização.	5	4	3	2	1
11. A organização possui mecanismos confiáveis de manutenção preventiva dos equipamentos médico-hospitalares.	5	4	3	2	1

3.1.3 Gestão por Processos (continuação)

12. Os setores assistenciais percebem a importância da assistência farmacêutica na qualidade da assistência médico-hospitalar.	5	4	3	2	1
13. Os setores assistenciais percebem a importância da engenharia clínica na segurança da assistência médico-hospitalar.	5	4	3	2	1
14. A organização possui uma política de guarda dos prontuários, com controles da sua movimentação.	5	4	3	2	1

3.1.4 Interligação entre processos

1. Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais.	5	4	3	2	1
2. O corpo médico e a enfermagem usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização.	5	4	3	2	1
3. Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho e sabem de onde vêm as informações básicas para realizar o seu trabalho.	5	4	3	2	1
4. A organização possui mecanismos de identificação da satisfação dos seus fornecedores e clientes internos, com processos de melhoria contínua.	5	4	3	2	1

3.1.5 Gerenciamento de RH / Envolvimento do nível gerencial

1. O processo de recrutamento e seleção é sempre realizado com base na definição prévia das competências técnicas e comportamentais para o cargo, estabelecidas pelos gestores e recursos humanos.	5	4	3	2	1
2. A organização possui um programa de retenção e desenvolvimento de pessoas, repercutindo no grau de satisfação dos seus funcionários, nas taxas de absenteísmo, <i>turn over</i> e acidentes de trabalho.	5	4	3	2	1
3. A organização promove treinamentos de atualização e capacitação para os gestores (média gerência e líderes) em assuntos relacionados à gestão da qualidade.	5	4	3	2	1
4. Os gestores participam dos treinamentos promovidos pela organização, acreditando que eles são relevantes para o desempenho institucional.	5	4	3	2	1
5. Os treinamentos são dados conforme a necessidade dos setores, existindo evidências de mecanismos de medição da sua eficácia.	5	4	3	2	1
6. A organização possui uma política institucional na qual quem educa continuamente o funcionário é o líder, sendo o RH um facilitador.	5	4	3	2	1
7. A organização possui programas especiais para a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores.	5	4	3	2	1

3.1.6 Mensuração de Resultados

1. A organização possui um sistema de medição de resultados dos processos que ameaçam ou tornam vulnerável a qualidade da assistência.	5	4	3	2	1
2. A organização promove treinamentos, adquire equipamentos, define e/ou atualiza os seus objetivos estratégicos a partir de um acompanhamento de seus indicadores estratégicos, táticos e operacionais.	5	4	3	2	1
3. A organização possui sistemas de informação que auxiliam na coleta de dados e indicadores para análise de tendências.	5	4	3	2	1
4. A organização possui indicadores estratégicos, táticos e operacionais com série histórica de no mínimo 6 (seis) meses, com evidências de melhoria contínua.	5	4	3	2	1

Apêndice D - Relação das organizações hospitalares participantes da pesquisa

Rede InovarH

Nome da organização	Local
1. Hospital Municipal Dilton Bispo de Santana	Dias D'Ávila
2. Hospital Municipal Professor Jorge Novis	Lauro de Freitas
3. Hospital Nair Alves de Souza	Porto Seguro
4. Hospital Geral Luiz Viana Filho	Ilhéus
5. Hospital Geral de Itaparica	Itaparica
6. Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães	Porto Seguro
7. Hospital Dois de Julho	Salvador
8. Hospital da Cidade	Salvador
9. Hospital da Sagrada Família	Salvador
10. Hospital Eládio Lasserre	Salvador
11. Hospital Santa Izabel	Salvador
12. Hospital São Rafael	Salvador
13. Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Salvador
14. Maternidade Albert Sabin	Salvador
15. Maternidade Climério de Oliveira	Salvador
16. Obras Sociais Irmã Dulce	Salvador
17. IPERBA – Instituto de Perinatologia da Bahia	Salvador
18. Hospital Salvador	Salvador
19. Hospital Geral Menandro de Faria	Lauro de Freitas
20. Hospital Ana Nery	Salvador
21. Hospital Amélia Rodrigues	Amélia Rodrigues
22. Hospital Municipal Pedro Pimentel	Itiruçu
23. Hospital e Maternidade Otto Alencar	Laje

Fonte: elaborado pela autora.

Hospitais fora da Rede InovarH

Nome da organização	Local
1. Cato Vitória	Salvador
2. Hospital Jaar Andrade	Salvador
3. Hospital do Aeroporto	Lauro de Freitas
4. Sanatório São Paulo	Salvador
5. Hospital Bom Viver	Salvador
6. Hospital da Bahia	Salvador
7. Hospital Português	Salvador
8. Hospital Jorge Valente	Salvador
9. Hospital Espanhol	Salvador
10. Hospital Aliança	Salvador
11. Hospital Aristidez Maltez	Salvador
12. Instituto Cárdio Pulmonar	Salvador
13. Hospital Evangélico da Bahia	Salvador
14. Insbot	Salvador
15. Hospital Santo Amaro	Salvador
16. COT	Salvador

Fonte: elaborado pela autora.



Salvador, 12 de dezembro de 2006.

DO: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL PORTUGUÊS
PARA: LIANE FREITAS MARQUES

Prezada Senhora:

Vimos por meio desta informar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Português analisou e aprovou, sem restrições, na reunião do dia 12 de dezembro de 2006, o Protocolo do Projeto de Pesquisa intitulado:

“ACREDITAÇÃO HOSPITALAR”

[CEP n.º 044/06]

Atenciosamente,


Dra. Carolina Esteves Barbosa

**Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Português**