

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE
ACREDITAÇÃO PARA HOSPITAIS
COMPONENTES DAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

João Éderson Corrêa

Itajubá, Agosto de 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

João Éderson Corrêa

**PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE
ACREDITAÇÃO PARA HOSPITAIS
COMPONENTES DAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção como parte dos requisitos para obtenção do título de **Mestre em Ciências em Engenharia de Produção**.

Área de Concentração: Qualidade e Produtos

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello

Itajubá, Agosto de 2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

João Éderson Corrêa

**PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE
ACREDITAÇÃO PARA HOSPITAIS
COMPONENTES DAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação aprovada por banca examinadora em 22
de Agosto de 2014, conferindo ao autor o título de
Mestre em Ciências em Engenharia de Produção.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello

Prof. Dr. Gabriel Pedro Alástico

Prof. Dr. João Batista Turrione

Itajubá, Agosto de 2014

DEDICATÓRIA

À Laura, minha maior riqueza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o grande engenheiro do universo.

Em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello, pelo incentivo, paciência, amizade e disponibilidade a toda prova. Pela sua capacidade de ensinar mesmo no silêncio, que supera o aprendizado acadêmico. Muito obrigado!

À minha esposa Miriam pelo incentivo, à minha filha Laura pelos momentos ausentes, aos meus pais pelo apoio incondicional.

À Diretoria, aos Gerentes e amigos do Hospital Escola de Itajubá, aos Gerentes do Hospital Universitário Samuel Libâneo e Hospital Universitário Alzira Velâno, pela participação no desenvolvimento deste trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção e a todos os funcionários da secretaria da PRPPG e do DRE, o meu muito obrigado.

Aos colegas do GEPE de Qualidade com os quais compartilhei dúvidas, cafés, conversas e risadas que tornaram o ambiente mais agradável e produtivo.

À CAPES e à UNIFEI pelo apoio financeiro e estrutural à pesquisa brasileira que através do programa "Demanda Social" viabilizaram a realização deste trabalho.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Muitas vezes "agimos" e não sabemos por que o fizemos. Fazemos de uma forma que "todos sempre fizeram", sem parar para refletir antes, e nem depois. Parece que não há uma sistematização, e provavelmente, se algo não sai como o esperado, dizemos que foi obra do acaso, sem uma reflexão consciente sobre o nosso agir profissional.

Virginia Visconde Brasil, 1997.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo adaptar uma sistemática de acreditação para hospitais brasileiros de pequeno e médio porte, visando fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança com uma adequada relação custo-benefício. Para tanto, foi realizado um estudo de casos múltiplos em três hospitais de médio porte da região Macro Sul de Minas Gerais. A sistemática de acreditação proposta ao final do trabalho revelou-se adequada para aplicação em hospitais de médio porte, mostrando-se adaptável conforme cada realidade hospitalar.

Palavras-chave: Sistemática de acreditação, Hospitais, Estudo de caso.

ABSTRACT

This work aims to adapt a systematic accreditation to small and medium Brazilian hospitals, in order to promote and disseminate a culture of quality improvement and safety with a relationship cost benefit. Thus the multiple case research method to be used having as research objects three medium-sized hospitals in the region called “Macro Sul” in state of Minas Gerais. The systematic proposal for accreditation at the end of the work proved suitable for use in medium-sized hospitals, being adaptable as each hospital reality.

Keywords: Systematic of accreditation, Hospitals, Case Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Publicações e citações no <i>ISI Web of Knowledge</i> (termo “ <i>Accreditation</i> ”)	17
Figura 2 - Critérios estabelecidos pelo EFQM	27
Figura 3 - Atividades essenciais para garantia da qualidade	28
Figura 4 - Categorias centrais do modelo da JCI para Organizações hospitalares	32
Figura 5 - Critérios estabelecidos pelo modelo Qmentun	33
Figura 6 - Percentual de hospitais acreditados no Brasil.....	42
Figura 7 - Mapa da distribuição de Hospitais acreditados no Brasil	43
Figura 8 - Sistemática de acreditação proposta	46
Figura 9 - Concepção do projeto	48
Figura 10 - Etapas do processo de aprendizagem.....	51
Figura 11 - Funções que devem ser desenvolvidas na organização	53
Figura 12 - Ciclo de implantação da gestão por processo	55
Figura 13 - Composição básica de um protocolo clínico	57
Figura 14 - Relação dos serviços assistenciais	58
Figura 15 - Indicadores da gestão da clínica	60
Figura 16 - Estrutura da gestão da segurança	62
Figura 17 - Etapas de desenvolvimento da gestão da segurança.....	62
Figura 18 - Etapas desenvolvidas na gestão de pessoas	63
Figura 19 - Etapas desenvolvidas na Gestão de mudanças	64
Figura 20 - Complexidade do processo de avaliação	66
Figura 21 - Dimensões de qualidade	67
Figura 22 - Processo de condução da pesquisa	70
Figura 23 - Macrorregião sul – PDR/MG-2011	73
Figura 24 - Visão geral dos itens atendidos pelas organizações	104
Figura 25 - Comparação dos dados na sessão gestão da clínica.....	107
Figura 26 - Versão final da sistemática de acreditação	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura de desenvolvimento do trabalho - continua.....	20
Quadro 2 - Atividades essenciais para garantia da qualidade	23
Quadro 3 - Princípios das normas ISO 9000	24
Quadro 4 - Critérios estabelecidos pelo modelo MBNQA. Continua	26
Quadro 5 - Critérios estabelecidos pelo manual da JCI	33
Quadro 6 - Níveis de complexidade do Manual Brasileiro de Acreditação	35
Quadro 7 - Requisitos de aplicação obrigatória pelo Modelo Brasileiro de Acreditação	36
Quadro 8 - Requisitos específicos ONA	37
Quadro 9 - Quadro comparativo dos modelos de acreditação – continua.	38
Quadro 10 - Quantidade de hospitais registrados no CNES.....	40
Quadro 11 - Serviços acreditados no Brasil	41
Quadro 12 - Hospitais acreditados pela ONA	42
Quadro 13 - Responsabilidades no processo de implantação.....	65
Quadro 14 - Passos para condução da pesquisa	71
Quadro 15 - Ferramentas usadas no estudo de caso	76
Quadro 16 - Resultados da organização A - Gestão da Clínica.....	85
Quadro 17 - Quadro síntese da organização A	89
Quadro 18 - Resultados da organização B - Gestão da Clínica.....	93
Quadro 19 - Quadro síntese da organização B - continua	96
Quadro 20 - Resultados da organização C - Gestão da Clínica - continua.....	100
Quadro 21 - Quadro síntese da organização C - continua	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
HAP	<i>Hospital Accreditation Program</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
<i>IsQua</i>	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JI	<i>Joint Commission</i>
KFA	<i>King's Fund Audit</i>
KFHQS	<i>King's Fund Audit Health Quality Services</i>
Lean	<i>Lean manufacturing</i>
MBNQA	<i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>
MS	Ministério da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PDR – MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
POPs	Procedimento Operacional Padrão
Pro-Hosp –MG	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais
<i>QFD</i>	<i>Quality function deployment</i>
QM	<i>Quality management</i> – Gestão da Qualidade
SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Considerações iniciais.....	16
1.2	Relevância.....	17
1.3	Justificativa	18
1.4	Objetivos.....	19
1.4.1	Objetivo geral	19
1.4.2	Objetivos específicos.....	19
1.5	Estrutura do trabalho.....	19
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	Considerações iniciais.....	21
2.2	Modelos de excelência aplicados na área da saúde	22
2.3	Principais modelos de excelência	23
2.3.1	Normas ISO 9000	24
2.3.2	Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA).....	25
2.3.3	European Foundation for Quality Management	26
2.4	Acreditação hospitalar	27
2.5	Principais modelos de acreditação.....	29
2.6	Comparativo dos modelos de acreditação	38
2.7	A acreditação hospitalar no Brasil.....	40
3.	PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE ACREDITAÇÃO.....	45
3.1	Etapa 1: Concepção do projeto	48
3.1.1	Envolvimento da alta direção	48
3.1.2	Formação da equipe de liderança	49
3.2	Etapa 2: Processo de conscientização.....	50
3.2.1	Desenvolvimento da Equipe de Liderança	51
3.2.2	Desenvolvimento dos demais colaboradores.....	52
3.3	Etapa 3: Diagnóstico inicial	52
3.4	Etapa 4: Planejamento das ações	53
3.4.1	Modelo de gestão.....	53
3.4.2	Gestão do processo	54

3.4.3	Gestão da clínica.....	56
3.4.4	Gestão da informação	59
3.4.5	Gestão da segurança	61
3.4.6	Gestão das pessoas	63
3.4.7	Gestão de mudanças	64
3.5	Etapa 5: Implantação de melhorias	64
3.6	Etapa 6: Avaliação	65
4.	MÉTODO E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	69
4.1	Escolha do Método de Pesquisa.....	69
4.2	Quadro de investigação.....	71
4.3	A escolha dos casos	72
4.4	Desenvolvimento	74
4.5	Pesquisa de campo	75
4.6	Estruturação dos dados	79
4.7	Análise dos dados	79
5.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	81
5.1	Análise intracasos	81
5.1.1	Caso A	81
5.1.1.a.	Caracterização da Instituição	81
5.1.1.b.	Avaliação da sistemática de acreditação proposta.....	81
5.1.1.d.	Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta).....	84
5.1.1.e.	Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta).....	85
5.1.1.f.	Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)	86
5.1.1.g.	Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta).....	86
5.1.1.h.	Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática de proposta).....	87
5.1.1.i.	Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta).....	87
5.1.1.j.	Análise crítica.....	88
5.1.2	Caso B	89
5.1.2.a.	Caracterização da instituição	89
5.1.2.b.	Avaliação da sistemática de acreditação proposta.....	90
5.1.2.c.	Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta).....	91
5.1.2.d.	Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta).....	92
5.1.2.f.	Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)	93

5.1.2.g. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta).....	94
5.1.2.h. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática de proposta).....	94
5.1.2.i. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta).....	94
5.1.2.j. Análise crítica.....	95
5.1.3 Caso C	97
5.1.3.a. Caracterização da instituição	97
5.1.3.b. Avaliação da sistemática de acreditação proposta.....	98
5.1.3.c. Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta).....	99
5.1.3.d. Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta).....	99
5.1.3.e. Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta).....	100
5.1.3.f. Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)	101
5.1.3.g. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta).....	101
5.1.3.h. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática de proposta).....	102
5.1.3.i. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta).....	102
5.1.3.j. Análise crítica.....	102
5.2 Análise intercasos	104
5.2.1.a. Avaliação da sistemática de acreditação proposta.....	104
5.2.1.b. Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta)	106
5.2.1.c. Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta).....	106
5.2.1.d. Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta)	107
5.2.1.e. Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta).....	108
5.2.1.f. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta).....	108
5.2.1.g. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática proposta).....	109
5.2.1.h. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta).....	110
6. CONCLUSÃO.....	111
6.1. Análise dos objetivos da pesquisa	111
6.1.1. O atendimento dos objetivos propostos pela sistemática	111
6.1.2. A viabilidade de implementação da sistemática.....	114
6.1.3. Sugestões para futuras pesquisas	115
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE A - Questionário para avaliação da sistemática- Continua.....	121
APÊNDICE B - Questionário para avaliação do nível de qualidade em relação a sistemática proposta	123

ANEXO A - Documentos encaminhados as organizações estudadas	136
---	-----

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

Os serviços de Saúde no Brasil é caracterizado, em geral, pela deficiência e precariedade de seus processos e procedimentos, especialmente no setor público de Saúde. Recursos insuficientes e utilizados de maneira inadequada, falta de planejamento estratégico, inexistência de sistemas de informações confiáveis; ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e focados em resultados, carência de indicadores de desempenho, além da inexistência de uma cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes, são exemplos de deficiências enfrentadas por tais serviços (ANTUNES, 2013).

A qualidade, antes considerada como desejável passa a ser um atributo indispensável e diferenciador para o atendimento das expectativas dos usuários. Desta forma, gestores e pesquisadores tem buscado estratégias para melhorar a qualidade dos serviços prestados e elevar a satisfação dos usuários, tornando a Organização mais eficaz. (FELDMAN,2006).

Uma das estratégias mais adotadas pelas Organizações de Saúde são os modelos de excelência, mais especificamente, os programas de acreditação. Estes programas auxiliam na avaliação e melhoria das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde e da qualidade da gestão e da assistência prestada (COUTO, 2007).

Dessa forma, a acreditação se trata de um processo formal, espontâneo e externo que avalia a competência e a qualidade dos serviços de Saúde de acordo com o cumprimento de padrões pré-definidos e prescritos no Manual Brasileiro de Acreditação. Segundo o cumprimento desses padrões, a Organização pode ser classificada em três níveis distintos:

Nível 1: Segurança (estrutura): pressupõe atendimento aos requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, com recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço.

Nível 2: Organização (processo): verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, e prática de auditoria interna.

Nível 3: Práticas de Gestão e Qualidade (resultados): constata se existem políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. (ONA, 2014).

No Brasil muitos profissionais da saúde ainda desconhecem os padrões, conceitos e requisitos inerentes ao nosso programa de acreditação, como forma de auxiliar e orientar os gestores interessados em adequar a gestão de sua Instituição aos requisitos de acreditação.

1.2 Relevância

Uma sistemática de acreditação envolve questões relacionadas à: melhoria da qualidade dos produtos e serviços, aumento da produtividade para redução dos custos, atendimento às exigências dos clientes e competitividade no mercado, busca de novos recursos públicos e maior aporte no cumprimento de metas. Esses seriam alguns dos motivos para empresas e instituições de saúde buscar a acreditação.

Uma busca no banco de dados *ISI Web of Knowledge* pelo termo “*Accreditation*” mostra um acréscimo nas publicações e, principalmente, nas citações de trabalhos a esse respeito nos últimos anos, conforme ilustrado pela figura 1.

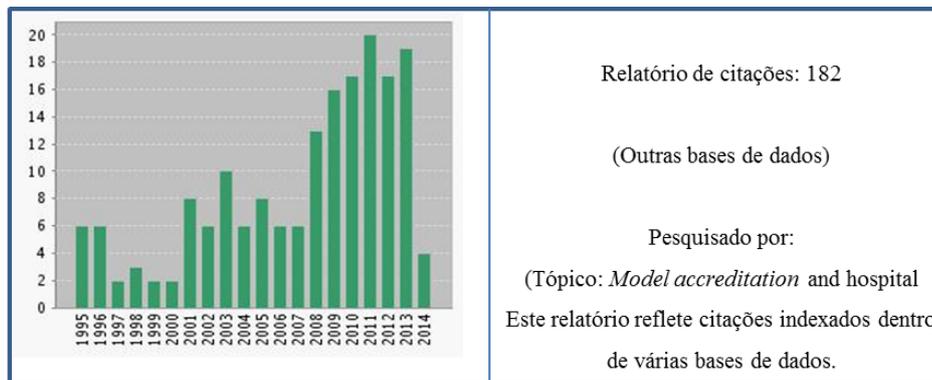


Figura 1 - Publicações e citações no *ISI Web of Knowledge* (termo “*Accreditation*”)

Fonte: Relatório fornecido pelo *ISI Web of Knowledge*, (2014).

Desta forma, é válido ressaltar a importância e o reconhecimento do assunto a ser tratado neste trabalho.

1.3 Justificativa

O tema foi escolhido por considerar o processo de acreditação uma ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade dos prestadores de serviços de saúde. Também pela dificuldade que diversas instituições enfrentam em atender a todos os requisitos necessários exigidos pelos órgãos acreditadores, sem existir uma sistemática que conduza e evolua as questões relacionadas à melhoria da qualidade.

Surge então necessidade de implantar uma sistemática que incorpore a cultura da melhoria contínua, e atenda a necessidade das instituições de pequeno e médio porte, contribuindo para uma visão mais abrangente do processo de acreditação.

O projeto justifica-se pela escassez de uma cultura voltada para a qualidade, aliada a um déficit organizacional, dos hospitais do Estado (SHAW, 2007).

Identificou-se também que os modelos de acreditação envolvem fortemente questões relacionadas à estrutura e processos das instituições, e não evoluem para a medição de resultados. Desta forma, especialmente em hospitais públicos de pequeno e médio porte, não há a disponibilidade financeira necessária para realizar investimentos à adequação da gestão do hospital aos requisitos de acreditação (ONA, 2014).

Assim, foi possível identificar a oportunidade e a necessidade de proposição de uma sistemática que contemple as necessidades dos hospitais. Uma sistemática capaz de induzir a melhoria dos processos por meio da utilização de ferramentas de gestão da qualidade e envolva os três fatores-chave para a melhoria da qualidade: estrutura, processo e resultados, simultaneamente.

Para a condução da pesquisa, o método adotado escolhido foi o estudo de caso, por ser adequado para este tipo de pesquisa. As proposições do método e os passos para condução da pesquisa é apresentado no capítulo 4 deste trabalho. Para tal, foi realizado um estudo de casos múltiplo em 3 hospitais de médio porte do Estado de MG, a fim de identificar a adequação da sistemática proposta. Ao final, as recomendações obtidas nos casos, foram incorporadas à sistemática proposta.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo geral propor uma sistemática de acreditação adaptada à realidade dos hospitais de pequeno e médio porte. Uma sistemática que esteja alinhada à estratégia nacional de qualidade e com os programas de acreditação utilizados no Brasil, visando fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança com uma adequada relação custo benefício. Este objetivo geral se desdobra em objetivos específicos.

1.4.2 Objetivos específicos

- Adaptar uma sistemática de acreditação, alinhado com as grandes linhas da Estratégia Nacional de Qualidade;
- Analisar a adequação da sistemática de acreditação proposta;
- Recomendar ações de melhoria para os hospitais analisados, após a validação da sistemática proposta.

1.5 Estrutura do trabalho

A fim de cumprir com os objetivos propostos, este trabalho é dividido em seis capítulos, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Estrutura de desenvolvimento do trabalho - continua

Capítulo	Conteúdo	Atividade
1	Introdução	Apresenta a relevância do projeto, os objetivos e a estruturação dos capítulos do trabalho.
2	Fundamentação Teórica	Apresenta a revisão documental e bibliográfica.
3	Proposta de sistemática de acreditação	Apresenta a proposta de sistemática de acreditação, desenvolvida para unidades de saúde componentes das redes de atenção à saúde do Estado de Minas Gerais.
4	Definição do método de pesquisa	Trata-se do método de pesquisa, que será utilizado como forma de condução do trabalho e a condução da pesquisa de acordo com os critérios estabelecidos pelo método adotado.
5	Análises dos estudos de casos	Apresenta os casos A, B e C utilizados na condução deste trabalho e suas respectivas análises em cada etapa da proposta desenvolvida.
6	Conclusão	Apresenta as conclusões do trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Considerações iniciais

Cada vez mais as instituições têm se preocupado com as boas práticas e métodos relacionados à gestão da qualidade. Destaca-se, neste contexto, a adoção de normas e sistemáticas que direcionam as instituições para um modelo padronizado visando à melhoria da qualidade (LEE, 2012).

Para Ovretveit e Gustafson (2002), em resposta à crescente preocupação com a qualidade, muitos países estão realizando em grande escala programas que incluem estratégias nacionais de qualidade.

A gestão da qualidade é um esforço organizacional para melhorar a qualidade dos serviços, visando um maior desempenho e maior participação de mercado. Uma variedade de práticas de gestão da qualidade é desenvolvida com o objetivo de encontrar melhores métodos para resolver problemas de qualidade. As práticas relacionadas à melhoria da qualidade na área da saúde tem recebido muita atenção em todo o mundo, envolvendo grandes esforços. Para esse mesmo autor, todas as atividades, processos e procedimentos na área da saúde devem ser planejadas e executadas visando a melhoria da qualidade dos serviços e dos pacientes (LEE, 2012).

Normalmente, na execução desses programas, toda a organização é envolvida em um processo de mudanças, ocorrendo grandes intervenções para a adoção de novas práticas. As práticas de gerenciamento de qualidade total (TQM) é muito bem desenvolvida para o setor industrial. Contudo, de acordo com Hirose *et al.* (2003), é possível utilizar as práticas do TQM como abordagem para melhorar continuamente os processos na área de serviços, alcançando resultados que excedam as expectativas dos clientes por meio de programas de qualidade baseados em trabalhos de Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa e outros gurus da qualidade. (OVRETVEIT e GUSTAFSON, 2002).

De acordo com Hirose *et al.* (2003), as organizações de saúde implementam o método seis sigma com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e reduzir erros médicos. Outros estudos têm discutido a implementação do Seis Sigma na área da saúde, concluindo que com a implementação do método os custos diminuem, a satisfação dos pacientes e dos

funcionários melhoram, O Seis Sigma é uma metodologia desenvolvida na Motorola para aumentar a eficiência do processo e eliminar defeitos de modo que a qualidade poderia ser melhorada por, pelo menos, seis desvios padrão (LEE, 2012).

A primeira avaliação de qualidade hospitalar aconteceu em 1918 nos Estados Unidos. A partir daí, as organizações hospitalares começaram a introduzir e enfatizar as questões relacionadas à cultura da qualidade, que evoluíram para a aprovação de leis mais complexas na área da saúde. Esta se consolida em 1924 quando o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) institui o programa de padronização hospitalar, que define um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes (FELDMAN *et al.*, 2006).

Para Gigantesco e Morosini (2010), a qualidade na área da saúde deve pressupor de um modelo de referência, que leve em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença.

Neste contexto, surgem os programas de acreditação como uma ferramenta fundamental para atender a necessidade de melhoria na qualidade dos serviços de saúde em diversos países. Outros se voltam para normas internacionais, contudo não existe possibilidade de substituição dos órgãos acreditadores, mas há espaços para convergências (SHAW, 1997).

O objetivo dos programas da qualidade aplicados na área da saúde é promover a garantia da qualidade e competência na promoção da saúde por meio de um sistema de acreditação que irá melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas instituições, o perfil dos profissionais de saúde e dar reconhecimento às melhores práticas (BATTEL-KIRK *et al.*, 2012).

Contudo, além dos modelos de acreditação usados na área da saúde, foco de estudo deste trabalho, outros modelos foram desenvolvidos a partir de modelos de excelência existentes, que foram adaptados ou criados para atender a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Nesta sessão, são apresentados os principais modelos de excelência encontrados na literatura.

2.2 Modelos de excelência aplicados na área da saúde

Os modelos de excelência para serviços de saúde são de fundamental importância, fato

que a qualidade no sistema torna-se bastante complexa, mediante a necessidade de envolver recursos humanos, materiais e processos, que devem estar uniformemente voltados para um elevado desempenho e resultados com foco no cliente (ARCE, 1998).

De acordo com Silimperi (2004), a adoção de um modelo é o ponto de partida para iniciar um sistema da qualidade. Esta apresenta três atividades essenciais para garantia da qualidade, como apresenta o Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades essenciais para garantia da qualidade

Definição de qualidade	Padrões e normas de qualidade para todo o sistema com componente administrativa e técnica.
Medição da qualidade	Auto avaliação, monetarização, estudos especiais e avaliações periódicas, como as auditorias.
Melhoria da qualidade	As avaliações determinam a situação do hospital e a necessidade de melhoria.

Fonte: Adaptado de Silimperi (2004)

A adoção de modelos de excelência proporciona a atualização constante das instituições, por meio da adoção de novos processos, novas técnicas, o que se torna fundamental para manter-se no mercado, principalmente em se tratando de serviços de saúde. Contudo, é necessário um processo de monitoramento contínuo para se adaptar ao mercado em rápida mudança, com alta tecnologia e com grande capacidade operacional e regulatória (NOORI e CHEN, 2009).

No setor de serviços, tratando-se especificamente de hospitais e prestadores de serviços de saúde, a situação não é diferente. Existem alguns modelos de acreditação que tem como finalidade comprovar a existências de métodos de trabalho que garantem a qualidade dos serviços prestados (HABANA, 2001).

2.3 Principais modelos de excelência

Os modelos de excelência são oferecidos por várias organizações independentes, em diversos países. Eles podem se diferenciar entre si, segundo requisitos e padrões de qualidade definidos para se adequar a cada realidade nacional. (ARCE, 1998). O objetivo geral dos

modelos de excelência é zelar pela melhoria da qualidade das organizações, por meio de um conjunto de padrões e critérios desenhados especificamente para a realidade local.

Nesta seção apresentam-se os principais modelos de excelência de gestão aplicados na área da saúde.

2.3.1 Normas ISO 9000

De acordo com Shaw (1997), algumas instituições buscam melhorar seus processos por meio da aplicação dos requisitos das normas ISO 9000, como ferramenta da qualidade capaz de direcionar para uma certificação ou acreditação. As normas da série ISO 9000 fundamentam-se em princípios de aceitação universal, compatibilidade atual e futura, estabelecendo um modelo para especificação de um sistema de qualidade e fixando diretrizes mínimas para as atividades de produção, transporte, compras, vendas, treinamento e inspeção

Para Lee (2012), as normas ISO 9000 contempla oito princípios da gestão da qualidade, apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Princípios das normas ISO 9000

1	Foco no cliente	Trata de como a organização compreende seus clientes, visando atender e exceder suas necessidades e expectativas.
2	Liderança	Refere-se a maneira que a organização mantém seus propósitos estabelecidos em sua visão e missão.
3	Pessoas	Trata-se de como é o envolvimento das pessoas na organização e sua importância.
4	Abordagem do processo	Trata-se de como os recursos são utilizados para alcançar melhores resultados.
5	Abordagem sistêmica	Trata-se de verificar se a organização atende um padrão de eficácia e eficiência.
6	Melhoria contínua	Componente-chave baseado na melhoria do desempenho organizacional.
7	Abordagem factual	Está relacionada com decisões eficazes, por meio da análise de dados e informações.
8	Fornecedores	Trata da relação entre organização e fornecedor, buscando sempre benefícios mútuos.

Fonte: Lee (2012).

Apesar de ter sua versão revisada em 2008, buscando uma maior atenção do setor de serviços, a norma ISO 9001 tem seu enfoque maior voltado para os processos. Do total de empresas certificadas pela norma ISO 9001, apenas 25% estão no ramo de serviços, não descrevendo a percentagem de serviços relacionados à saúde (HABANA, 2001).

Para Mello (2002), a série de normas ISO 9000, desde sua primeira publicação, “tem obtido reputação mundial como a base para o estabelecimento de sistemas de gestão da qualidade”. No ano de 2008, a norma ISO 9001 versão 2000 passou por uma reestruturação e sua versão 2008 passou a ser a única norma da família ISO 9000 a possibilitar certificação de terceira parte.

De acordo com Shaw (1997), as normas ISO 9000 são aplicadas a sistemas da qualidade na área da saúde em diversos serviços como, por exemplo, cirurgia, obstetrícia, psiquiatria e serviços laboratoriais.

2.3.2 Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)

O MBNQA trata-se de um modelo de excelência estabelecido pelo Departamento Nacional de Comércio (*Institute of Standards and Technology - NIST*) e da *American Society for Quality (ASQ)* dos EUA em 1987 (HORTALE, 2002).

Apesar de aplicável a todos os tipos de organizações, o modelo foi adaptado e introduzido em 1995 para organizações de saúde. Focado nas necessidades do cliente e operacionais, constrói uma forte relação de confiança entre instituição e cliente, a fim de melhorar e identificar oportunidades de inovação (LEE, 2012).

As categorias utilizadas pelo modelo MBNQA tratam-se de uma abordagem eficaz para organizar as atividades de qualquer organização, devem ser combinadas para o alinhamento completo e integração em toda a organização para melhoria da qualidade (NATIONAL VOLUNTARY LABORATORY ACCREDITATION PROGRAM. USA, 2014).

Honnnutagi (2011) testou empiricamente o modelo de atenção à saúde Malcolm Baldrige de gestão da qualidade, utilizando os critérios definidos pelo modelo no setor de serviços de saúde.

O estudo mostrou que os usos dos critérios foram estatisticamente significativos e sugeriu que o modelo seria um valioso instrumento para melhorar a qualidade do atendimento e alcançar um padrão de desempenho de excelência. Para avaliação do desempenho de serviços de saúde o modelo MBNQA, utiliza sete critérios (VASSIE, TOMÀS e OLIVER, 2000).

Cada critério faz parte de uma categoria e recebe um peso e cada categoria se divide em subcategorias com seu respectivo peso, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 - Critérios estabelecidos pelo modelo MBNQA. Continua

Categoria	Peso	Subcategoria	Peso	Definição
1: Liderança	120	Líder Sênior	70	Este critério assegura que a organização vem atendendo os requisitos de sua missão. Assegura questões relacionadas a ações pessoais dos líderes da organização, e cumpre com as responsabilidades legais e sociais.
		Governança e responsabilidade social	50	
2: Planejamento estratégico	85	Estratégia de desenvolvimento	40	Esta categoria analisa como a organização desenvolve seus objetivos estratégicos, seu planejamento, execução, medição e ações corretivas. Considerado um fator chave para o desenvolvimento da organização.
		Implementação da Estratégia	45	
3: Foco no cliente	85	Voz do cliente	45	Analisa como a organização está engajada com a necessidade de seus pacientes. Como é a relação com os clientes e como usa as informações dos clientes para melhorar e identificar oportunidades de inovação.
		Envolvimento do cliente	40	
4: Medição, análise e gestão do conhecimento	90	Medição, análise e melhoria do desempenho organizacional	45	Estão relacionados à forma como informação é usada e compartilhada por toda a organização. A maneira de compartilhar as melhores práticas e lições aprendidas. Se existe processo de aprendizagem. Examina como a organização seleciona, reúne, analisa, gera e melhora os seus dados, informações e ativos de conhecimento e como ela administra sua tecnologia da informação.
		Gestão de informação, conhecimento e tecnologia da informação	45	
5: Foco na força de trabalho	85	Ambiente de trabalho	40	Examina a capacidade de avaliar a organização da força de trabalho, necessidades de capacitação, como construir e desenvolver uma força de trabalho de alto desempenho, para utilizar o seu pleno potencial em alinhamento com o global da organização.
		Engajamento da força de trabalho	45	
6: Foco operacional	85	Sistemas de trabalho	45	Refere-se ao processo de melhoria contínua, como a organização projeta, gerência e melhora seus sistemas de trabalho a fim de alcançar o sucesso organizacional e sustentabilidade.
		Processos de trabalho	40	
7: Resultados	450	Trata do somatório do resultado alcançado nas categorias anteriores.		

Fonte: Adaptado de Lee (2012)

2.3.3 European Foundation for Quality Management

Desenvolvido em 1988, o modelo tinha o objetivo de promover padrões mais elevados de gestão compartilhada por meio do conhecimento. Na área da saúde tem sido usado como um modelo de melhoria, monitoramento, avaliação e inovação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A Figura 2 apresenta os critérios estabelecidos pelo EFQM.

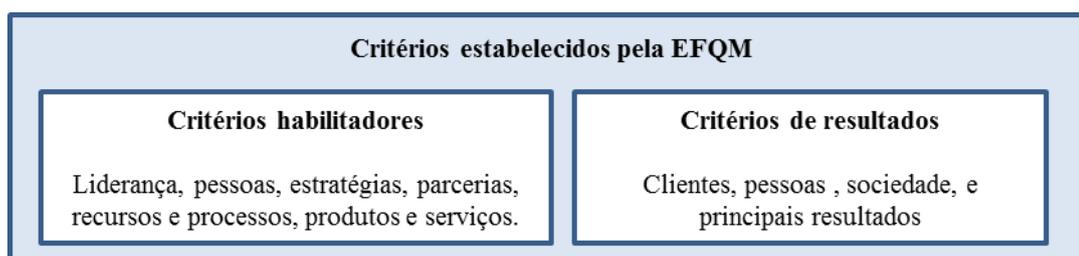


Figura 2 - Critérios estabelecidos pelo EFQM

Fonte: Adaptado de Shaw (2010)

Todos os critérios estabelecidos pelo modelo têm como objetivo principal alcançar os resultados definidos pela organização de acordo com o desempenho planejado. Os critérios habilitadores são os relacionados às funções organizacionais, enquanto os critérios de resultados tratam-se do alcance dos resultados da organização.

Para a *World Health Organization* (2013), o modelo foi empiricamente testado em serviços de saúde fornecendo uma forte relação dos critérios com os serviços avaliados, sugerindo que o modelo EFQM pode ser uma ferramenta de melhoria da qualidade das instituições de saúde, podendo colaborar nos aspectos relacionados à inovação do sistema de saúde existente.

2.4 Acreditação hospitalar

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, a palavra acreditar tem como significado “crer, dar crédito”. Encontra-se adequadamente o termo acreditado (particípio de acreditar; “que tem crédito; que merece ou inspira confiança; autorizado ou reconhecido por uma potência junto a outra” e acreditar, “dar crédito a; crer; ter como verdadeiro; dar ou estabelecer crédito a; afiançar; conceder reputação a; tornar digno de crédito; confiança”). Na língua inglesa aparece *accredited*: “officially recognized, generally accepted or believed, certified as being of a prescribed quality” (COWIE, 1989).

A acreditação consiste num processo de avaliação voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões, em grau de complexidade crescente, os quais orientam a avaliação dos diversos serviços de saúde (ANTUNES, 2005).

Há um grande crescimento dos programas de acreditação na área da saúde, os primeiros programas foram baseados nos modelos norte-americanos da Comissão Conjunta (JI) e agora tem se expandido para cobrir programas de qualidade em organizações de saúde em diversos países (SHAW *et al.*, 2010).

De acordo com Silimperi (2004), a acreditação colabora para implementar um sistema de qualidade. Esta apresenta três atividades essenciais para garantia da qualidade conforme apresenta a Figura 3.

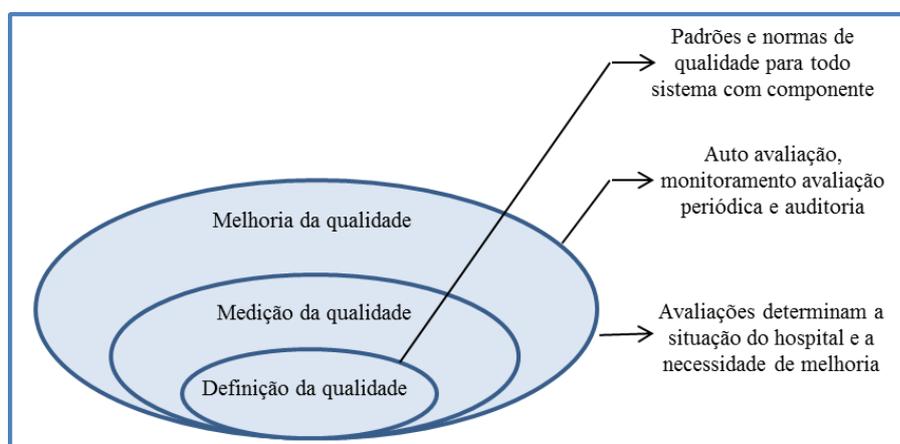


Figura 3 - Atividades essenciais para garantia da qualidade

Fonte: Adaptado de Silimperi (2004)

Estudos comprovam que entre os mecanismos distintos de avaliação da qualidade em serviços de saúde, a acreditação é a opção de sistemática mais adequada aos ambientes de saúde. O foco da discussão está na acreditação como ferramenta, que potencializa e torna mais eficiente os serviços de saúde, podendo gerar, inclusive, maior lucratividade (SILIMPERI, 2004).

A acreditação passou a ser uma ferramenta fundamental para os serviços de saúde a partir de sua criação em 1970 pela Sociedade Internacional para a Qualidade na Saúde (*ISQua*). O *ISQua* é um organismo internacional que aprova e monitora todos modelos de acreditação desenvolvidos e já possuem modelos aprovados de mais de 70 países (GREENFIELD e BRAITHWAITE, 2008).

Os organismos acreditadores são os responsáveis pelo estabelecimento de um sistema que aplicam as normas de um determinado modelo, por meio da avaliação do grau de cumprimento com o padrão exigido, incentivando a melhoria contínua, via mudanças

necessárias para atingir os requisitos de desempenho exigidos pelo modelo (BRAITHWAITE *et al.*, 2012).

Diversos países da Europa começaram a adotar e adaptar seus modelos de acreditação com o intuito de atender às exigências governamentais. Esses países encontraram diversas barreiras como, por exemplo, a falta de recursos e também a adequação de um modelo que atenda a realidade de diferentes instituições.

Surge então a necessidade de desenvolvimento de um modelo de acreditação que aborda a garantia da qualidade e reforça a prática da educação continuada, um modelo que garanta a qualidade da melhoria dos serviços de saúde para a população (BATTEL-KIRK *et al.*, 2012).

A acreditação é voluntária na maioria dos países, em outros se tornou obrigatória, como parte das exigências legais impostas. Seus esforços estão ligados diretamente à quantidade de recursos envolvidos e nos resultados, ou seja, a medição do retorno do investimento ao resultado dos serviços prestados ao paciente. Normalmente as avaliações contêm informações sobre a estrutura, processo e os resultados do cuidado, visando a satisfação dos clientes.

Questões relacionadas a credenciamento de serviços hospitalares também tem sido alvo da busca pela acreditação na Europa, considerando que hospitais acreditados têm maior nível de satisfação dos clientes (XIAO, 2010). A história da acreditação no Brasil começa no final dos anos 1980, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado”. O Sistema Brasileiro de Acreditação foi criado no final dos anos 1990, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos hospitais ao paciente/cliente. Para a implementação deste processo foi instituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA) que passou a disseminá-lo nacionalmente (FELDMAN *et al.*, 2005).

2.5 Principais modelos de acreditação

A acreditação é peça fundamental de uma política global de planejamento e organização dos recursos para a saúde, com o objetivo de melhorar os cuidados hospitalares. Tem o intuito de ajudar na adoção de novas práticas de melhoria da qualidade e estabelece um período para se adequar aos padrões propostos. Os modelos de acreditação têm a tarefa de ajudar as

instituições a atingir um padrão mínimo de qualidade e fomentar uma política de melhoria contínua da qualidade.

Nesta sessão iremos apresentar os principais modelos de acreditação que foram citados nos artigos e documentos encontrados na revisão bibliográfica. Não tem a pretensão de classificar ou avaliar a sua importância dentro da proposta estabelecida para este trabalho, e sim para formação de um conhecimento dos diversos tipos de modelo e sua aplicabilidade.

Modelo asiático (*National Institute of Health* (NHI)): Normalmente usado nos países asiáticos, o modelo do NHI tem o propósito de melhorar a tecnologia e a qualidade no atendimento médico. Implantado em 1995, um dos objetivos era evitar aumentos dos gastos com saúde. A implantação do método também visa promover e executar políticas nacionais de qualidade de saúde, certificando e fiscalizando as organizações de saúde, buscando uma relação harmoniosa entre os prestadores de cuidados e pacientes, visando melhorar a qualidade da saúde (TSAI, CHANG e LIN, 2010).

Modelo Britânico de avaliação da qualidade: O modelo de acreditação Britânico foi desenvolvido em sintonia com outras iniciativas do *Welfare State*, com reformas radicais que lhe deram um referencial de mercado, com a meta de evitar as crises de financiamento do sistema de saúde. Para se adaptar a essas mudanças, os provedores de saúde passaram a funcionar como organizações independentes que deveriam competir por melhores contratos (BATTEL-KIRK *et al.*, 2012).

A averiguação da situação da qualidade dos hospitais públicos do Reino Unido acontece por meio da publicação regular das estatísticas voltadas à qualidade, que são comparadas com as médias nacionais e locais. Essa situação define um caráter de competição, que poderia existir, caso a qualidade fosse efetivamente um critério de *marketing*. As questões de qualidade, dessa forma, estão restritas a atividades da instituição (RINGARD, 2012).

A partir daí, a acreditação é oferecida por várias organizações independentes. As experiências que se destacam são as do *The King'sFundAudit* (KFA) e a do *Hospital Accreditation Program* (HAP).

A *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) definiu o *King'sFund* como uma “agência de desenvolvimento”, criada há cerca de 100 anos, com o objetivo inicial de angariar dinheiro para ajudar os hospitais de Londres e, atualmente, zela pelo desenvolvimento e melhoria das condições de saúde no Reino Unido (BATTEL-KIRK *et al.*, 2012).

Modelo de Catalunha: O modelo desenvolvido na Catalunha/Espanha é fundamentado no cuidado especializado, elemento central do sistema de saúde espanhol. Criado nos anos 1980, foi o primeiro modelo de acreditação da Europa (KINGDOM, 2011).

Apesar dos hospitais já contarem com um padrão mínimo de qualidade necessário para seu funcionamento, o modelo tem como objetivo desenvolver a acreditação para melhorar a qualidade dos hospitais que não desenvolviam ações de qualidade. Mesmo sendo voluntária a adesão aos modelos de excelência, os hospitais que desejam ter contratos de prestação de serviços devem ser acreditados. Isso torna a adesão quase que uma obrigação das instituições (KINGDOM, 2011).

Para a adoção do modelo a organização recebe o manual de acreditação com o intuito de ajudar no diagnóstico da instituição e se adequar aos padrões propostos, para depois receber a avaliação para possível acreditação.

Modelo Francês de avaliação da qualidade: O modelo Francês foi desenvolvido com a premissa de assegurar direitos iguais a todos. O sistema francês definiu a necessidade de criar um organismo responsável, que veio a ser a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (KINGDOM, 2011). Para Robinson (2002), na França a adoção de modelos de acreditação é obrigatória e as unidades de saúde não têm autonomia para decidir participar desse processo, o *modus operandi* do processo de adesão inicia-se de forma idêntica a dos processos iniciados em outros países, com algumas diferenças marcantes como o fato de existir a necessidade de um cronograma de execução fiscalizado pelo governo, um modelo de qualidade mais minucioso, processo não voluntário e não fornece resultado e certificação (KINGDOM, 2011).

Joint Commission of Healthcare Organizations (JCAHO): Desenvolvida nos Estados Unidos, o modelo de acreditação da *Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) tem a missão de promover a melhoria contínua da qualidade visando a excelência dos serviços no lugar de um padrão mínimo para seu funcionamento (DONAHUE, 2000). Criada em 1951, a *Joint Commission Accreditation of Hospitals* possui um programa de normas para avaliação das instituições que obteve adesão mundial. As atividades foram se expandindo e, em 1997, a organização se tornou *Joint Commission Internacional* (JCI). Apesar de suas normas serem elaboradas para a realidade dos Estados Unidos, o modelo tem a flexibilidade que leva em conta as características sociais, políticas, religiosas e econômicas do país que as aplica (CHEN *et al.*, 2003).

Respondendo à crescente demanda de avaliação baseada em padrões de qualidade internacional, o modelo utiliza de um padrão de consenso, adotando as melhores práticas de avaliação para o setor, avaliam os serviços em aspecto geral, considerando os fatores relacionados à operação e gestão. (THE OFICIAL HANDBOOK, 2006).

Para organizações hospitalares o modelo da JCI consiste em duas categorias, conforme Figura 4.

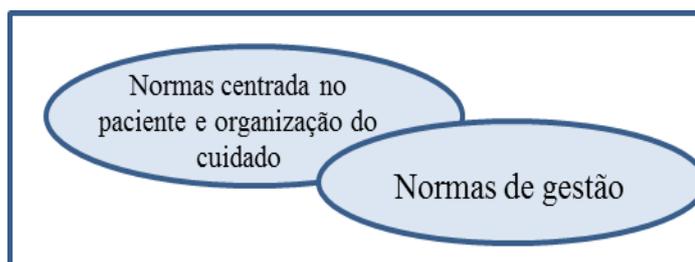


Figura 4 - Categorias centrais do modelo da JCI para Organizações hospitalares

As normas centradas no paciente referem-se a todo envolvimento da instituição como paciente, envolvendo questões relacionadas a acolhimento, humanização e atendimento de suas necessidades de forma integral. Como, por exemplo, informações a familiares, alimentação, acomodações e demais serviços que afetam diretamente na satisfação do cliente (THE OFICIAL HANDBOOK, 2006).

As normas de gestão estão relacionadas à forma que a organização administra questões relacionadas à qualidade (usa, gerência, planeja, monitora) dos serviços prestados ao paciente. Os padrões de acreditação da JCI para hospitais, em sua quarta edição, são utilizados por algumas instituições hospitalares no Brasil, sendo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) o único organismo responsável pela avaliação para a acreditação do modelo (LEE, 2012). Seu manual contém 14 capítulos funcionais divididos em dois grupos que envolvem questões relacionadas, apresentadas no QUADRO 5.

Quadro 5 - Critérios estabelecidos pelo manual da JCI

Grupo 1	Grupo 2
<ul style="list-style-type: none"> • Padrões com foco no paciente; • Padrões de administração de instituições de saúde; • Metas internacionais de segurança do paciente; • Acesso ao cuidado e continuidade do cuidado; • Direitos dos pacientes e familiares; • Avaliação dos pacientes; • Cuidado aos pacientes, anestesia e cirurgia; • Gerenciamento e uso de medicamentos; • Educação de pacientes e familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade e segurança do paciente; • Prevenção e controle de infecções; • Governo; • Liderança e direção; • Gerenciamento e segurança das instalações; • Educação e qualificação de profissionais; • Gerenciamento da comunicação e informação.

Fonte: Adaptado de The Official Handbook (2006).

Modelo Canadense (*QMentum International*): Introduzido em 2008, o modelo desenvolvido pela *Accreditation Canada* é um novo programa chamado *Qmentum International*. O modelo baseia-se na satisfação dos clientes através de pesquisas, evidências e um extenso *feedback* dos clientes, agrimensores, membros da diretoria e funcionários. O foco do modelo está nos fatores descritos na Figura 5.

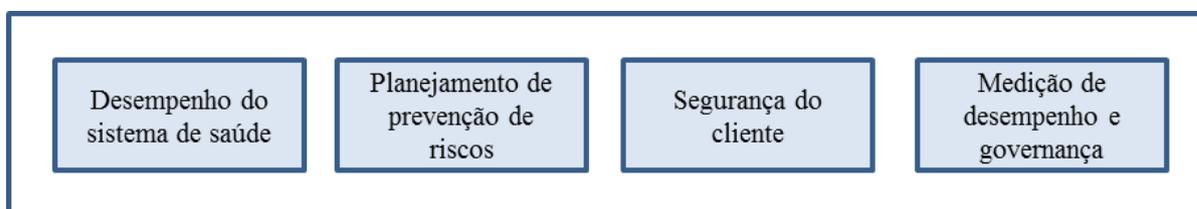


Figura 5 - Critérios estabelecidos pelo modelo Qmentun

Fonte: Qmentun internacional.

O *Qmentum* desenvolve um maior envolvimento do processo de acreditação, permitindo que as organizações de saúde usem eficazmente o modelo, segundo um facilitado roteiro para a evolução da qualidade que considera:

- Padrões atualizados e novos que envolvem questões referente a performance da qualidade;
- Plano de estudo personalizado;
- Auto avaliação e revisão de processos dos diversos setores envolvidos;
- Medidas de desempenho e novos relatórios de acreditação;
- Ferramentas automatizadas de medição para maior e mais rápida a troca de dados;

- Melhoria da normalização e objetividade;
- Diminuição da burocracia;
- Captação rápida de informações.

O modelo de acreditação canadense também é um modelo internacional e tem sido utilizado em diversos países. No Brasil o modelo também tem sido aplicado, porém, ainda de forma incipiente. A metodologia internacional de excelência *Qmentum International* orienta e monitora os padrões de alta performance em qualidade e segurança, utilizando critérios internacionais com validação mundial (QMENTUN INTERNATIONAL, 2013).

No Brasil, a *Accreditation* Canadá desenhou uma *Joint Venture* com o IQG (Instituto Qualisa de Gestão). O IQG é uma empresa certificada para realização de avaliação de qualidade para acreditação pelos modelos da ONA, do JCI e é a única no Brasil credenciada para realizar avaliação do modelo *Qmentum International* (QMENTUN INTERNATIONAL, 2014).

A inovação da metodologia do *Qmentum International* está na utilização de novas ferramentas de avaliação para o fechamento do juízo de valor. Toda a metodologia está alinhada aos princípios da Governança Clínica. Possibilita o acompanhamento dos indicadores de desempenho e resultado através de uma plataforma customizada. Orientações de especialistas internacionais dão suporte à metodologia e garantem um processo contínuo de melhorias e introdução de inovações (QMENTUN INTERNATIONAL, 2013).

Os dados obtidos para a construção do conhecimento do modelo foram obtidos por meio de visita técnica feita à empresa IQG, que será apresentado sucintamente no Capítulo 4 deste presente trabalho.

Modelo Brasileiro de Acreditação: A história da acreditação no Brasil começa no final dos anos 1980, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado” (FELDMAN *et al.*, 2005).

Em 1990 cria-se o Manual Brasileiro de Acreditação, que é aplicado em diversos tipos de instituições de saúde no Brasil. Seu objetivo não difere dos outros modelos apresentados anteriormente, que é promover a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos hospitais ao paciente/cliente (FELDMAN, CRISTINA e OLM, 2006).

Para a implementação deste processo foi instituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que passou a disseminá-lo nacionalmente com o objetivo de criar

mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento. Desenvolvido pela ONA, com participação do Ministério da Saúde dentre outras instituições públicas e privadas ligadas ao setor, o modelo já possui sua versão 2014 (ONA, 2014). O modelo na versão atualizada tem reconhecimento internacional e é certificado pelo *ISQUA, The International Society for Quality in Health Care* (Sociedade Internacional para a Qualidade do Cuidado à Saúde). Esse modelo recebe uma maior atenção no desenvolvimento deste trabalho, por se tratar de um modelo amplamente utilizado pelas instituições Brasileiras, com maior número de instituições acreditadas no Brasil (FELDMAN *et al.*, 2005). O padrão pré-estabelecido pelo Manual Brasileiro é fundamentado nos três níveis de complexidade, apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 - Níveis de complexidade do Manual Brasileiro de Acreditação

Nível 1	Segurança (estrutura): pressupõe atendimento aos requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, com recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço.
Nível 2	Organização (processo): verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, e prática de auditoria interna.
Nível 3	Práticas de Gestão e Qualidade (resultados): constata se existem políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários.

Fonte: ONA (2013)

Para cada nível são definidos requisitos com o objetivo de esclarecer o padrão, dividido em cinco seções com suas respectivas subseções. As primeiras cinco seções são de aplicação obrigatória em todas as organizações prestadoras de serviços hospitalares avaliadas, independentemente de suas características (ONA, 2014).

O Quadro 7 apresenta os requisitos exigidos pelo modelo da ONA.

Quadro 7 - Requisitos de aplicação obrigatória pelo Modelo Brasileiro de Acreditação

Requisitos de aplicação obrigatória pelo Modelo Brasileiro de Acreditação	
1: Gestão e liderança	3: Diagnóstica e terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Gestão de pessoas • Gestão administrativa • Gestão de suprimentos • Gestão da segurança patrimonial • Gestão da estrutura física funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos pré-analíticos • Processos analíticos • Processos pós analíticos • Métodos diagnósticos e terapêuticos • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Radioterapia • Radioterapia intervencionista • Métodos endoscópicos e videoscópicos.
2: Atenção ao paciente/cliente	4: Apoio técnico
<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do acesso • Internação • Atendimento ambulatorial • Atendimento em emergência • Atendimento cirúrgico • Atendimento obstétrico • Atendimento neonatal • Tratamento intensivo • Mobilização de doadores • Triagem de doadores e coleta • Assistência hemoterápica • Terapia diálise • Terapia antineoplásica • Assistência farmacêutica • Assistência nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação ao paciente / cliente • Gestão de equipamento e tecnologia médico hospitalar • Prevenção, controle de infecções e eventos sentinela • Processamento e liberação
	5: Abastecimento e apoio logístico
	<ul style="list-style-type: none"> • Processamento de roupas • Processamento de materiais e esterilização • Armazenamento e transporte de materiais biológicos • Higienização

Fonte: ONA (2014)

Na seção 1, a aplicação tem como objetivo identificar qual é o modelo de gestão adotado pela instituição, visando identificar como a organização é conduzida por sua liderança e como esta é exercida. De aplicação obrigatória para todas as organizações avaliadas, suas subseções possuem uma atuação transversal na organização. A seção 2 está relacionada aos processos que envolvem o cuidado aos pacientes, estabelecendo a relação entre a prática clínica com outras etapas necessárias. A terceira seção agrupa as atividades e serviços que se relacionam ao processo de apoio ao diagnóstico e terapêutica. A seção 4 destina-se em agrupar as atividades transversais que auxiliam em todos os processos existente na organização. A quinta seção está relacionada as atividades de abastecimento, provimento, manutenção e apoio logístico, que asseguram a disponibilidade de recursos necessários para o processo das atividades fins da organização. As seções e subseções apresentadas a seguir, referem-se aos requisitos que são obrigatórios apenas às instituições avaliadas que possuem uma característica diferenciada das demais instituições.(ONA, 2014).

Sua aplicação será estabelecida de acordo com suas características e avaliação do organismo credenciador apresentada no quadro 8.

Quadro 8 - Requisitos específicos ONA

Requisitos de aplicação obrigatória pelo Modelo Brasileiro de Acreditação de acordo com as características da instituição	
1: Atenção ao paciente/cliente	2: Diagnóstica e terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento ambulatorial • Atendimento em emergência • Atendimento cirúrgico • Atendimento obstétrico • Atendimento neonatal • Tratamento intensivo • Mobilização de doadores • Triagem de doadores e coleta • Assistência hemoterápica • Terapia diálise • Terapia antineoplásica • Assistência farmacêutica • Assistência nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos diagnósticos e terapêuticos • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Radioterapia • Radioterapia intervencionista • Métodos endoscópicos e videoscópicos
	3: Apoio técnico
	<ul style="list-style-type: none"> • Processamento e liberação

Fonte: ONA (2014)

O Manual Brasileiro de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições de saúde. O processo para a certificação é de responsabilidade das instituições acreditadoras credenciadas a ONA. A instituição que manifestar interesse pela avaliação para certificação deverá recorrer a uma das instituições acreditadas solicitando a avaliação. Compete às organizações acreditadoras credenciadas à ONA: Avaliar a qualidade das organizações, serviços e programas da saúde. Certificar as organizações, serviços e programas da saúde. Capacitar os avaliadores para o processo de avaliação.(ONA, 2014)

As atividades relacionadas à sensibilização para a acreditação e diagnóstico organizacional são facultativas. As atividades relacionadas a consultoria e assessoria são vedadas às instituições credenciadas pela ONA. As instituições acreditadoras credenciadas pela ONA são as seguintes (ONA, 2014):

- *Det Norske Veritas* – DNV;
- Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV;
- *Germanischer Lloyd Certification South America* - GL;
- Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde - IAHCS;
- Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde - IBES;
- Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde - IPASS;
- Instituto Qualisa de Gestão - IQG.

2.6 Comparativo dos modelos de acreditação

Existem vários modelos de excelência e de ferramentas de gestão, a maioria deles necessários e eficazes. No entanto, essa mesma diversidade dificulta o entendimento, o processo de escolha e sua implementação por parte dos dirigentes de organizações de saúde. É frequente, a execução de iniciativas sem alinhamento e não integradas, a falta de uma orientação geral capaz de organizar essas ferramentas de maneira lógica e inter-relacionada por meio de um modelo abrangente e confiável (GIGANTESCO e MOROSINI, 2010).

O Quadro 9, apresenta os principais modelos de acreditação que foram apresentados neste Capítulo.

Quadro 9 - Quadro comparativo dos modelos de acreditação – continua.

Modelos de acreditação	Organismo responsável	Foco nos processos de acreditação	Pontos fortes	Pontos fracos
Modelo Asiático	National Institute of Health -NHI)	Prioriza melhorar a tecnologia e a qualidade no atendimento médico.	Busca uma relação harmoniosa entre os prestadores de cuidados e pacientes.	Possui grande preocupação com os custos.
Modelo Britânico	Organizações independentes, destacando a <i>The King's Fund Audit (KFA)</i> e do <i>Hospital Accreditation Program (HAP)</i>	Tem prioridade na melhora da qualidade que é considerado uma estratégia de marketing no País.	Desenvolvido em sintonia com outras iniciativas do <i>welfare estate</i> .	Tem caráter competitivo, acreditação feita por modelos terceiros.
Modelo de acreditação da Catalunha-Espanha	Fundação <i>Avedis Donabedian (FAD)</i>	Fundamentado no cuidado especializado.	Peça fundamental do planejamento e organização dos recursos para a saúde, com o objetivo de melhorar os cuidados hospitalares.	Proposto para resolver problemas de ordem financeira. Trata-se de um modelo somente da Catalunha, não é um modelo nacional.
Modelo de acreditação Francês	<i>Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé</i>	Focado em atender as necessidades do paciente.	Possui cronograma de execução fiscalizado pelo governo.	A acreditação é obrigatória.
Modelo de acreditação Americano	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)</i>	Pautada pela busca da excelência, em lugar do padrão mínimo para o funcionamento dos serviços.	Pautada pela busca da excelência.	Obrigatoriedade da adoção dos padrões previstos na norma.

Fonte: Adaptado de Kingdom (2011)

Quadro 9 - Quadro comparativo dos modelos de acreditação – continuação.

Modelo Canadense	<i>Qmentum International</i>	Desempenho do sistema de saúde, planejamento de prevenção de riscos, segurança do cliente, medição de desempenho e governança.	Orienta e monitora os padrões de alta performance em qualidade e segurança, utilizando critérios internacionais.	Utilizado para instituições com alta capacidade financeira.
Manual Brasileiro de Acreditação	Ministério da Saúde	Estrutura, processo e práticas de gestão de qualidade.	Fundamentado nos três níveis de complexidade: Segurança, Organização e práticas de gestão.	Possui maior preocupação com a estrutura, não focando nos resultados.

Fonte: Adaptado de Kingdom (2011)

A acreditação é peça fundamental de uma política global de planejamento e organização dos recursos para a saúde, com o objetivo de melhorar os cuidados hospitalares. Tem a tarefa de ajudar o hospital a atingir esses padrões. O hospital deve, ao fim do processo, fornecer as provas de suas conquistas (SACK *et al.*, 2011).

Esses modelos aplicam-se a toda e qualquer organização destinada à prestação de serviços de saúde, ou a todos os departamentos desses serviços. São comuns a todas as organizações de saúde, estando agrupadas por funções: padrões, normas relacionadas ao doente, acesso aos cuidados e continuidade dos mesmos, direitos do doente e família, avaliação de doentes, cuidados prestados ao doente, educação do doente e família, padrões ou normas relacionadas com a gestão da instituição, gestão e melhoria da qualidade, prevenção e controlo de infecções, administração, chefia e direção, gestão e segurança da instalação, qualificações e educação dos profissionais e gestão da informação.

Esses modelos constituem uma parte dos Manuais de Acreditação que é aplicado às instituições que demonstrarem ter atingido um grau de satisfação adequado ao estabelecido por cada função, ou seja, estar dentro do nível da avaliação que a norma exige. O título de acreditado pode ser provisório, condicional ou negado, conforme o cumprimento do modelo utilizado (CARSTENS *et al.*, 2009). A responsabilidade dos hospitais acreditados é grande. Além de manter o padrão, eles têm a tarefa de servir de exemplo de correto gerenciamento de seus serviços e de modelo para outras organizações de saúde que querem ter como marcas a segurança, a qualidade e a ética (DONAHUE, 2000).

2.7 A acreditação hospitalar no Brasil

No Brasil, a acreditação é voluntária e atualmente três modelos estão sendo utilizados para certificação das instituições de saúde: o modelo da *Joint Commission Accreditation of Hospitals*, o modelo Canadense (*QMentum International*) e o Modelo Brasileiro de Acreditação.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido grandes esforços para incentivar o aprimoramento da assistência hospitalar à população e a melhoria na gestão das instituições hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997 o Ministério da Saúde vem, persistentemente, investindo em palestras de sensibilização para criação e consensualização dos padrões e níveis da qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético (ONA, 2014).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil conta hoje com 259.204 serviços de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 27,77% públicos e 72,23 privados. Já o dado referente ao número de hospitais é apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 - Quantidade de hospitais registrados no CNES

HOSPITAIS DO BRASIL	
Municipais	21%
Estaduais	8%
Federais	1%
Privados	70%
Total	6.756

Fonte: Ministério da Saúde - CNES (2014)

De acordo com dados da Organização Nacional de Saúde em 2014, do Consórcio Brasileiro de Saúde, e do Instituto Qualisa de Gestão, responsáveis pela certificação do modelo brasileiro de acreditação, pelo modelo da *Joint Commission* e pelo modelo *Qmentum International*, respectivamente, o número de hospitais acreditados totalizam 254 instituições, que representam apenas 3,78% dos serviços hospitalares existentes no Brasil.

O Quadro 11 apresentam a quantidade de hospitais acreditados pelos três modelos aplicados no Brasil atualmente (JCI, ONA, *QMENTUM International*).

Quadro 11 - Serviços acreditados no Brasil

Estado	ONA	JCI	QMENTUM	TOTAL
Distrito Federal	7	0	0	7
Acre	0	0	0	0
Alagoas	1	0	0	1
Amapá	1	0	0	1
Amazonas	2	0	0	2
Bahia	4	0	0	4
Ceará	3	0	1	4
Espírito Santo	6	0	1	7
Goiás	2	0	0	2
Maranhão	2	0	0	2
Mato Grosso	2	0	0	2
Mato Grosso do Sul	1	0	0	1
Minas Gerais	33	0	3	36
Paraná	15	0	2	17
Paraíba	0	0	0	0
Pará	4	0	0	4
Pernambuco	1	3	0	4
Piauí	0	0	0	0
Rio de Janeiro	19	4	6	29
Rio Grande do Norte	1	0	0	1
Rio Grande do Sul	6	3	0	9
Rondônia	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0
Santa Catarina	6	0	0	6
Sergipe	1	0	1	2
São Paulo	86	13	14	113
Tocantins	0	0	0	0
TOTAL GERAL	203	23	28	254

Fonte: adaptado de ONA (2014), THE OFICIAL HANDBOOK (2006) e QMENTUN INTERNATIONAL (2014)

Quando se trata especificamente de hospitais acreditados pela ONA, deve-se levar em consideração os três níveis de acreditação estabelecido pela organização.

- Nível 1: Organização prestadora de serviços de saúde acreditada;
- Nível 2: Organização prestadora de serviços de saúde acreditada plena;

- Nível 3: Organização prestadora de serviços de saúde acreditada com excelência.

Sendo as duas primeiras certificações válidas para dois anos e a terceira com validade de três anos. O Quadro 12 apresenta o número de instituições hospitalares acreditados pelo modelo da ONA de acordo com os níveis adotados pelo modelo.

De acordo com os dados apresentados anteriormente podemos identificar que a quantidade de hospitais acreditados no Brasil é muito pequena, quando comparado com o número de hospitais existentes no País

Quadro 12 - Hospitais acreditados pela ONA

Hospitais acreditados pela ONA	
Acreditado	56
Acreditado pleno	64
Acreditado com excelência	83
Total	203

Fonte: ONA (2014)

A situação é preocupante quando estabelecida uma relação direta dos níveis de qualidade das instituições com modelos de acreditação, uma vez que a adoção desses modelos exige e implica na melhoria da qualidade dos serviços de saúde progressivamente. Para Rocha *et al.* (2011), a maioria dos hospitais, serviços de pronto atendimento e demais serviços de saúde do Brasil estão sucateadas e possuem qualidade questionável. Contudo, essa situação poderia ser revertida se a acreditação se tornasse algo compulsório. Porém, o que se observa no setor é um cenário desolador na saúde, com hospitais sem infraestrutura tecnológica, lotados e distantes do que é previsto pelos modelos de acreditação existentes.

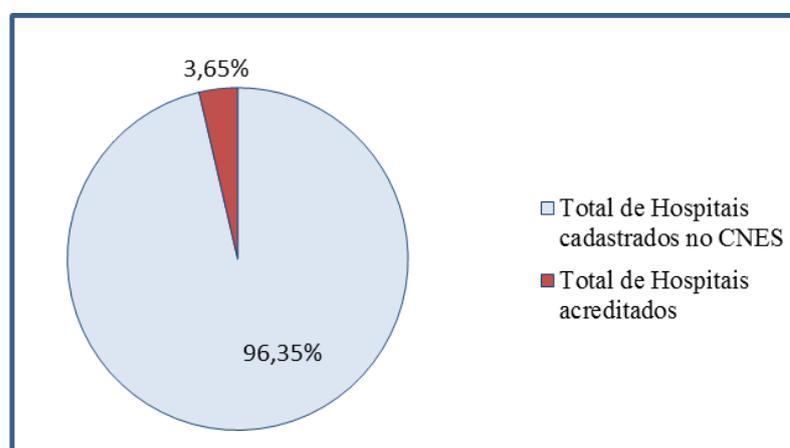


Figura 6 - Percentual de hospitais acreditados no Brasil

Para padrões de análise, os três modelos adotados são semelhantes, mas os graus de exigência diferem, havendo maior rigor no método de acreditação *Qmentum International* e *Joint Commission*. (ROCHA, 2011).

Há também uma grande desigualdade quando se verifica a localização das instituições acreditadas, sendo a maioria delas localizadas na região sudeste. Essa situação demonstra que a situação de risco que as pessoas sofrem nas áreas distantes de instituições hospitalares não acreditadas.

Esse cenário mostra que apesar de instituído o Modelo Brasileiro de Acreditação Hospitalar, mesmo após uma década de sua implantação, o mesmo ainda não atingiu todas as regiões como deveria. A Figura 7 apresenta localização dos hospitais brasileiros acreditados.

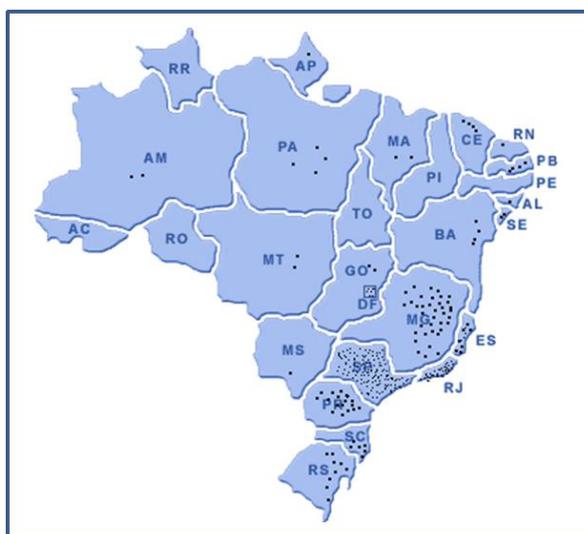


Figura 7 - Mapa da distribuição de Hospitais acreditados no Brasil

A Figura 7 permite verificar que a acreditação hospitalar pelos três modelos aplicados no Brasil, apresenta maior número de hospitais acreditados na região sudeste do País, destacando o estado de São Paulo com 113 hospitais acreditados, correspondendo a 44,48 % dos hospitais acreditados em todo país.

No outro extremo se verifica a situação das demais regiões apresentam menor incidência de hospitais acreditados. De acordo com os dados apresentados, pode-se concluir que maior parte dos hospitais no Brasil não consegue atender os requisitos e padrões de qualidade descritos pela ONA, JCI-CBA e *Qmentum International*. Contudo, cada vez mais as exigências dos clientes, do mercado e do próprio setor público, vêm obrigando as

instituições a atenderem os requisitos básicos de qualidade, como segurança e garantia da qualidade do atendimento dos serviços prestados. Por outro lado as instituições necessitam de ferramentas que ajudem a conduzir todo o processo de melhoria contínua da qualidade. A partir de tal cenário, a proposta deste trabalho visa desenvolver uma sistemática de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Uma proposta baseada nos modelos de acreditação utilizados no Brasil, focando questões relacionadas no resultado dos serviços. Foi construída uma sistemática que seja uma ferramenta a ser utilizada pelos gestores em prol da qualidade e que auxilie a adoção de novas práticas relacionadas à melhoria da qualidade.

Com base nos modelos de acreditação apresentados, foi desenvolvida Esta sistemática é apresentada no Capítulo 3.

3. PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE ACREDITAÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar uma proposta de sistemática de acreditação para hospitais públicos e privados de pequeno e médio porte do Estado de Minas Gerais. A sistemática é desenvolvida com base nos modelos de acreditação apresentados no Capítulo 2, considerando suas principais características.

Considera-se que as organizações de saúde devem ser geridas, tomando como base a gestão da qualidade total como um fator fundamental para seu crescimento, visto que mais de 96% dos hospitais brasileiros não são acreditados ou não conseguem atingir os requisitos necessários exigidos pelos modelos existentes. A proposta deste trabalho é apresentar uma sistemática adequada para atender às necessidades dessas unidades.

De acordo com Couto *et al.* (2006), uma organização não pode ser bem conduzida por melhor que seja o desempenho de seus gestores, se não contar com um sistema de gestão de qualidade adequado. Neste contexto, os modelos de acreditação são ferramentas essenciais para a garantia da qualidade dos serviços, uma comprovação de que o estabelecimento utiliza os princípios mínimos de gestão da qualidade e atende aos requisitos básicos da qualidade exigidos.

Espera-se com a sistemática proposta satisfazer as necessidades e expectativas das instituições, de forma a melhorar o nível de qualidade da organização frente à atual necessidade de mercado e seus concorrentes. Além disso, buscou-se, com esta sistemática, auxiliar os hospitais na adequação de seus processos de melhoria da qualidade de acordo com os padrões propostos pelos modelos de acreditação.

Para que esses propósitos sejam atendidos, esta pesquisa apresenta uma sistemática adaptada do modelo proposto por Turrioni (1992), ilustrada na Figura 8.

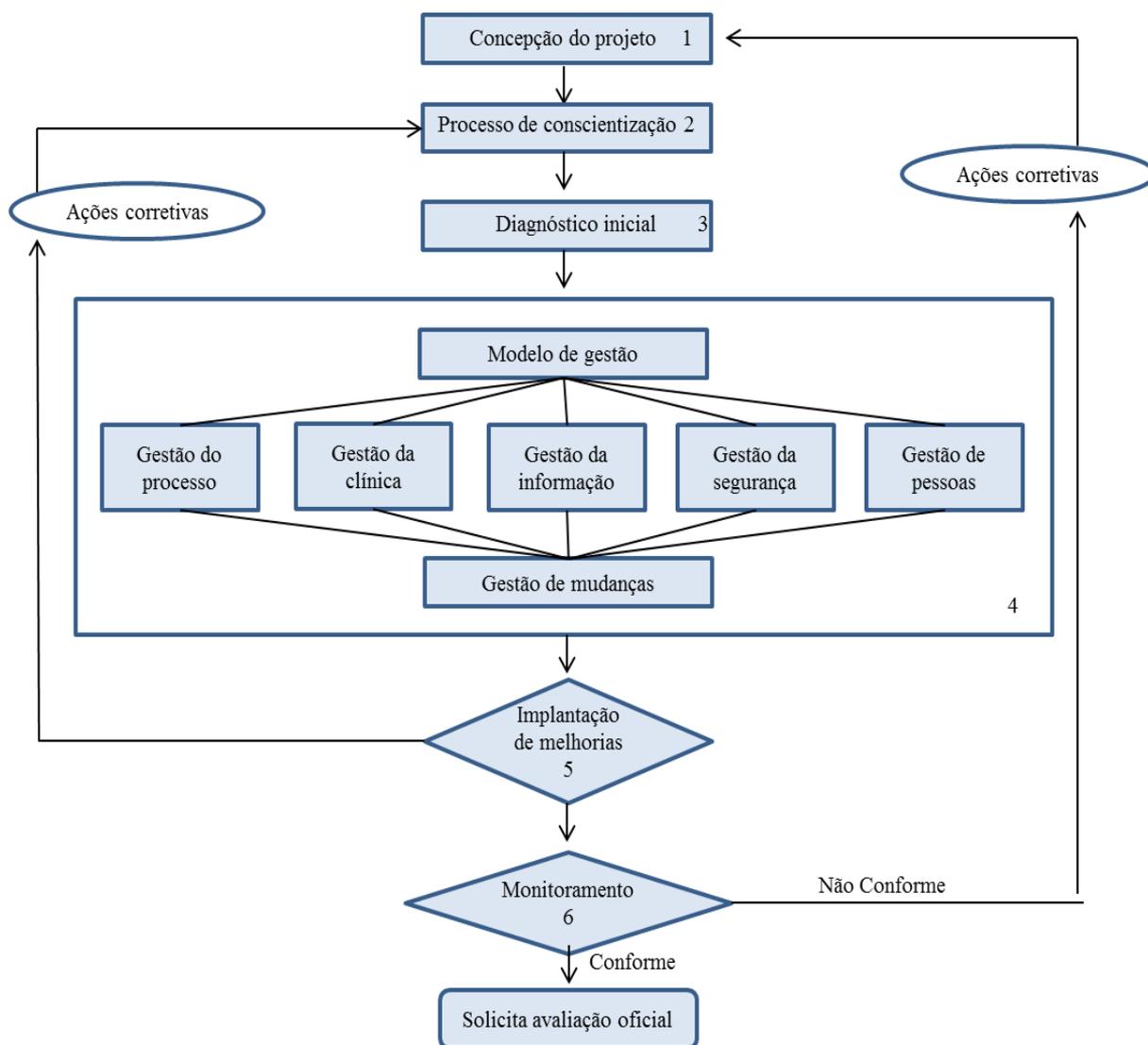


Figura 8 - Sistemática de acreditação proposta

Fonte: Adaptado de Turrioni (1992)

A sistemática apresentada pela figura 8, procura atender as características principais dos modelos de acreditação apresentados no Capítulo 2.

De acordo com Hortale (2002), um sistema de acreditação deve ser conduzido procurando atender a elementos nos planos técnico e político das organizações. Deve atender não apenas a interesses políticos, mas também, ser elaborado a partir das necessidades e prioridades estratégicas da Organização.

O objetivo desta sistemática é atender à necessidade dos hospitais que serão objeto de estudo deste trabalho, visando a melhoria da qualidade dos serviços. Posteriormente, essa sistemática poderá ser testada e validada em outros hospitais.

Para a ONA (2014), a avaliação acontece em três níveis de atenção, práticas ou métodos esperados, conforme apresentado no Capítulo 2. Esta presente proposta não considera esses níveis de complexidade, mediante o fato de não ser o foco principal da sistemática. A proposta visa colaborar na implantação de um modelo de gestão da qualidade eficiente, impulsionar as mudanças no processo de trabalho diário dentro das instituições.

A etapa 1, denominada concepção do projeto, refere-se à implantação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) em hospitais. Refere-se à sensibilização da Alta Administração do hospital em realizar o investimento e as adequações necessárias para atender aos requisitos de acreditação. (OVRETVEIT e GUSTAFSON, 2002).

A etapa 2, denominada de processo de conscientização refere-se à importância de disseminar a todos os funcionários da organização, independentemente do cargo exercido, a importância da melhoria da qualidade dos serviços. Nesta etapa, espera-se que sejam realizados treinamentos nos diversos níveis hierárquicos do hospital, com o objetivo de iniciar o processo de educação voltado para a melhoria da qualidade, seus conceitos e valores. O processo de conscientização deverá ser proposto e conduzido pela equipe de gestão da qualidade (equipe de liderança).

Na etapa 3, é realizado um diagnóstico inicial na instituição, onde é realizada uma avaliação prévia da maturidade da organização no que se refere aos conceitos da qualidade, garantia da qualidade, modelo de gestão adotado e os processos de melhoria da qualidade.

A etapa 4, trata-se da sistemática a ser utilizada pela organização neste processo. A realização desta etapa depende diretamente das etapas anteriores, pois ocorrerá o planejamento do processo de implantação da sistemática de acreditação, definindo-se a forma de implantação, a forma de condução do processo, as necessidades de treinamentos e quais serão os processos necessários para a implantação. Complementarmente, de modo sequencial, a etapa 5 refere-se à implantação da sistemática em toda a organização, realizada pela equipe de implantação.

A etapa 6, denominada de monitoramento visa garantir a implantação da sistemática segundo o planejamento e as definições propostos.

Cada uma das etapas descritas anteriormente possui suas subdivisões que correspondem a sistemática de acreditação proposta nesta pesquisa, apresentadas nas seções a seguir.

3.1 Etapa 1: Concepção do projeto

Esta etapa do modelo refere-se ao processo inicial de implantação da sistemática de acreditação, uma ferramenta de verificação do nível de qualidade exercido pelo hospital. Esta etapa se divide em duas fases, conforme apresentado pela Figura 9.

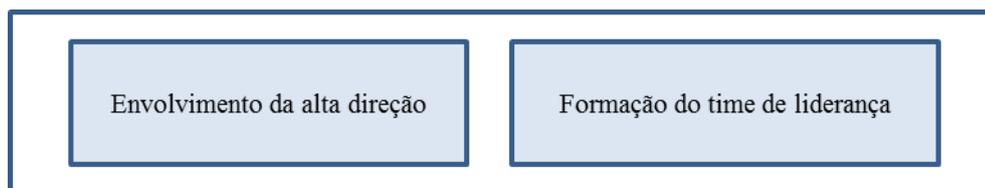


Figura 9 - Concepção do projeto

3.1.1 Envolvimento da alta direção

De acordo com Ovretveit e Gustafson (2002), a implantação de um sistema de gestão da qualidade em hospitais, exige um forte comprometimento da alta direção. A implantação de um modelo de acreditação e, para o caso deste trabalho, a implantação de uma sistemática de acreditação, o envolvimento não deve ser diferente.

A adoção da estratégia exige que mudanças na organização sejam efetivadas, envolvendo todos os níveis hierárquicos, recursos financeiros e tecnológicos na busca de um processo de melhoria contínua do hospital. Esta deve ser baseada na participação efetiva de todos os membros para seu sucesso, visando diretamente os benefícios para a organização, para o cliente e para a sociedade em longo prazo.

Para Alástico e Toledo (2013), a adoção de qualquer sistema de gestão da qualidade envolve uma mudança cultural e filosófica do hospital. A mudança tecnológica está relacionada aos processos de trabalho, execução de normas e rotinas padronizadas executadas no hospital. Já as alterações filosóficas e culturais abordam valores, crenças, visão e missão da organização. Esta passa a focalizar tais elementos a fim de melhorar a condução dos trabalhos realizados por todos. Essas questões envolvem recursos financeiros e decisões importantes que, necessariamente, devem ter a autorização dos gestores da Alta Direção, razão pela qual seu envolvimento torna-se um requisito básico para a adoção desta sistemática.

3.1.2 Formação da equipe de liderança

A segunda fase trata da formação da equipe de liderança que será responsável pela implantação da sistemática de acreditação.

Para Alástico e Toledo (2013), trata-se de formar e capacitar uma equipe para condução do processo de implantação dos requisitos da sistemática de acreditação. Deve ser formado por membros da Alta Direção, gerentes e colaboradores de diferentes setores do hospital.

A equipe de liderança deve compreender que sua função não é apenas melhorar a performance do processo, mas alterar a maneira de compreender os problemas. Deve ter consenso dos processos estratégicos, definição clara do valor dos serviços oferecidos, bem como uma documentação bem definida para um bom entendimento das competências necessárias para a medição e melhoria dos processos.

Neste contexto, são responsabilidades da equipe de liderança:

- Identificar e desenvolver metodologias, padrões e ferramentas de melhoria da qualidade;
- Definir indicadores;
- Dar apoio técnico aos gestores de processos, desenvolvendo competências, por meio de treinamentos específicos;
- Monitorar e auditar a aplicação da sistemática;
- Gerenciar os recursos;
- Identificar as melhores práticas de gestão dos processos;
- Coordenar a comunicação entre os processos;
- Realizar diagnóstico inicial a fim de verificar a situação atual da organização;
- Mapear toda estrutura que a organização possui visando identificar a real situação do hospital no que se refere a estrutura, processos e resultados;
- Identificar e mapear as necessidades de adequação da organização (processos críticos);
- Conscientizar, treinar, educar e mobilizar os profissionais do hospital quanto aos requisitos de qualidade, e da sistemática de acreditação proposta;
- Monitorar e melhorar o desempenho dos processos existentes e novos, por meio da análise crítica capacitação, sensibilização dos profissionais;
- Documentar todo processo de implantação da sistemática;

- Verificar adequações e solicitar correção dentro de um prazo coerente com a disponibilidade do hospital;
- Realizar auditoria interna em todos os setores do hospital a fim de verificar a adequação dos requisitos propostos e implantados de acordo com a sistemática, e providenciar possíveis ajustes necessários.

A equipe deve ser que seja constituída por membros da organização que possuam habilidades emocionais e a capacidade de lidar com situações de conflito. Não serão responsáveis em verificar a existência de normas, manuais e procedimentos operacionais padrão (POPs) dentro da organização, mas sim em focalizar processos e indicadores voltados para garantir a segurança e a qualidade dos serviços prestados. Os gestores da qualidade serão responsáveis em executar a gestão da mudança, tornando-a de forma efetiva, parte do cotidiano das tarefas e da cultura da organização.

Importante esclarecer que a formação da equipe de liderança, não pode ser confundido com os colaboradores que atuam nos atuais escritórios de qualidade ou departamentos afins. O processo de mudança e de melhoria contínua só irá acontecer quando a implantação de um modelo de gestão da qualidade envolver todos os membros da organização, incluindo essencialmente, membros da Alta Direção. Portanto, a melhoria da qualidade é conduzida de cima para baixo, para que as mudanças necessárias ocorram. A presença do gestor da qualidade e do escritório de qualidade, neste contexto passa a ser desnecessária.

De acordo com Wardhani *et al.* (2009), alguns critérios são fundamentais para o sucesso nesta etapa:

- Sensibilização e comprometimento da alta administração do hospital;
- Nomeação do time de liderança, formado por profissionais de diferentes áreas;
- Realização de cursos específicos para a equipe de liderança;
- Fornecimento de recursos, equipamentos e materiais necessários ao time de liderança;
- Autonomia para desenvolver, testar e implementar processos de mudanças.
- Conscientização de que o retorno financeiro da implantação é de longo prazo.

3.2 Etapa 2: Processo de conscientização

Esta segunda etapa do modelo se divide em duas fases, de acordo com a Figura 10.

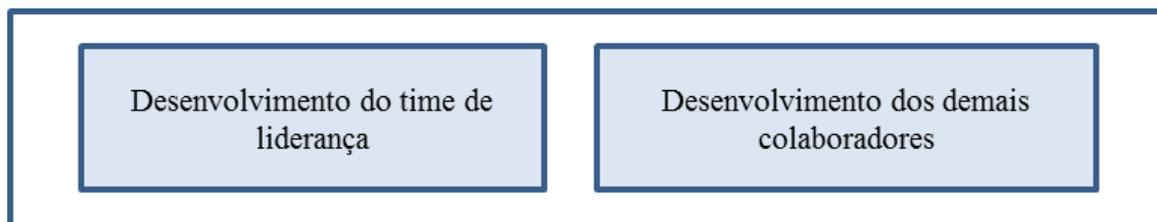


Figura 10 - Etapas do processo de aprendizagem

3.2.1 Desenvolvimento da Equipe de Liderança

Após definidos e nomeados os membros do Time de Liderança, esses deverão passar por um processo de desenvolvimento, que incluem conhecimentos técnicos e habilidades necessárias para que a equipe desenvolva, teste e implemente as mudanças necessárias.

Os conhecimentos devem incluir os conceitos de dimensões da qualidade, modelos de gestão, avaliação em saúde e acreditação. É de fundamental importância a formação adequada dos membros da equipe de liderança, uma vez que estes serão responsáveis pela geração da mudança e implementação da sistemática dentro da organização. O desenvolvimento da equipe de liderança tem o objetivo de propiciar um conhecimento específico dos seguintes aspectos:

- Fundamentos e histórico da qualidade, dimensões da qualidade;
- Estratégias de implantação de sistema de gestão da qualidade;
- Formação e treinamento de membros da organização quanto aos requisitos da qualidade;
- Aprimoramento no aspecto de conduta, senso crítico e código de ética;
- Entendimento da política nacional de qualidade hospitalar;
- Entendimento dos requisitos dos manuais do Sistema Brasileiro de Acreditação;
- Entendimento do manual das organizações prestadoras de serviços de saúde da Organização Nacional de Acreditação (ONA);
- Conhecimento de outros modelos de acreditação aplicados no Brasil;
- Registro dos resultados do processo de avaliação;
- Acompanhamento das ações decorrentes de avaliação;
- Entendimento da sistemática de acreditação proposta.

A equipe de liderança será responsável por todos os processos relacionados à implantação da sistemática de acreditação proposta, terá o compromisso de seguir todas as etapas descritas na sistemática e a responsabilidade de não abortar o processo no seu desenvolvimento.

3.2.2 Desenvolvimento dos demais colaboradores

Esta etapa refere-se ao desenvolvimento dos demais colaboradores da organização. Trata-se não somente de treinar, mas também de desenvolver os indivíduos, não apenas para seu melhor desempenho nas tarefas que lhe são atribuídas, mas para suas condições de crescimento pessoal (MALIK, 1992).

O treinamento visa à indução de uma nova cultura organizacional como instrumento gerencial de melhoria dos processos individuais de cada colaborador. Busca a uniformização de valores, a cultura organizacional, frente à implantação de uma nova política a fim de desenhar e obter os comportamentos desejados, para a viabilização da mesma.

O objetivo desta etapa é obter ganhos de produtividade, motivacionais e econômicos decorrentes da eliminação de desperdícios e do retrabalho.

A missão social da organização deve ser a de oferecer serviços de excelência em qualidade, em que a responsabilidade não é individual, mas de todos os funcionários do hospital.

Ao decidir pela adesão a um Programa da Qualidade, a empresa deve preocupar-se com o aspecto motivacional. Conforme El-jardali *et al.* (2010), para a prestação de serviços de qualidade é de fundamental importância a motivação dos funcionários, visto que somente com colaboradores satisfeitos, treinados, motivados e preparados a organização pode alcançar seus objetivos, prestando ao cliente um melhor atendimento, integrando todas as ferramentas tecnológicas e clínicas.

Nesta etapa de desenvolvimento da equipe de liderança, estabelecerá um plano de trabalho para realizar todo o desenvolvimento necessário no decorrer da implantação do projeto em toda a organização.

3.3 Etapa 3: Diagnóstico inicial

Esta etapa tem como objetivo, elaborar um diagnóstico inicial com intuito de verificar o nível de qualidade inerente à instituição, bem como realizar o mapeamento dos processos e setores críticos, obtendo uma visão macro do hospital em relação à Qualidade.

O diagnóstico é uma autoavaliação e representa um importante passo para a condução do processo de implantação da sistemática proposta: um panorama do funcionamento da organização. Trata-se de conhecer os processos, produtos e usuários do hospital e conhecer e

mapear os processos utilizados para a execução das tarefas . Neste processo, a equipe de liderança terá a oportunidade de ter um contato direto com os colaboradores, identificando pessoas chave da organização. Por fim, deve ser elaborado um diagnóstico de toda a organização, um documento norteador para a condução do processo de implantação da sistemática (ALÁSTICO; TOLEDO, 2013).

3.4 Etapa 4: Planejamento das ações

Esta etapa foi desenvolvida com base nos manuais dos principais modelos de acreditação usados no Brasil atualmente (ONA, JCI, *Qmentum*). Utilizou-se, também, o manual do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG.

O desenvolvimento e aplicação das sessões são apresentados a seguir conforme Figura 11.

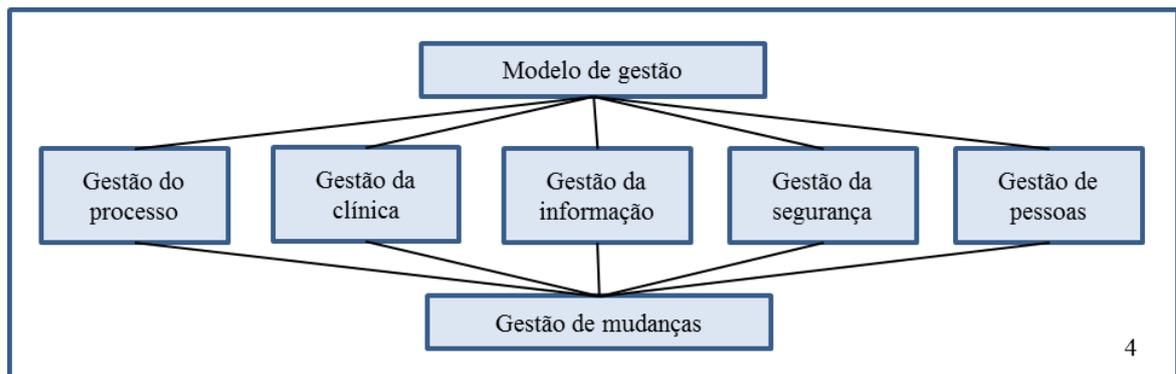


Figura 11 - Funções que devem ser desenvolvidas na organização

A etapa divide-se em sete seções que serão testadas nos hospitais objeto de estudo deste presente trabalho para verificação de adequação.

Trata-se de um conjunto de fatores, agregados nos diversos setores, com o objetivo de desenvolver a qualidade e buscar a acreditação posteriormente.

3.4.1 Modelo de gestão

Nesta seção, é verificada, pela equipe de liderança, o modelo de gestão adotado pela organização. É de fundamental importância, uma vez que o modelo de gestão adotado configura os demais processos de gestão utilizados na organização. A partir do modelo de

gestão que a organização determina as funções e conhecimentos necessários para alcançar os objetivos propostos de forma eficiente e eficaz (QMENTUM, 2014).

Refere-se à forma de como a organização organiza suas atividades (tarefas) e recursos (pessoas) com a aplicação de procedimentos (tecnologia), normas e regras (estrutura). Desta forma, o modelo de gestão reflete a cultura organizacional (ambiente), seus valores, sua visão (objetivos) e missão (negócio).

O modelo de gestão vai além das ferramentas técnicas utilizadas, envolve questões relacionadas à cultura organizacional, a filosofia e todo o sistema organizacional. É analisada a utilização de ferramentas técnicas juntamente com outros processos de gestão e verifica-se se a organização possui um pensamento sistêmico.

Nesta seção, a equipe de liderança passa a entender o sistema adotado como um todo, de um ponto de vista macro, assim como suas interações sistêmicas. O objetivo é entender todo o sistema, considerando seus problemas potenciais decorrentes da multidisciplinaridade que o constitui. Faz-se necessário a construção de uma lógica, capaz de trabalhar com diversos fatores, sem haver nenhuma interferência pessoal.

Outras questões importantes que são consideradas nesta etapa:

- **Direção:** trata-se de como o hospital é conduzido pela equipe da gestão estratégica. O exercício da liderança dentro da organização, as responsabilidades e os critérios para tomada de decisão. Existência de um modelo de gestão e estabelece uma política de responsabilidades com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços (ONA, 2014).
- **Diretrizes administrativas:** avalia a organização político-administrativa da instituição. Trata de como a organização planeja, executa e controla os recursos necessários para execução de suas atividades. Nesta seção, é analisada questões relacionadas à divisão dos setores administrativos como: gerenciamento de custos, compras, financeiro, recursos humanos. Verifica os aspectos como estrutura física e organizacional, autonomia, ferramentas de trabalho e modelo administrativo adotado pela organização.

3.4.2 Gestão do processo

Esta seção trata do modelo de gestão de processo adotado pela instituição, busca a otimização e melhoria da cadeia de processos, desenvolvida para atender necessidades e

expectativas das partes interessadas, assegurando o melhor desempenho possível do sistema integrado a partir da mínima utilização de recursos e o máximo de acerto (ONA, 2013).

Nesta seção, a equipe de liderança estuda os processos presentes na organização, propondo uma abordagem que o mapeamento, medição e monitoramento dos processos. Esses passam a ter a responsabilidade de definir métodos, ferramentas e padrões que serão usados na organização. Não serão responsáveis em verificar o uso da padronização por normas e manuais, e sim trabalhar indicadores que gerem resultados de segurança ao paciente e agreguem valor à instituição.

A gestão do processo deve estimular os ciclos de aprendizagem dentro da organização e exigir uma sistematização do conhecimento, uma vez que todos os colaboradores serão envolvidos na mudança dos processos adotados pela organização.

A Figura 12 apresenta o ciclo de gestão do processo que deve ser implementado na organização nesta etapa.

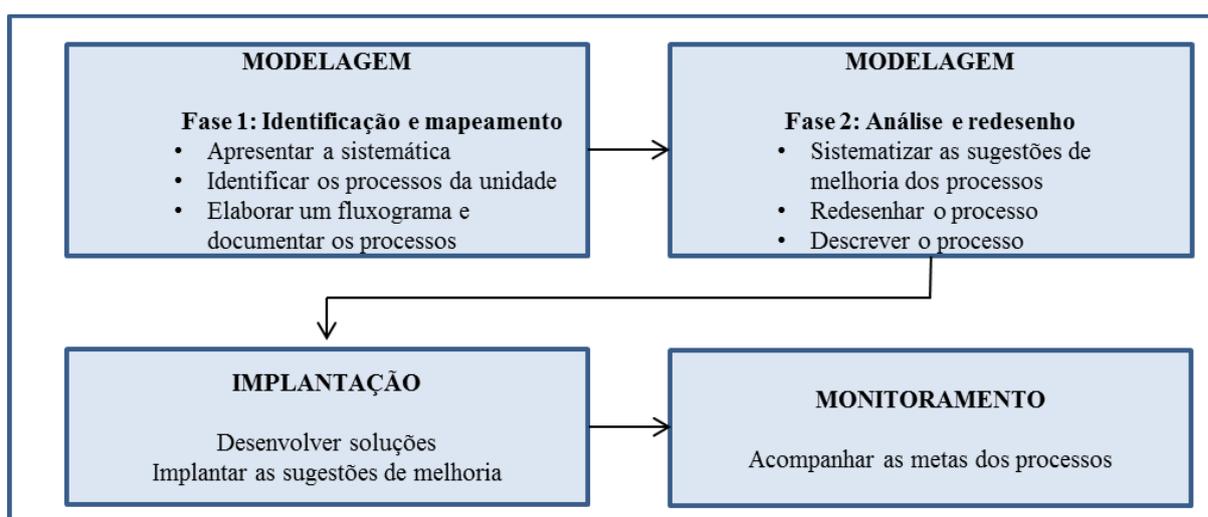


Figura 12 - Ciclo de implantação da gestão por processo

Neste contexto, a gestão por processo passa a ser uma ferramenta gerencial e de comunicação, que tem por finalidade fazer a descoberta de informações das partes interessadas, capacidades e recursos necessários para o entendimento dos processos do negócio. Serão analisadas questões referentes à modelagem dos processos utilizados pela organização, a existência de um processo claro e definido e possuir uma orientação voltada para a entrega.

Vale ressaltar que nesta etapa os processos serão verificados em campo, com todos os membros da organização, preferencialmente os colaboradores que executam as tarefas

diretamente ao paciente. Não serão verificados processos documentados, ou relatórios, mas sim a execução desses processos.

Também é analisado como os processos de trabalho são definidos e estruturados, busca-se o entendimento de que a padronização dos processos de trabalho não é desenvolvida apenas no papel, mas sim no desenvolvimento efetivo das atividades. A estrutura do processo de trabalho passa por uma mudança de valor, considerando os resultados para o paciente e não apenas a quantidade de procedimentos realizados. Busca-se a migração de uma medicina centrada nos procedimentos médicos para o paciente. Os resultados do paciente devem ser considerados como valor direto ao cliente, medindo o valor de entrega dos serviços pelos resultados e pelos custos incorridos.

Nesta seção, define-se melhor os processos de trabalho, organizam-se melhor as práticas, com foco na prevenção e no cuidado do paciente, integram-se os processos assistenciais aos processos de apoio, define-se um plano de cuidado, um plano terapêutico, de acordo com a necessidade de cada paciente.

3.4.3 Gestão da clínica

Esta seção tem por objetivo assegurar os padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar as práticas clínicas. A gestão da clínica fortalece o ganho de eficácia e eficiência nos serviços de saúde, quando comparada à gestão dos processos relacionados diretamente ao paciente. Permite integrar verticalmente diversos pontos de atenção para formar uma rede de atenção, capaz de prestar o cuidado no lugar certo, na hora certa, com custo e qualidade certos (JCI, ONA, 2013).

É necessário verificar a padronização dos processos de cuidado, que é uma técnica que visa reduzir a variabilidade dos processos de trabalho sem prejudicar sua flexibilidade.

Não se trata de verificar se a variabilidade é reduzida ao nível zero, e sim de redução das variáveis indesejadas, adotando as melhores evidências disponíveis, na abordagem de todas as situações clínicas e organizacionais.

Na gestão da clínica verifica-se a relação de um conjunto de pessoas e setores transdisciplinares que trabalham diretamente na gestão do cuidado do paciente. Serão analisadas questões referentes à tolerância, respeito e à superação da verticalização da medicina. É conduzida por uma equipe transdisciplinar que tenha perspectiva de gestão de trabalho cooperativo para a produção do cuidado desejado, atendendo as expectativas

epidemiológicas de sua área de abrangência. Verifica-se a ênfase no cuidado, ao invés da cura, no monitoramento ao invés da intervenção aguda.

Outra questão importante a ser analisada nesta seção é a existência de protocolos, que são orientações sistematizadas, em formato de fluxograma ou de uma matriz temporal, baseadas nas diretrizes e evidências da literatura e elaboradas por equipe multidisciplinar de uma instituição na qual os mesmos serão implantados.

Vale ressaltar que somente a existência de protocolos não reflete a qualidade do processo clínico executado, uma vez que o protocolo pode existir e não ser utilizado pelos membros da organização. Deve ser elaborado de forma simplificada e com linguagem simples, e gerar principalmente resultado clínico de qualidade (QMENTUM, 2013).

A Figura 13 apresenta um roteiro básico para verificação dos protocolos que geram resultados para o paciente e para a organização.



Figura 13 - Composição básica de um protocolo clínico

A análise da existência de protocolos é importante, contudo não é fator principal na avaliação dos processos da gestão da clínica. Avalia-se nesse processo a eficácia dos protocolos existentes aos resultados. A existência de diretrizes e normas são sempre consensadas em conjunto, para que tenha um resultado efetivo na obtenção de pautas diagnósticas, terapêuticas e preventivas. Outros documentos e registros podem também servir de análise dos processos na gestão da clínica. Contudo, o mais importante é a eficiência dos processos nos resultados (ARCE, 1998).

A linha de cuidado deve ser observada dentro desta seção. Deve-se expressar os fluxos assistenciais seguros e garantir ao paciente o atendimento às suas necessidades. São planos de cuidados estruturados e multidisciplinares destinados a apoiar a implementação de diretrizes clínicas e protocolos. Na linha de cuidado, observa-se se a mesma possui uma identificação clara dos fluxos dos pacientes, de materiais, informações e recursos dispensados.

Dessa forma, é cumprido um plano terapêutico que envolve os processos de acolhimento, atendimento, para concluir em um projeto terapêutico que obtenha resultados para o paciente e para a instituição, sendo conduzida por meio da compreensão de todos os processos, envolvendo todos os interessados e assegurando o acesso e a qualidade da

assistência ao paciente. Verifica-se a existência de linhas de cuidado dentro dos processos assistenciais principais, envolvendo toda a gestão do cuidado necessário para um atendimento de qualidade.

Na gestão da clínica, o foco da implantação da sistemática começa pelos serviços assistenciais principais, conforme apresentado na Figura 14. A partir desses é definido onde deve ser direcionado o processo de avaliação e implementação de medidas de melhoria da qualidade dos serviços.

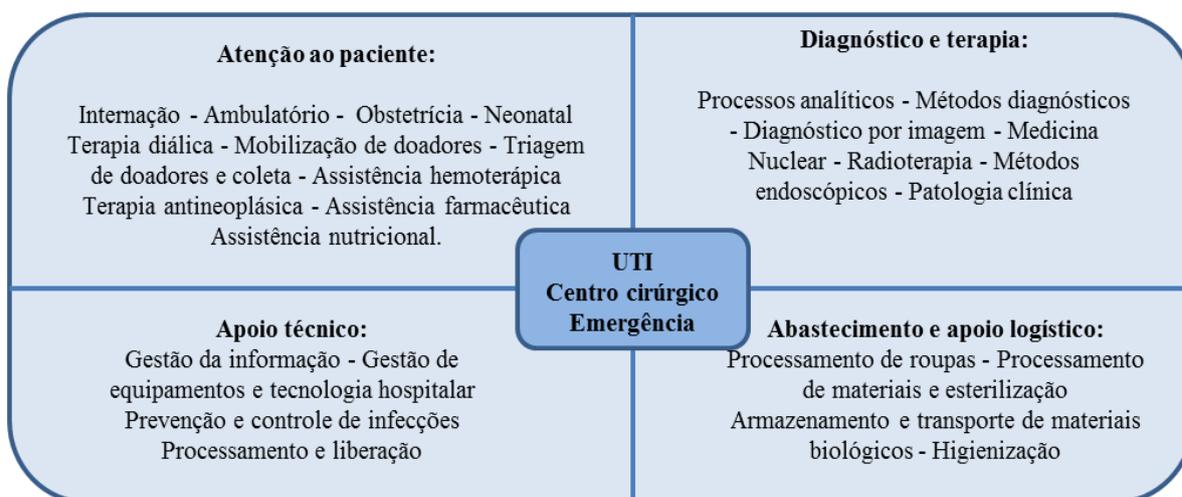


Figura 14 - Relação dos serviços assistenciais

- **Atenção ao paciente:** trata-se das atividades que envolvem o cuidado, tratamento e serviços prestados diretamente ao paciente. Analisa os processos fundamentais para a prática clínica, os elementos que compõem a prestação de cuidados, tratamento e serviços e a inter-relação desses segundo um processo integrado e cíclico.
- **Diagnóstico e terapia:** refere-se aos serviços de apoio ao diagnóstico ou serviços complementares que auxiliam na execução das atividades clínicas. Um dos setores fundamentais para a execução da prática clínica e na definição de diagnóstico para a condução do tratamento adequado. Promove a articulação das atividades das respectivas áreas profissionais, garantindo deste modo a eficácia, a qualidade e a humanização dos cuidados prestados.
- **Apoio técnico e suporte:** refere-se às atividades transversais que auxiliam no funcionamento das atividades fins da organização, e as atividades de apoio técnico, ligadas diretamente as atividades assistenciais, permitindo a continuidade e a qualidade dos serviços oferecidos.

- **Abastecimento e apoio logístico:** trata-se das atividades e serviços relacionados ao provimento e apoio logístico, que asseguram a disponibilidade de materiais e insumos, influenciando na segurança e qualidade da assistência.

Os processos de apoio devem estar integrados aos processos assistenciais principais. Na condução desta sistemática, foram considerados processos assistenciais principais: os serviços oferecidos na unidade de tratamento intensivo (UTI), centro cirúrgico e pronto atendimento (emergência). Esses setores são considerados principais por serem setores que geram maior quantidade de procedimentos ao paciente e, conseqüentemente, maiores custos e maiores receitas.

O paciente deverá passar obrigatoriamente por um desses três setores, que depende direta ou indiretamente dos outros setores para seu funcionamento. Outra questão é que a partir do atendimento em um desses setores é possível verificar a existência de processos que geram qualidade ao paciente dos demais setores, e também a inexistência destes.

A análise deve ser feita de acordo com as condições de cada unidade, deve-se buscar evidências de processos que geram resultados, verificar a prevalência, a gravidade, prevenção e rentabilidade. Verifica-se a existência mínima de protocolos que devem ser consensados com todos aqueles ligados ao processos de trabalho.

Por fim, mapeia-se e escolhem-se as linhas de cuidado, removem-se as barreiras que não agregam valor, reduzem-se as atividades que não geram resultados efetivos, verificam-se a interatividade, a conectividade, a autonomia das pessoas e dos processos dos setores considerados principais. Avalia-se a existência de controle, regras, fluxo de informação e gestão em conjunto, que definem um plano de trabalho baseado em processo que gera resultado efetivo de qualidade.

3.4.4 Gestão da informação

Refere-se à gestão de informação adotada pela instituição. Trata-se do sistema de informação utilizado pela organização, bem como todas as atividades relacionadas à integridade dos dados dos pacientes. Verifica-se a existência de um sistema de informação eficiente, um sistema de armazenamento de dados seguro, com capacidade de integrar boa parte das funções administrativas da organização, capacidade de gerar relatórios confiáveis e eficientes. Quanto aos pacientes, verifica todos os processos relacionados na gestão da informação do paciente/cliente, permitindo a geração de informações seguras e confiáveis,

propiciando maior agilidade e qualidade dos serviços prestados.

A gestão da informação origina-se do banco de dados que é o prontuário dos pacientes. Este gera uma informação que conduz para uma análise crítica. Essa análise só deve ser feita se for usada para a tomada de uma decisão. A existência de um grande número de gráficos e indicadores não assegura uma análise crítica eficiente. Verifica-se a capacidade de análise e coleta de dados relevantes para tomada de decisão.

O valor da informação somente é considerado quando a medição gera informações que colaboram na tomada de decisão que deve ser baseada em fatos. Não é recomendado verificar apenas números que podem aumentar ou diminuir no decorrer do tempo. Segundo Carstens (2009), analisam-se apenas os indicadores que tem ciclo perfeito e geram respostas eficientes para a organização. Quando se trata de gestão da informação, deve-se considerar a questão dos indicadores, que devem sugerir um direcionamento para a mudança.

O valor da informação é dado pela redução de incertezas, pelo aumento da confiabilidade na qualidade. Não se deve confundir indicador com itens de controle. Os indicadores de qualidade são inerentes aos processos estratégicos da unidade, enquanto os processos de apoio possuem itens de controle.

Os indicadores de qualidade são atributos de dimensões do estado de saúde que medem o desempenho dos serviços de saúde, as possíveis melhorias e não processos inadequados ou danos ao paciente (DONAHUE, 2000). A escolha de indicadores deve ser realizada considerando os tipos de indicadores apresentados na Figura 15.

Indicador de recursos:	<ul style="list-style-type: none"> • Mede os recursos financeiros, estrutura, pessoas, tecnologia, não ligados diretamente a assistência.
Indicador de eficiência:	<ul style="list-style-type: none"> • Mede o uso dos recursos.
Indicador de produto:	<ul style="list-style-type: none"> • Mede a eficácia do diagnóstico, tratamento, prevenção, cuidado.
Indicador de resultado:	<ul style="list-style-type: none"> • Mede o impacto de todas as ações do serviço prestado ao paciente.

Figura 15 - Indicadores da gestão da clínica

Os indicadores são conduzidos de acordo com um estabelecimento de metas, com a observação de desempenho, comparação da meta que gera alguma ação corretiva. Caso esse não passe por essas fases, passa a ser apenas uma informação sem utilidade à organização. Deve-se verificar o surgimento dos dados que geram informação, criar indicadores com denominadores que geram respostas. O indicador deve ser de fácil obtenção, baixo custo e fácil interpretação. Devem contribuir para a identificação de tendências e ligação direta com o desempenho. São responsáveis em refletir o sucesso das medidas de segurança empreendidas no passado (QMENTUM, 2013).

Nesta seção, os principais indicadores a serem analisados pela equipe de liderança são os indicadores de segurança do paciente (que podem ser definidos como uma medida quantitativa sobre a assistência prestada ao paciente) e indicador de resultado (aquele que gera transformação, acrescido de meta e prazo definidos).

3.4.5 Gestão da segurança

Trata dos requisitos necessários para uma gestão da segurança da organização. Está relacionada à segurança patrimonial, segurança dos clientes/pacientes e dos colaboradores da organização, na medida em que verifica se a organização estabelece uma política de segurança, que visa, preventivamente, fornecer segurança adequada às pessoas e ao patrimônio.

A Gestão da Segurança envolve planejamento de situações de rotina e de emergência frente às possíveis falhas na segurança a fim de prover um ambiente seguro. Também foram consideradas as atividades relacionadas à prevenção e controle de infecções e eventos sentinela, tais como as ações de prevenção, controle e eliminação de riscos de infecções hospitalares, visando maior segurança aos pacientes e colaboradores, garantindo uma maior segurança e qualidade dos serviços prestados (QMENTUM, 2013). Verifica a incorporação da ciência da segurança na formação e na prática dos profissionais, visando à melhoria da segurança.

A gestão da segurança deve ser estabelecida de forma contínua e conjunta de acordo com a Figura 16.

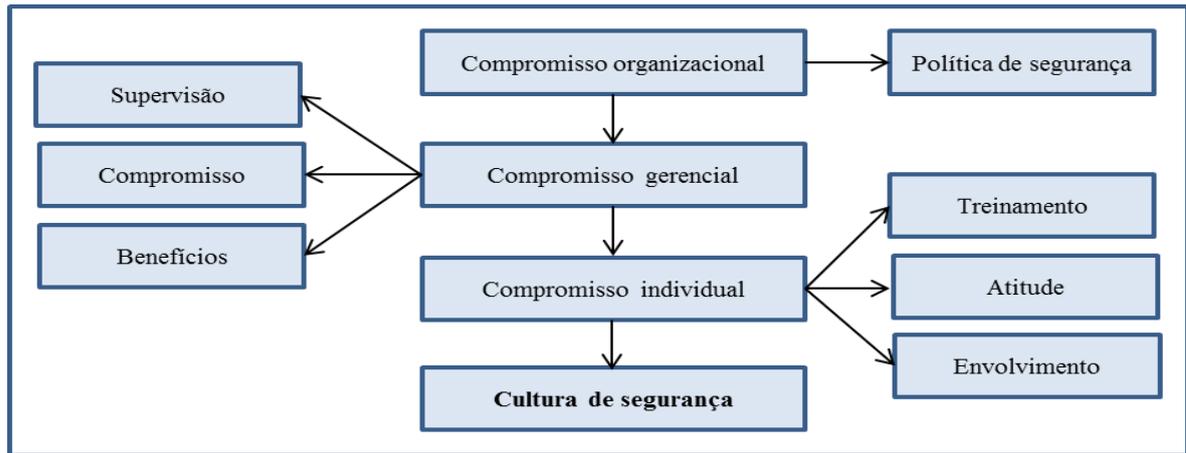


Figura 16 - Estrutura da gestão da segurança

A gestão da segurança deve ser desenvolvida com efetiva participação de todos os membros da organização, isso pode ser confirmado por meio da verificação dos processos de cuidado, gerenciamento de perigos e não riscos ou danos, envolvimento de todos os colaboradores e tratamento pró ativo de eventos.

Envolve a gestão das barreiras entre os processos (perigo) e paciente, verificando continuamente as causas e as consequências dos danos para o desenvolvimento de uma estratégia de prevenção.

A Figura 17 apresenta as etapas necessárias para o desenvolvimento da gestão da segurança.

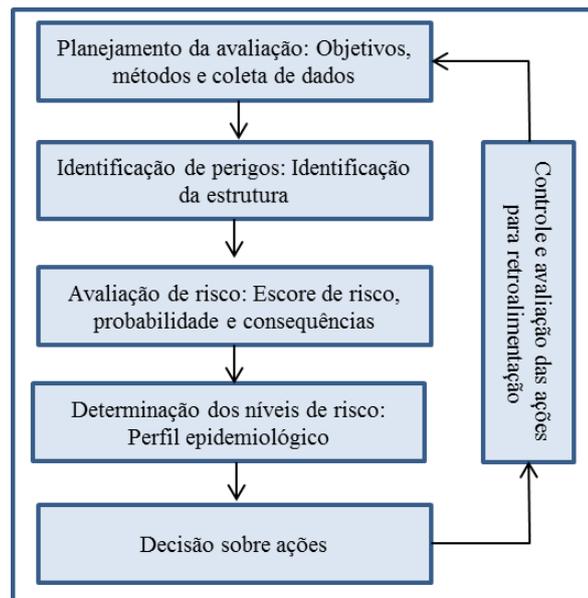


Figura 17 - Etapas de desenvolvimento da gestão da segurança

A gestão da segurança exige a aplicação de um conjunto de ferramentas e métodos para a identificação e tratamento proativo de eventos. Deve-se estabelecer um ciclo de aprendizagem contínuo no que se refere a processos de melhoria da segurança para conseguir determinar um nível adequado de acordo com as normas e legislação vigente, e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

3.4.6 Gestão das pessoas

Trata-se de como a instituição desenvolve suas atividades relacionadas à gestão de pessoas (condições de trabalho, segurança, saúde ocupacional e o desenvolvimento das pessoas). Pode ser entendido como o alinhamento das competências individuais com a necessidade da instituição, visando maior qualidade dos serviços prestados. Além disso, é verifica a existência de uma dinâmica de aprendizagem e inovação, com intuito de capacitar para a crescente adaptação às mudanças, ajustando para a realidade e preparando para acompanhar as transformações futuras.

Nesta etapa, é observado, também, se as ações voltadas para a gestão de pessoas têm agregado valor aos colaboradores e se contribui para o aprimoramento técnico e profissional dos colaboradores, gerando satisfação, conhecimento e mudança de comportamento.

Trata do desempenho humano dentro do contexto da organização, do vínculo que as pessoas estabelecem com a organização e das relações de trabalho dentro da organização.

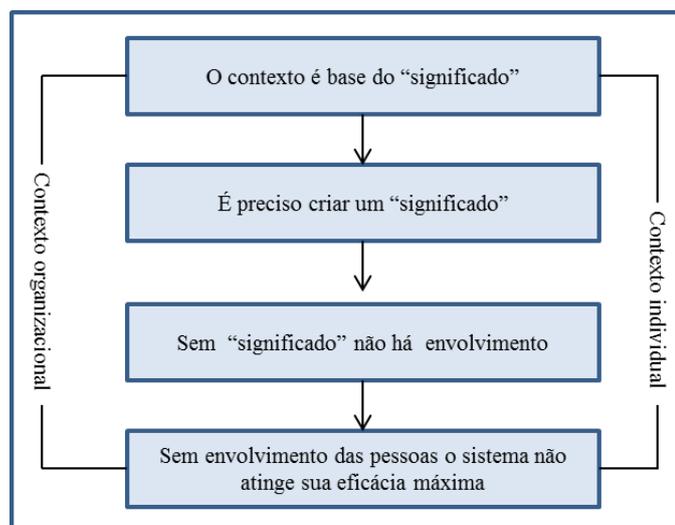


Figura 18 - Etapas desenvolvidas na gestão de pessoas

3.4.7 Gestão de mudanças

Trata da aplicabilidade dos processos de gestão apresentados anteriormente e sua capacidade de mudar os processos atuais da organização, visando à melhoria contínua da qualidade (ONA, 2014).

Neste processo, é necessário que a equipe de liderança tenha a capacidade de entender a situação atual, vencer as resistências, diminuir as incertezas, administrar as expectativas, engajar, envolver, comprometer e criar condições para a mudança. Faz-se necessário criar um planejamento para as mudanças simples e complexas, de forma a atender aos estágios apresentados na Figura 19.

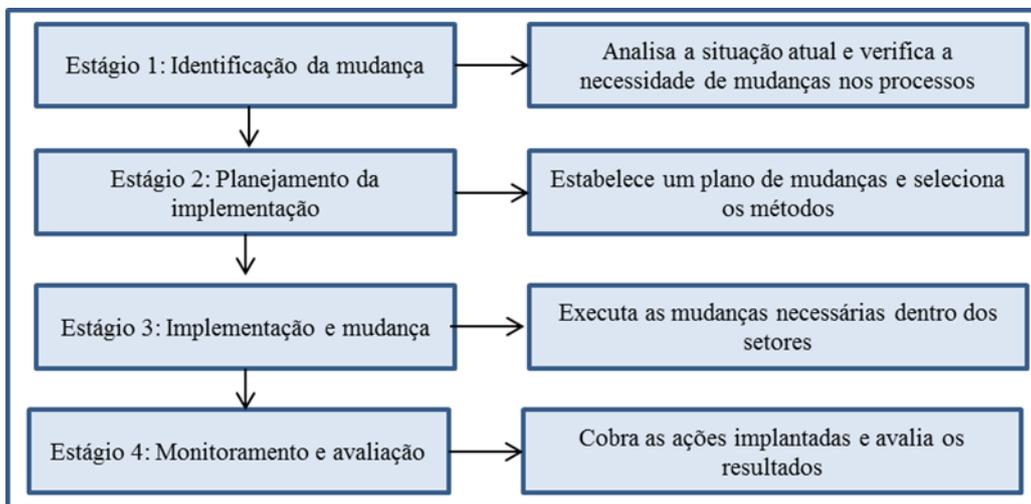


Figura 19 - Etapas desenvolvidas na Gestão de mudanças

Na seção gestão de mudanças, é analisada a capacidade que a instituição possui de uma visão sobre as habilidades necessárias para a geração de mudanças, as iniciativas já implantadas e os recursos necessários para sua implantação.

É analisada a existência de um plano de mudanças que atenda a necessidade da instituição de acordo com sua realidade, os recursos disponíveis e a mão de obra existente (JCI, QMENTUN, ONA, 2014).

3.5 Etapa 5: Implantação de melhorias

Esta seção trata do processo de implantação da sistemática na organização, realizada pela equipe de gestão da qualidade definida no processo inicial.

O importante nesta fase é a documentação de todos os processos desenvolvidos em cada setor para, posteriormente, verificar os resultados obtidos e as adequações necessárias.

Para facilitar o processo de implantação, foram adotadas as recomendações de Turrioni (1992), que desenvolveu algumas orientações para que se obtenham os resultados esperados nesta etapa, resumidas no Quadro 13.

Quadro 13 - Responsabilidades no processo de implantação

Responsabilidades no processo de implantação	
Equipe de Gestão da qualidade	Distribuir uma cópia da sistemática a todos os gerentes a fim de verificar possíveis adequações, críticas e sugestões de melhoria antes do processo de implantação. Fornecer todo o suporte adequado aos gerentes a fim de estabelecer uma relação construtiva no processo de implantação.
Gestores da organização	Iniciar o processo de implantação da sistemática de acreditação nos respectivos setores, relatando os itens conformes e não conformes para possíveis adequações. Elaborar relatórios de todos os processos, de acordo com os requisitos estabelecidos na sistemática. Envolver todos os colaboradores do setor a fim de contribuir para os resultados esperados.
Alta gerência	Delegar responsabilidades para cada gestor a fim de atender os requisitos propostos na sistemática. Promover reuniões periódicas com todos os envolvidos, com o objetivo de discutir os procedimentos adotados, sanar possíveis problemas e verificar o processo de implementação da sistemática.

Fonte: Adaptado de Turrioni (1992)

O processo de implantação envolve a participação efetiva de todos os gerentes da organização e, muitas vezes, a equipe de gestão da qualidade pode enfrentar dificuldades por parte dos gestores da organização, uma vez que esta etapa exige mudanças concretas nas rotinas de trabalho, melhoria dos processos e algumas modificações que podem ter a resistência dos gestores e outros colaboradores.

3.6 Etapa 6: Avaliação

Nesta fase a equipe de liderança elabora um cronograma de avaliação periódica de todos os setores da organização, com o objetivo de verificar o andamento dos processos desenvolvidos e implantadas em cada setor. Trata-se de um processo de medir a eficácia dos resultados, identificar e desenvolver ações com o objetivo de compreender a estrutura, forças e fragilidades, para ver se os resultados foram atingidos e as recomendações realizadas na fase anterior.

Nesta seção, o papel do avaliador passa a ser de um interlocutor, um intérprete e um agente de mudança. O trabalho começa sempre pelos processos críticos, como emergência, UTI, centro cirúrgico, uma vez que todos os demais setores da organização estão envolvidos de uma forma ou de outra com os processos principais mencionados (HABANA, 2001).

A avaliação é planejada e realizada de forma a aumentar a utilização dos resultados e melhorar o desempenho. Tem por objetivo melhorar os cuidados de saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas e alcançar os padrões da organização. Deve-se analisar se os processos estão sendo desenvolvidos utilizando modelos, suportados em padrões que simplificam e sistematizam os processos e atividades desenvolvidas.

A avaliação deve ser focada na utilização dos processos, verificando o compromisso e o envolvimento dos agentes de mudança que passam a adotar novas formas de realizar suas atividades. É de fundamental importância a avaliação periódica do processo de implantação da sistemática e a sua evolução dentro da organização, uma vez que esta será responsável pela manutenção do projeto em andamento.

A equipe de liderança é responsável por estabelecer um cronograma específico para cada setor, de acordo com as necessidades de cada um, e, também, um cronograma geral para a evolução do projeto. Deve-se seguir, rigorosamente, o prazo estabelecido pelo cronograma e avaliar constantemente os resultados obtidos, documentar os requisitos atingidos e estabelecer um novo cronograma para o cumprimento dos requisitos não conformes.

Nesta fase, reuniões periódicas com todos os gerentes, incluindo a alta gerência, é de fundamental importância, uma vez que muitas adequações necessárias nos setores envolvem decisões que necessitam da aprovação da alta gerência, envolvendo investimentos na infraestrutura, realocação de pessoal, dentre outras mudanças necessárias que o gerente não consegue resolver isoladamente.

A Figura 20 apresenta a complexidade desse processo de avaliação.

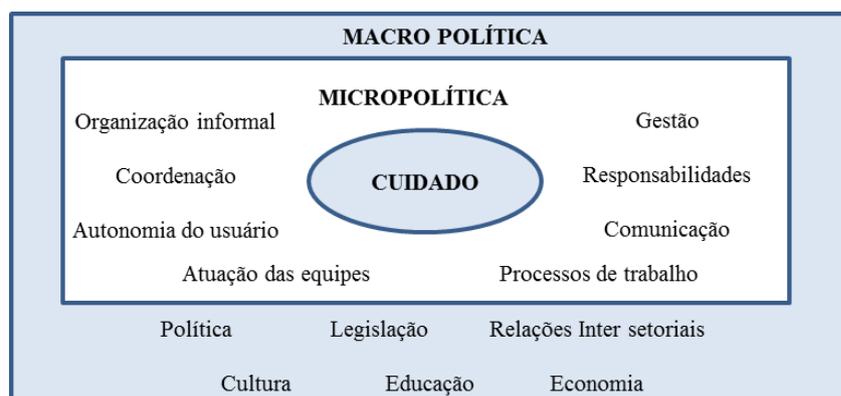


Figura 20 - Complexidade do processo de avaliação

Percebe-se que a avaliação ultrapassa a verificação de itens de controle, normas e procedimentos. A análise é realizada agregando uma diversidade de informações e padrões de trabalho que envolvem questões relacionadas à cultura organizacional, seu ambiente interno e externo, considerando o momento em que a organização passa no período, os recursos disponíveis e a existência de uma cultura de melhoria da qualidade. Outros fatores a serem considerados no processo de avaliação são a condição do trabalho, a utilidade, a viabilidade, a exatidão e a ética.

A avaliação é realizada com todos os envolvidos que irão se beneficiar dos seus resultados, respeitando o tempo de cada organização, seus interesses, crenças e valores, utilizando-se de instrumentos adequados e assegurando uma clara comunicação entre o time de liderança e os membros da organização. É necessário entender a necessidades das pessoas, ter percepção para identificar a maturidade de cada setor, não discutir as melhores evidências e sim melhores resultados.

Verifica a existência de indicadores que geram resultados da qualidade para a organização e para a segurança do paciente. A existência de uma infinidade de indicadores pode não ser um reflexo coerente da existência de processos de qualidade, que envolve atores humanos e vai além da existência de normas e padrões preestabelecidos.

A equipe de liderança deve fazer um juízo de valor e não juízo de fato, por meio da avaliação pessoal, de experiências, estado de espírito, intenção, tudo isso alinhado às dimensões de qualidade.

A Figura 21 apresenta as dimensões de qualidade que serão consideradas neste processo.



Figura 21 - Dimensões de qualidade

Nesta seção, a avaliação das dimensões da qualidade são realizadas e alinhadas para que a organização consiga desenvolver um processo de melhoria da qualidade, visando a excelência dos serviços prestados, a lucratividade e sua sobrevivência.

4. MÉTODO E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Neste capítulo, são descritas questões referentes ao método de pesquisa adotado para o desenvolvimento do trabalho. Inicialmente, na seção 4.1, é apresentado o método selecionado para atingir os objetivos da pesquisa, o estudo de caso, bem como, as justificativas para sua escolha baseadas nas características do mesmo e na forma pela qual pode contribuir para atender os propósitos da pesquisa.

Posteriormente, são descritos os procedimentos de pesquisa realizados para o estudo de casos. Estes procedimentos foram realizados segundo o modelo de condução de estudo de casos proposto por Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002). Os passos inerentes a este modelo, bem como sua aplicação no planejamento e condução dos casos analisados nesta pesquisa são apresentados nas seções subseqüente do capítulo.

4.1 Escolha do Método de Pesquisa

O método de pesquisa escolhido para a realização deste trabalho foi o estudo de caso. De acordo com Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002), o uso do estudo de caso torna-se relevante onde um fenômeno pode ser estudado em seu ambiente natural, onde a teoria pode ser gerada a partir da compreensão adquirida por meio da observação prática. Também quando se quer responder algumas questões que são possíveis de se obter respostas segundo um entendimento claro do problema, utilizando ferramentas de investigação exploratória, no qual as variáveis não são conhecidas.

Para Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002), o estudo de caso é um método indutivo, onde a teoria é feita a partir de observações empíricas com ênfase na interação entre os dados e sua análise. Segundo os mesmos autores, esse método tem sido considerado um dos mais importantes métodos de pesquisa na gestão de operações, particularmente no desenvolvimento de novas teorias.

De acordo com Miguel (2007), o estudo de caso é uma espécie de histórico de um fenômeno, extraído de múltiplas fontes de evidências, é um dado potencial para a análise de fatos relevante que descreve um fenômeno. Já para Yin (2001), é um método de pesquisa de natureza empírica que investiga um fenômeno, geralmente contemporâneo, dentro de um

contexto real, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto em que ele se insere não são claramente definidas. O objetivo do estudo de caso é aprofundar o conhecimento acerca de um problema não suficientemente definido, visando estimular a compreensão, sugerir hipóteses e questões ou desenvolver a teoria (VOSS, TSIKRIKTSIS e FROHLICH, 2002).

A partir de tais características, o método de estudo de casos revela-se o mais adequado aos objetivos de pesquisa, pois buscou-se, a partir de visitas *in loco* a três hospitais de médio porte do Estado de Minas Gerais, realizar observações e obter conhecimentos, informações e recomendações para proposição de uma sistemática que oriente o processo implantação dos requisitos de acreditação hospitalar, auxiliando gestores hospitalares na adequação da gestão para obtenção futura desta certificação e para melhoria da qualidade dos serviços.

De acordo com Miguel (2007), o estudo de caso compreende diferentes níveis de abordagens, de abrangência e profundidade. Essas abordagens podem ser compreendidas dentro dos níveis estratégico e operacional. O primeiro trata da abordagem metodológica a ser utilizada pelo autor, que pode se tornar de difícil escolha mediante a grande diversidade de abordagens advindas das ciências exatas ou humanas considerando uma infinidade de objetos de análise, que podem ter vários direcionadores. O nível operacional trata das questões relacionadas à condução da pesquisa, a definição de uma estrutura conceitual e teórica, que será o objeto norteador no desenvolvimento de uma pesquisa (YIN, 2001).

Em observância às recomendações de Miguel (2007) e Yin (2001), o estudo de casos deste trabalho foi conduzido segundo o roteiro de passos propostos por Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002). Este roteiro, representado na figura 22, prevê sete passos para realização de estudo de casos. Cada passo do roteiro e suas tarefas correspondentes estão descritos no Quadro 14.

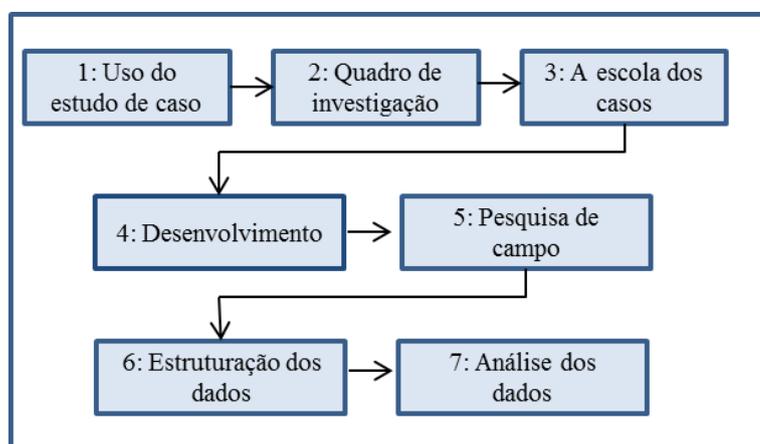


Figura 22 - Processo de condução da pesquisa

Fonte: Adaptado de Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) e Miguel, (2007).

Quadro 14 - Passos para condução da pesquisa

1. Uso do estudo de caso	Onde e quando pode ser utilizado o método.
2. Quadro de investigação	Construções e perguntas, investigação, problema da pesquisa, desenvolvimento do quadro de pesquisa.
3. A escolha dos casos.	Seleção e amostra dos casos, número ideal de casos, tipos de casos (longitudinais ou retrospectiva).
4. Desenvolvimento	Instrumentos de pesquisa, protocolos, entrevistas, observação pessoal, outras fontes.
5. Pesquisa de campo.	Coleta de dados de campo, realização de entrevistas, investigação dos casos, coleta e gravação de dados objetivos.
6. Estruturação dos dados	Documentação de dados, codificação dos dados, registros, sequenciamento.
7. Análise dos dados	Analisar o padrão de dados dentro dos casos, construção de uma matriz ou exibição dos dados, sistematização de padrões do caso, desenvolvimento e teste de hipótese, medição e comparação dos casos, revisão dos dados.

Fonte: Adaptado de Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002)

Os passos iniciais, 1 e 2, propostos por Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) foram apresentados, detalhadamente, nos capítulos anteriores de revisão bibliográfica. Já os passos seguintes são apresentados nas seções subsequentes.

4.2 Quadro de investigação

Algumas questões relevantes devem ser analisadas para o desenvolvimento desta pesquisa. Conforme foi possível observar na revisão bibliográfica, a acreditação hospitalar é um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando mudanças organizacionais e a melhoria do desempenho hospitalar (ONA, 2014). Apesar disso, o processo brasileiro de acreditação ainda é incipiente em número de unidades acreditadas, em conhecimento, pelos profissionais, quanto aos requisitos de acreditação hospitalar e em orientações práticas que auxiliem os gestores hospitalares na implantação destes requisitos (ALÁSTICO; TOLEDO, 2013). A partir deste cenário, a pesquisa buscou investigar as seguintes questões:

- Por que o número de serviços de saúde acreditados no Brasil ainda é tão pequeno?
- Quais as principais dificuldades para a implantação de modelos de acreditação?
- Quais as maiores não conformidades identificadas na avaliação desses hospitais?

Essas, dentre outras questões relacionadas à qualidade dos serviços de saúde, são algumas que fazem parte do processo de investigação do estudo de caso em questão. Essas questões serão respondidas no desenvolvimento da pesquisa e na revisão sistemática da literatura.

4.3 A escolha dos casos

A escolha das unidades de análise é uma importante etapa para o desenvolvimento do estudo de caso. Trata-se de um estudo com casos múltiplos, que deve ter um limite que define o que se pretende estudar e se conectar diretamente com as questões de pesquisa. De acordo com Voss Tsiriktsis e Frohlich (2002), nesta etapa é importante a realização de processos de amostragem, separação de casos relevantes a pesquisa, generalização e análise da viabilidade dos casos. Por fim, o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa e protocolos.

A seleção dos casos para o desenvolvimento do presente trabalho seguiu os seguintes critérios:

- Hospitais localizados na região macro sul de saúde do Estado de Minas Gerais que participam do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp);
- Ser uma unidade de referência para atendimento de média e alta complexidade;
- Possuir entre 100 a 200 leitos;

Quanto à localização dessas unidades, será utilizado a divisão geográfica definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG), apresentado na Figura 23, desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. O PDR é instrumento de planejamento em saúde, que estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação de recursos e da descentralização (SES-MG, 2011).

O propósito do PDR da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas (SES-MG, 2011).



Figura 23 - Macrorregião sul – PDR/MG-2011

Fonte: SES-MG 2011

O Pro-Hosp é um programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG, que foi implantado em maio de 2003 e destina-se à melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais da rede SUS no estado de Minas Gerais (MANUAL DO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS DO SUS / MG, 2007). É um programa do Estado de Minas Gerais que estabelece uma nova lógica contratual entre o Estado e hospitais públicos e privados. Fundamenta-se em uma parceria entre Estado e hospitais que integram o programa.

O Estado disponibiliza recursos para os hospitais participantes e, em contrapartida, esses hospitais devem cumprir metas assistenciais e gerenciais, por meio de um sistema de monitoramento que avalia indicadores de desempenho hospitalar na área de gestão, processos, resultados, relação com usuários e a comunidade e estrutura. Visando um processo de melhoria contínua na prestação de seus serviços. Os recursos são transferidos de acordo com a base *per capita* e a realidade socioeconômica da população.

O objetivo do programa é adequar a oferta e melhorar a qualidade dos hospitais prestadores de serviços do SUS – Sistema Único de Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Através de investimento na estrutura e nos processos, visa à garantia da segurança da assistência, aumento da resolutividade e modernização dos processos gerenciais dos hospitais participantes do programa (MANUAL DO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS DO SUS / MG, 2007).

O programa possibilitou um aumento da oferta e da qualidade dos serviços, mais eficiência nos resultados e suprindo vazios assistenciais, aumento da cobertura de serviços, através da renovação e aquisição de novos equipamentos.

Os hospitais que atendem aos critérios estabelecidos são:

- Hospital Escola de Itajubá - Itajubá - MG
- Hospital Samuel Libâneo - Pouso Alegre - MG
- Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas - Poços de Caldas - MG
- Hospital Universitário Alzira Velano - Alfenas - MG

Para Miguel (2007), a adoção de casos múltiplos pode ter um grau de generalização, porém espera-se uma profundidade menor na avaliação de cada caso. Para Eisenhardt (1989), o número de caso ideal pode variar entre 4 a 10 casos. A partir dessas recomendações, bem como do prazo, dos recursos disponíveis para a realização dos estudos e dos critérios estabelecidos, o número de casos foi considerado ideal.

Definidos os hospitais onde serão realizados os estudos de caso, foi feito um contato inicial com os diretores das respectivas instituições para obtenção da autorização do estudo em questão. No decorrer do desenvolvimento da pesquisa, na fase de agendamento das visitas para avaliação da organização, diversas dificuldades foram encontradas para andamento da pesquisa na Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, uma vez que a Gerente da organização cancelou todas as visitas agendadas, alegando que não houve tempo hábil para a análise da proposta encaminhada anteriormente.

Esgotadas as possibilidades, a instituição foi desconsiderada no processo de condução do estudo de caso.

4.4 Desenvolvimento

Para Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002), o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa e protocolos podem ser realizados por diferentes fontes de dados, observação pessoal, conversas informais, a participação em reuniões e eventos, pesquisas administradas dentro da organização, coleta de dados objetivos e análise das fontes de arquivo. No desenvolvimento do estudo de caso, a proposta foi encaminhada para especialistas visando atender a todos os objetivos do estudo, gerando maior confiabilidade e alcance maior da qualidade na pesquisa.

Segundo Bryman e Bell (2007), estudos empíricos exigem que os respondentes sejam escolhidos de forma criteriosa. Foram considerados os profissionais com mais de 5 anos de atuação, com formação adequada e que tenham conhecimento amplo da organização, acesso às informações estratégicas e familiaridade com o ambiente de trabalho.

O desenvolvimento dos questionários é uma das etapas mais importantes na condução das pesquisas (BRYMAN e BELL, 2007). A preparação desse instrumento requer tempo, planejamento, deve envolver a teoria pesquisada e, ao mesmo tempo, observar se ele oferece condições para obtenção de informações válidas. Além disso, o questionário deve ser preciso e de fácil compreensão para o respondente, tentando aumentar assim sua taxa de resposta. Os questionários foram desenvolvidos aplicando essas considerações e pode ser verificado nos Apêndices 1 e 2 deste trabalho.

Dessa maneira, a sistemática de avaliação e os questionários foram encaminhados para seis pesquisadores e alcançou-se uma taxa de resposta de 66,6%. O critério de seleção dos especialistas foi a experiência na área de gestão da qualidade e acreditação hospitalar, sendo escolhidos: três professores universitários e 13 profissionais da área de acreditação hospitalar.

Os especialistas apresentaram as seguintes sugestões de melhoria: adaptar as sessões de gestão da segurança e gestão de pessoas de acordo com o novo manual da ONA; incluir no modelo a sessão de gestão de mudança; adaptar o modelo e o questionário de acordo com a nova realidade de avaliação da ONA; introduzir questões referentes à validação da sistemática a fim de verificar a aplicabilidade da mesma.

Após análise das sugestões recebidas e realização das alterações, a sistemática de acreditação foi encaminhada aos gestores dos hospitais selecionados. O objetivo foi proporcionar um tempo hábil para estudo e análise da sistemática desenvolvida antes da realização das visitas e aplicação dos questionários.

4.5 Pesquisa de campo

Para Miguel (2007), na realização da pesquisa de campo, é importante contactar as pessoas ligadas à instituição (caso) em estudo. É importante escolher uma pessoa que tenha acesso à organização e esteja envolvida com as questões relacionadas ao objeto de estudo.

Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) apresentam um conjunto de ferramentas que podem ser utilizados no desenvolvimento da pesquisa de campo. O Quadro 15 apresenta algumas dessas importantes ferramentas e passos na condução do desenvolvimento da

pesquisa. Em seguida foram agendadas as visitas e as entrevistas com as instituições selecionadas e seus representantes.

Como meio de controle da pesquisa e para garantir a confiabilidade dos dados, todos os colaboradores selecionados para a realização das entrevistas e demais informações foram autorizados pelos diretores dos hospitais. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com gerentes dos principais setores dos hospitais selecionados, além da observação direta, permitindo o uso da técnica de triangulação e, conseqüentemente, o aumento da confiabilidade da pesquisa.

Quadro 15 - Ferramentas usadas no estudo de caso

Coleta de dados de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas; • Questionários; • Observação direta; • Análise de conteúdo de documentos; • Pesquisa de arquivo.
Realização de entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de fazer boas perguntas e interpretar as respostas; • Ser um bom ouvinte e não ser preso por preconceitos; • Ser adaptável e flexível; • Ter uma firme compreensão das questões que estão sendo estudadas; • Ser imparcial.
Investigadores únicos ou múltiplos	Entrevistas realizadas por um único, ou vários pesquisadores, analisando suas vantagens e desvantagens.
Coleta de dados objetivos	Coletar dados com maior precisão e confiabilidade.
Gravar os dados	Proporcionar uma precisa interpretação do que foi dito.
Buscar convergência e esclarecimento	Procura de convergência de pontos de vista e informações sobre os eventos e processos.
Determinar sequência (causa e efeito)	Uma das principais vantagens do processo de investigação é que aumenta a probabilidade de ser capaz de determinar a relação entre causa e efeito.

Fonte: Adaptado de Voss, Tsiriktsis e Frohlich (2002)

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2014, seguindo os critérios estabelecidos anteriormente.

Na organização A esta fase seguiu as seguintes etapas:

1. Encaminhamento da sistemática de acreditação proposta, bem como a carta de apresentação do projeto, detalhando o objetivo do estudo e a carta de autorização para a realização do estudo constante no Anexo A deste trabalho.
2. Confirmação de recebimento da documentação encaminhada por telefone e agendamento de visita.
3. Visita técnica com o objetivo de apresentar a proposta desenvolvida e solicitar autorização para a realização do estudo.

4. Visita técnica para explicação da sistemática proposta aos gerentes e distribuição do questionário, apresentado no Apêndice B deste trabalho.
5. Visita técnica para coleta de dados e avaliação da instituição juntamente com os gerentes da organização, realizadas nos dias 16 e 17 de abril de 2014. A terceira visita teve o objetivo de realizar a avaliação do nível de qualidade da instituição por meio da observação direta e preenchimento do questionário juntamente com os colaboradores selecionados pela instituição.
6. Visita técnica para coleta de dados e entrevistas com o Gerente Administrativo do hospital, ocorrida no dia 12 de maio de 2014. Seu objetivo era o preenchimento do questionário de avaliação da sistemática, apresentado no Apêndice 1 deste trabalho, sendo que os dados de questões respondidas pelos participantes foram gravados. Nesta visita, também foi possível verificar relatórios de avaliações realizados, anteriormente, por outra instituição e as atas de reuniões de comitês da Qualidade.

Na organização B esta fase seguiu as seguintes etapas:

1. Encaminhamento da sistemática de acreditação proposta, bem como a carta de apresentação do projeto, detalhando o objetivo do estudo, a carta de autorização para a realização do estudo constante no Anexo A deste trabalho.
2. Confirmação de recebimento da documentação encaminhada por telefone e agendamento de visita.
3. Visita técnica realizada no dia 03 de abril de 2014, com o objetivo de apresentar a proposta desenvolvida e solicitar autorização para a realização do estudo. Nesta etapa, não foi possível a apresentação da proposta, uma vez que a Gerente da organização informou que a proposta foi encaminhada ao responsável do Comitê da Qualidade, recém criado pela organização.
4. Visita técnica para explicação da sistemática proposta ao Comitê da Qualidade, realizada no dia 10 de abril de 2014. Esta visita foi realizada na unidade acadêmica da instituição, uma vez que o Comitê é composto por membros de outros cursos oferecidos pela mantenedora do hospital. Também foram distribuídos os questionários apresentados no Apêndice B deste trabalho. Neste dia já estava agendada uma reunião ordinária do Comitê.
5. Visita técnica para coleta de dados e avaliação da instituição, ocorrida nos dias 23 e 24 de abril de 2014, com o Gerente de Projetos da organização. O objetivo

era coletar dados e avaliar o nível de qualidade da instituição através da observação direta e preenchimento do questionário juntamente com os colaboradores selecionados pela instituição.

6. Visita técnica para coleta de dados e entrevistas com o Membro do Comitê da Qualidade, realizada no dia 06 de maio de 2014. A finalidade era preencher o questionário de avaliação da sistemática apresentado no Apêndice A deste trabalho. Visita realizada na unidade acadêmica da mantenedora da organização.

Na organização C esta fase seguiu as seguintes etapas:

1. Encaminhamento da sistemática de acreditação proposta, bem como carta de apresentação do projeto, detalhando o objetivo do estudo, e da carta de autorização para a realização do estudo constante no Anexo A deste trabalho.
2. Confirmação de recebimento da documentação encaminhada por telefone e agendamento de visita.
3. Visita técnica realizada nos dias 29 e 30 de abril de 2014 com o objetivo de apresentar a proposta desenvolvida e solicitar autorização para a realização do estudo. Coleta de dados, preenchimento dos questionários, entrevistas com o objetivo de avaliar o nível de qualidade da instituição através da observação direta e preenchimento do questionário (Apêndice B2), juntamente com os colaboradores selecionados pela instituição e avaliação da sistemática, apresentado no Apêndice A deste trabalho.

Ao todo foram entrevistados 16 pessoas, sendo 6 da organização A, 6 na organização B, e 4 na Organização C. Esse entrevistados correspondem aos colaboradores do nível de média gerência das organizações. Desses 5 são graduados em administração de empresas, 2 enfermeiros, 2 engenheiros de produção, 3 médicos, 1 engenheiro clínico e 3 com formação de nível médio. Além dos entrevistados mencionados acima, foram realizadas entrevistas diretas com os diretores das organizações para a avaliação da proposta. O diretor das organizações A, B e C possuem graduação em administração hospitalar, administração de empresas e medicina, respectivamente. Esses contribuíram diretamente para a condução do trabalho, também houve participação indireta de outros profissionais como: médicos, administradores, engenheiros de produção, enfermeiros e analistas da qualidade.

4.6 Estruturação dos dados

Após a coleta dos dados, uma importante etapa é a estruturação dos dados. Para Miguel (2007), a coleta de dados deve ser dada como concluída quando a quantidade das informações é considerada suficiente para endereçar a questão da pesquisa. Em seguida, deve-se estabelecer um rigor metodológico na organização desses dados. Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) dividem esta etapa em duas fases: documentação e codificação dos dados. Os dados coletados devem ser documentados e codificados, gerando assim maior confiabilidade e validade da pesquisa.

A fase de documentação é o primeiro passo necessário para facilitar o acesso dos documentos, gravações e questionários realizados na pesquisa de campo. Essa fase deve ser realizada imediatamente após a visita no caso, proporcionando uma facilidade na recuperação, acompanhamento e preenchimento de lacunas nos dados. A fase de codificação é importante para o processo de redução dos dados em categorias.

Para o desenvolvimento deste trabalho, a estruturação dos dados foi realizada por meio *software* Excel, onde todas as respostas do questionário de avaliação da Qualidade foram tabuladas. O objetivo era facilitar a visualização dos resultados a fim de obter uma melhor comparação dos mesmos. Quanto ao questionário de avaliação da sistemática, os arquivos impressos e gravações foram ordenados e armazenados de forma segura, contribuindo para a estruturação dos dados da pesquisa.

4.7 Análise dos dados

Uma vez realizadas as etapas descritas anteriormente, inicia-se a análise dos dados coletados nos estudos de casos.

De acordo com Miguel (2007), a análise dos dados é uma espécie de narrativa geral do caso, realizada a partir do conjunto de dados coletados, considerando as múltiplas fontes de evidência. Nesta fase foram observadas as seguintes questões:

- Redução dos dados (*data reduction*);
- Inclusão dos dados essenciais do estudo;
- Transcrição dos dados brutos (entrevistas, gravações, anotações etc.);
- Transferências dos dados em arquivos eletrônicos;
- Prezar pela confidencialidade dos dados;

A descrição detalhada dos casos é parte fundamental da análise, possibilitando a identificação dos dados relevantes na pesquisa. Esta desenvolve uma espécie de painel demonstrativo que é uma representação visual do conjunto de informações coletadas no estudo. Fornecendo uma visão tanto geral quanto detalhada, permitindo a extração de conclusões válidas a partir desses dados (MIGUEL, 2007).

A análise dos dados do trabalho em questão foi desenvolvida de acordo com os dados coletados nos casos selecionados (Hospitais A, B e C). Essas análises são apresentadas detalhadamente no capítulo a seguir.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Análise intracasos

Nesta seção são apresentadas as análises individuais dos casos A, B e C.

5.1.1 Caso A

5.1.1. a. Caracterização da Instituição

Criado em dezembro de 1975, pela lei estadual nº. 6.734, mantido por uma associação, a Instituição A é localizada no município de Itajubá. O hospital A compõe o grupo de hospitais referência na macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais composta por 15 municípios, atendendo a uma população estimada de 200.000 habitantes.

Com uma estrutura física de mais de 15 mil m² de área construída, oferece serviços em procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, sendo classificado como hospital geral de ensino, certificado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria Interministerial nº. 2.091 de 28/10/2005. Possui 580 funcionários e oferece 137 leitos ativos de internação, nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, traumatologia, pediatria e unidade de terapia intensiva, dos quais 102 leitos são destinados ao SUS.

Possui serviço de alta complexidade de referência em unidade de terapia intensiva e é referência secundária e terciária na microrregião em atendimentos eletivos e de urgência, estando inserido no Pro-Hosp/MG.

5.1.1.b. Avaliação da sistemática de acreditação proposta

Para o desenvolvimento desta etapa do estudo de caso, foi elaborado um questionário específico para avaliar a sistemática de acreditação proposta. A entrevista, bem como o preenchimento do questionário, foi realizada com o Diretor Administrativo da organização A, que demonstrou um conhecimento dos processos de acreditação utilizados atualmente e dos modelos utilizados no Brasil.

De acordo com os dados coletados, foi possível identificar que a Organização A tem se preocupado com as questões relacionadas à melhoria da qualidade dos serviços e tem trabalhado a questão com todos os seus membros. Para o Gerente Administrativo, a organização tem interesse de adotar um modelo de melhoria da qualidade compatível com os requisitos de acreditação.

Contudo, a organização ainda não avalia seus processos e não promove a cooperação interna de seus colaboradores dentro dos padrões estabelecidos na sistemática proposta. A organização promove cursos e treinamentos de melhoria da qualidade aos gestores de média gerência, mas isso é realizado sem a utilização de um modelo ou uma sistemática de acreditação.

A organização A mostra-se bastante evoluída nas questões relacionadas à melhoria da qualidade e dos modelos de acreditação. Estas observações puderam ser constadas no decorrer das entrevistas com o gerente administrativo da organização, apresentando um envolvimento da alta administração e média gerência. Esse processo vem se desenvolvendo a partir de uma avaliação feita por instituição acreditadora no ano de 2009, que gerou um relatório apresentando os itens que devem ser implantados e melhorados na instituição.

A visita de diagnóstico mencionada, anteriormente, foi uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais aplicada em todos os hospitais que participam do PRO-HOSP. A partir deste evento, a organização começou a organizar melhor seus processos e implantar algumas ferramentas de melhoria da qualidade, o que gerou um grande crescimento da organização, aliada à formação do Comitê Gestor.

Para o Gerente Administrativo, a sistemática proposta colabora com os processos de melhoria da qualidade da organização, uma vez que serve como um guia para a implantação, focado diretamente nas questões que são objeto de avaliação das instituições acreditadoras.

O Gerente avalia que a proposta atende à realidade da organização e às necessidades dos modelos de acreditação, considerando um instrumento facilitador dos processos a serem desenvolvidos ou melhorados, ressaltando a dificuldade de implantação de alguns itens mencionados, porém necessários. Contudo, considera que a seção de Gestão de mudanças (3.4.7) é uma proposta inovadora de difícil implantação e que deve ser trabalhada com as organizações que possuem um nível de maturidade maior em relação à gestão da qualidade. Fato que a organização precisa trabalhar melhor as outras seções para depois investir no processo de gestão de mudanças na organização.

Para o Gerente Administrativo, trata de uma questão de priorização de ações e escassez de recursos.

O questionário utilizado nesta etapa consta no Apêndice 1 deste trabalho, demais informações foram coletadas por meio de gravações e visitas.

5.1.1.c. Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta)

O modelo de gestão da Organização A é desenvolvido com envolvimento da alta administração e com a preocupação coletiva na melhoria dos processos organizacionais. A organização possui uma equipe de liderança, nos seus diversos níveis, altamente qualificada para atuar nos diferentes seus serviços, com formação e habilitação específica na área hospitalar.

Criado em 2005, o comitê gestor é composto por membros da média e alta gerência, e se reúne, mensalmente, para discutir ações de melhorias e resolução de problemas. Esse comitê busca a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados com foco no paciente, profissionalismo, integração com a comunidade e responsabilidade.

Verifica-se que a organização A atende a todos os critérios estabelecidos nos itens de verificação relacionados na seção Modelo de gestão (3.4.1). Principalmente, no que se refere à melhoria da estrutura física da instituição, nos processos de trabalho e qualidade da assistência, cumprindo com o objetivo principal de seu trabalho que é atender às necessidades dos usuários e da comunidade em que atua, buscando a excelência de seus serviços.

A partir da formação do comitê de gestão, a organização A tem passado por um momento de transformação em seus processos organizacionais, obtendo maiores recursos financeiros, melhoria da estrutura física, capacitação e formação dos profissionais da média gerência. Isso tem resultado em uma melhora expressiva no desenvolvimento de seus serviços, que pode ser comprovado *in loco* e pelas respostas dos questionários utilizados na condução deste trabalho.

Quanto à formulação estratégica, observou-se dificuldade no estabelecimento de um modelo de gestão bem definido, por se tratar de um serviço que atende uma demanda regional e por ser uma instituição de ensino. Logo, a organização deve oferecer serviços em suas diversas áreas para atender à necessidade da população e dos alunos, não sendo possível determinar um serviço principal ou secundário.

A formulação estratégica é desenvolvida de acordo com os critérios estabelecidos pelo MEC e pelo Ministério da Saúde. Segundo o Diretor Administrativo, a análise estratégica atende a um objetivo dos alunos e da população de referência, buscando aprimorar os serviços

existentes e investimentos diretos nos serviços com maior rentabilidade como Unidade de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico. No que se refere ao modelo de gestão, alguns pontos foram identificados no desenvolvimento deste estudo como: reforçar a integração entre os diversos processos organizacionais e difundir as estratégias da organização até o nível operacional.

5.1.1.d. Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta)

A organização definiu seus principais serviços: Pronto atendimento, UTI e Centro Cirúrgico. Contudo, verifica-se que não existe uma relação dos serviços com os processos existentes. Esses não são documentados de forma a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos. A organização A documenta alguns procedimentos operacionais nos setores de riscos para atender às normas sanitárias vigentes ou normas estabelecidas pelos conselhos de classe. A organização tem trabalhado na implementação e modernização de todos os setores, visando o estabelecimento de processos que atendam às necessidades dos usuários e da legislação visando à acreditação, mas esse processo ainda é recente na organização.

Considerando os 13 itens que foram verificados na seção Gestão do processo (3.4.2) da sistemática de acreditação proposta, a organização atende a nove dos itens de orientação, critérios relacionados a liderança e processos. De acordo com o Gerente Administrativo, existe uma grande resistência por parte dos profissionais médicos em adotarem novos processos e controles necessários para a implantação de novas práticas.

Por outro lado, a organização também tem investido na contratação de profissionais com formação e experiência em outras organizações, o que tem trazido resultados positivos para a adoção de novas práticas para o hospital. Isso pode ser verificado no processo de condução deste estudo de caso. Foram identificadas melhorias na condução dos processos clínicos, administrativos e organizacionais na adulto e infantil, que utilizam indicadores de desempenho para medição e monitoramento dos mesmos.

Outro setor que também tem iniciado a implantação de modelos padronizados, de acordo com as normas de acreditação, é o Centro de Diagnóstico recém-construído, ainda em processo de desenvolvimento e consolidação.

5.1.1.e. Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta)

Para facilitar o processo de condução do estudo de caso, nesta seção, os itens de verificação foram divididos de acordo com dados apresentados no Quadro 16. Foram avaliadas as questões relacionadas à transdisciplinaridade da equipe, a existência de linhas de cuidados, a padronização da clínica, uso de protocolos e indicadores que sustentam as linhas de cuidado existentes.

Quadro 16 - Resultados da organização A - Gestão da Clínica

Seção 3.4.3: Gestão da Clínica	
Atenção ao paciente	Dos 24 itens constantes na subseção, a organização a A atende a todos os itens, exceto a existência de barras de apoio em todos os sanitários utilizados pelos pacientes e meios de comunicação com a enfermagem.
Diagnóstico e terapia	A organização não atende 8 dos 26 itens de verificação estabelecidos. Ressaltando a inexistência de um fluxo de atendimento padronizado, falta de controle estatístico dos processos, inexistência de um programa de educação e treinamento adequado visando a integração dos profissionais e a falta de controle de qualidade dos processos clínicos. Inexistência de processos internos e externos de um sistema de gestão de qualidade que permite a análise crítica dos serviços oferecidos.
Apoio técnico	Atende a 23 dos 32 itens de orientação, destacando a inexistência de processos definidos em alguns serviços/atividades, inexistência de grupos de trabalhos que visam a minimização de riscos, falta de registros eficientes e interação dos profissionais envolvidos.
Abastecimento e apoio logístico	Atende 22 dos 29 itens verificados, identificando a inexistência de barreiras físicas de controle de circulação de pessoas. Condições inadequadas de iluminação em algumas áreas faltam de controle de qualidade e ciclo de processos de melhorias e monitoramento.

No processo de condução deste estudo foram entrevistados quatro gestores que atuam nos serviços citados no Quadro 16. Para a Gerente de Enfermagem, os itens de verificação inexistentes na instituição não afetam diretamente a qualidade dos serviços ao paciente.

O Gerente Administrativo informou que todos os processos relacionados ao serviço de diagnóstico e terapia estão sendo revistos, pois o setor apresenta uma nova unidade, totalmente estruturada com modernos equipamentos e estrutura física excelente, porém em processo de adaptação, por ser transferida para a nova unidade a menos de dois meses.

O Gerente de Infraestrutura enfatizou que alguns dos itens relacionados são de difícil adoção, porque envolvem a integração de diversos setores. No que diz a respeito às barreiras físicas e controle de entradas, o gerente informou que já foram adquiridas catracas eletrônicas e mecanismos de sinalização que irão atender as exigências estabelecidas na sistemática.

5.1.1.f. Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)

Considerando os itens de verificação relacionados na proposta de acreditação desenvolvida, pode-se identificar por meio da visita e das entrevistas realizadas, que a Organização A não atende aos seguintes requisitos:

- Não analisa os indicadores epidemiológicos usados pela organização.
- Não verifica o escore de risco dos indicadores usados.
- Não verifica a efetividade da prevenção, pela taxa de prevalência e efetividade.
- Não verifica a tolerância do desfecho dos indicadores.
- Não analisa a extensão que o indicador reflete a qualidade da assistência.

De acordo com o Gerente Administrativo para o cumprimento desses requisitos seria necessário a implantação do setor de qualidade dentro da instituição.

5.1.1.g. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta)

A organização estabelece uma política de segurança que contemplando 75% dos itens de verificação estabelecidos na seção 3.4.5 da sistemática de acreditação proposta. O questionário, bem como o acompanhamento na visita, foi realizado juntamente com o responsável pelo setor de segurança do trabalho da organização. Deve-se ressaltar que a seção não trata somente com as questões relacionadas à segurança ocupacional, mas sim com todos os aspectos relacionados à segurança. Contudo, o Diretor Administrativo da organização A considerou o responsável pela Segurança do Trabalho a pessoa mais indicada para acompanhar esse processo.

Alguns pontos relevantes foram considerados, avaliando as questões pertinentes à segurança, identificando a falta de um plano de contingência e treinamento para as diversas situações de risco, inexistência de monitoramento e acompanhamento do paciente pós-alta hospitalar ou óbito. Considerando os itens de verificação estabelecidos, a organização não atende aos seguintes requisitos:

- Não estabelecimento de um sistema de recompensa e reconhecimento na redução de danos;
- Falta de um plano de contingência e evacuação para situações emergenciais.

A organização A possui uma comissão interna de prevenção de acidentes que atua apenas nas questões relacionadas a riscos ocupacionais. Atua, porém, promovendo cursos de segurança e acompanhamento direto nos incidentes ocorridos.

5.1.1.h. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática de proposta)

A organização A atende a 14 itens dos 18 constantes na seção 3.4.6 da sistemática proposta, exceto nos aspectos relacionados à existência de um plano estratégico para a educação corporativa. Neste requisito, foi possível identificar a inexistência de uma capacitação dos gerentes específica para a conceituação e utilização de ferramentas de qualidade e falta de uma análise de indicadores básicos para apoio e tomada de decisão a gestão (*turnover* e *absenteísmo*), disponibilizando-os para posterior análise crítica. Observou-se, também, a ausência de uma política estruturada e implantada para gestão de pessoas e a falta de rotina de recrutamento.

A entrevista, bem como o preenchimento dos questionários, foi realizada com a analista de RH plena da organização, que relatou ter algumas dificuldades no processo de gestão de pessoas, porque parte dos processos são desenvolvidos na unidade acadêmica da instituição.

5.1.1.i. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta)

Considerando os itens de verificação relacionados na seção 3.4.7 da sistemática proposta, a Organização A não atende os requisitos estabelecidos.

Para o Diretor Administrativo da organização os indicadores relacionados à gestão da mudança estão relacionados, diretamente, na implementação de um plano de melhoria da qualidade, proposto no novo Manual da ONA em 2014. Como a instituição não possui responsável direto pelo gerenciamento da qualidade, estas questões ainda não foram discutidas na organização.

5.1.1.j. Análise crítica

A Organização A atende, em grande parte, os requisitos propostos. Principalmente em se tratando da seção de modelo de gestão (3.4.1), na qual foi possível verificar que a organização consegue atender a 100% dos requisitos propostos na sistemática.

Na seção de Gestão do processo (3.4.2), verificou-se que a instituição visa implantar processos padronizados nos setores onde é possível verificar a capacidade técnica dos gestores, preocupação com a implantação de processos e na adoção de novas práticas, visando à melhoria da qualidade.

Na seção de Gestão da clínica (3.4.3), pode-se identificar que a organização atende 78% dos requisitos propostos, porém, em alguns setores, o trabalho ainda está sendo implantado. Como, por exemplo, no serviço de diagnóstico e terapia. Porém, com uma equipe bastante desenvolvida no apoio técnico e no apoio logístico. Quanto à gestão da informação, tratada na seção 3.4.4, verificou-se a inexistência de uma política de informação institucional, que possibilitaria uma maior integração da equipe de trabalho.

Em relação à gestão da segurança (seção 3.4.5) observou-se necessidades de melhoria pois a organização ainda associa a gestão da segurança apenas à segurança ocupacional desenvolvida por técnicos de segurança do trabalho.

Na seção de Gestão de pessoas (3.4.6), foi possível identificar, como oportunidade de melhoria, o fato de a gestão de pessoas ainda ser desenvolvida de modo hierarquizado e não participativo, gerando algum desconforto e insatisfação por parte de alguns colaboradores que atuam diretamente na execução dos serviços.

É necessária a identificação e implantação de um gerenciamento de mudanças, descrito na seção 3.4.7, visando à inovação e à obtenção da acreditação.

De uma maneira geral, pode-se perceber que a organização tem evoluído quanto aos itens de verificação propostas na sistemática. Especialmente, a partir da criação do Comitê Gestor há três anos, que tem conduzido e implementado diversas adequações na gestão do hospital a fim de torná-la compatível com os requisitos de acreditação.

Abaixo é apresentado o quadro síntese da análise intracasos da organização A.

Quadro 17 - Quadro síntese da organização A

Caracterização da empresa	<ul style="list-style-type: none"> • Criada em 1974 - filantrópica e de ensino • Referência para 15 municípios - 200.000 habitantes • 137 leitos - 15 mil metros - Média e alta complexidade
Avaliação da sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente Administrativo: Possui conhecimentos de acreditação. • Considera a sistemática válida
Modelo de gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 100% dos itens de verificação propostos. • Dificuldade na formulação estratégica - Comitê gestor. • Perfil da média gerência.
Gestão do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 9 dos 13 itens – Resistência por parte dos profissionais médicos.
Gestão da clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao paciente: Atende 23 dos 24 itens. • Diagnóstico e terapia: Atende 8 dos 26 itens. • Apoio técnico: Atende 22 dos 23 itens. • Abastecimento e apoio logístico: Atende 22 dos 29 itens .
Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Não atende em 5 itens. • Não trabalha com indicador epidemiológicos e de qualidade.
Gestão da segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 75% dos itens. • Falta de um plano de contingência.
Gestão de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 14 dos 18 itens. Falta de um plano de educação corporativa.
Gestão de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Não atende aos itens. Tem conhecimento.
Análise crítica	<ul style="list-style-type: none"> • Evolução após a implantação do comitê gestor.

5.1.2 Caso B

5.1.2.a. Caracterização da instituição

Criada em 21/05/1921, construída com verbas da Fundação *Rockefeller*, a Instituição B é um hospital universitário, privado e filantrópico, cuja entidade mantenedora é uma fundação de ensino.

Localizado no Sul de Minas, na cidade de Pouso Alegre, município polo da macrorregional sul, inserido na rede de urgência e emergência, atende a 16 microrregiões do Estado de Minas Gerais, correspondendo a 191 municípios com uma população estimada de em 3.500.000 habitantes.

O Caso B é classificado como Hospital Geral de Ensino certificado pelo M.E.C. e M.S., conforme portaria Interministerial nº. 450, de 23 de março de 2005. Possui níveis de complexidades secundária e terciária, 264 leitos de internação (nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, nefrologia, urologia, neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia,

otorrinolaringologia, plástica, torácica, unidade de terapia intensiva pediátrica e adulto), dos quais 264 leitos são destinados ao SUS, correspondendo a 87,5% dos leitos ofertados ao SUS. Está inserido no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Pro-Hosp) desde 2003, data do seu lançamento.

5.1.2.b. Avaliação da sistemática de acreditação proposta

Na organização B, as etapas para o desenvolvimento desta sistemática ocorreu nos meses de março e abril de 2014. A sistemática, bem como todas as informações necessárias, foi encaminhada anteriormente à Gerente Administrativa do Hospital com 30 dias de antecedência da visita. Em contato para agendamento da visita, a Gerente Administrativa informou que iria agendar uma reunião com o Comitê de Gestão da Qualidade que foi criado em 2014. Antes da realização da visita, houve uma reunião com o Comitê da Qualidade, na qual foi possível expor e explicar a sistemática proposta.

O responsável pelo preenchimento do questionário, bem como a entrevista e outros instrumentos de coleta de dados utilizados nesta etapa, foi o responsável pelo Comitê da Qualidade, que atua na unidade acadêmica da mantenedora do hospital e o Gerente de Projetos do Hospital.

Para os membros do Comitê da Qualidade, a sistemática proposta atende a realidade da organização, podendo ser um instrumento rico, principalmente para organizações que estão iniciando o trabalho de gestão da qualidade das organizações, visando a acreditação hospitalar. Para o Gerente de projetos, a sistemática é uma boa ferramenta uma vez que ela aborda todas etapas do processo, desde a concepção do projeto até a sua avaliação final, apesar de os modelos de acreditação não abordarem tais questões de implantação, formação de equipes e desenvolvimento do processo.

O questionário utilizado para a condução desta pesquisa é apresentado no Apêndice 1 deste trabalho. A coleta de dados foi feita com base em gravações, fotos, visitas, conversas e reuniões.

5.1.2.c. Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta)

No que se refere ao modelo de gestão da organização B, foi possível identificar no desenvolvimento deste estudo que a organização, atende 63% dos itens de verificação estabelecidos na seção 3.4.1. Verifica-se que a instituição tem uma preocupação com o comportamento do mercado, atua de forma eficaz no que diz respeito às necessidades da população de referência e dos usuários.

Quanto à definição de uma estratégia de negócio, identificou-se que esse processo ainda está em desenvolvimento. Além disso, o fato de o Hospital B se tratar de uma instituição de ensino, atendendo a uma demanda regional, dificulta o desenvolvimento de uma estratégia focada na prestação de um serviço foco ou de referência. Contudo, vem atendendo as necessidades dos usuários de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e as necessidades dos alunos estabelecidos pelo Ministério da Educação.

A organização B não possui uma equipe que atua na resolução dos problemas e na definição conjunta de processos de melhorias. Este processo é definido junto à administração geral, que é desenvolvida pela reitoria da Universidade que oferecem outros cursos. O modelo de gestão não é definido claramente pela instituição, também não possui um corpo técnico administrativo capaz de atender as necessidades específicas da instituição. Segundo o Gerente de Projetos, está sendo criado, juntamente com o curso de Engenharia de Produção da Universidade, um grupo que atuará diretamente nas questões relacionadas à melhoria da qualidade dos processos da organização.

A organização oferece serviços de alta complexidade em diversas áreas, atuando com um corpo clínico altamente capacitado, com a existência de equipamentos de alto custo, investimento direto na contratação de profissionais especialistas e uma grande preocupação de oferecer serviços de alta complexidade, serviços esses responsáveis por grande parte da receita da organização.

Possui um grande projeto de melhoria da estrutura, que prevê a construção de novas unidades e melhorias nas unidades existentes.

Nesta etapa identificou-se que a organização possui um modelo de gestão focado no desenvolvimento do ensino e criação de novos serviços de alta complexidade, que pode ser verificado com o grande crescimento na oferta de serviços educacionais.

Outro fator relevante é a inexistência de uma gestão que atua diretamente na organização de forma permanente, na resolução dos problemas e na execução das atividades específicas do hospital.

5.1.2.d. Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta)

A Organização B atende a 58% dos itens de orientação estabelecidos no questionário de avaliação da sistemática de acreditação proposta utilizado no processo de condução do estudo de caso. Destacando a inexistência de processos de negócios definidos pelos gestores, na priorização de processos de setores primários principais e na definição clara dos serviços oferecidos. Outro fator importante é a estrutura física insuficiente para atender as necessidades e exigências estabelecidas nas normas de acreditação.

Não existe a documentação dos processos a serem executados e os existentes são apenas para cumprimento da legislação sanitária, muitas vezes aquém das exigências estabelecidas. O Gerente de Projetos explica que a organização apresenta insuficiência de recursos, impossibilitando a definição e melhoria dos processos existentes.

Por outro lado, a organização B possui um corpo técnico altamente capacitado e habilitado para a execução dos serviços oferecidos, desde os serviços secundários até os serviços de alta complexidade. Desta forma, a instituição consegue atender grande parte das demandas de serviços de alta complexidade da região.

A organização B realiza o controle de seus processos de serviço a partir dos indicadores de desempenho estabelecidos pelo Pro-Hosp/MG. Contudo, percebe-se que os indicadores utilizados são utilizados apenas para atender as necessidades do referido programa, visando não perder os recursos oferecidos.

5.1.2.e. Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta)

No desenvolvimento do estudo de caso na Organização B, esta seção também foi dividida, assim como nos outros casos para facilitar a compreensão do estudo. Esses dados são tratados no Quadro 18.

Quadro 18 - Resultados da organização B - Gestão da Clínica

Seção 3.4.3: Gestão da Clínica	
Atenção ao paciente	Nos itens verificados relacionados nesta subseção, foi possível verificar que a organização B possui uma gestão eficiente quando se trata da existência de uma linha de cuidado para garantia dos serviços prestados ao paciente. Possui um sistema de comunicação não formalizado, mas eficiente. Utiliza sistemas que garantem a continuidade dos processos clínicos, materiais e equipamentos adequados. Verifica a preocupação com aspectos relacionados a conduta clínica e eficiência dos serviços médicos prestados ao paciente. Atende 83% dos itens de verificação propostos.
Diagnóstico e terapia	Atende a 73% dos itens de verificação estabelecidos. Possui um serviço de radiologia com infraestrutura inadequada, não realiza processos de controle de qualidade dos serviços, não possui controle estatísticos dos serviços oferecidos, não possui um sistema de análise crítica e uma equipe que desenvolve planos de melhorias dos processos e integração institucional.
Apoio técnico	Atende apenas 53% dos itens de verificação proposto. Enfatizando a necessidade de melhoria dos processos relacionados à lavanderia, que não possui uma estrutura que atende as normas sanitárias vigentes. Falta de registros e mecanismos de auditoria, sistemas de aferição, estudos visando identificar o cumprimento das necessidades da demanda.
Abastecimento e apoio logístico	Nesta subseção, a organização não oferece condições estruturais adequadas que atendam aos requisitos de segurança, atendendo a apenas 51% dos requisitos propostos. Não possui um programa de treinamento adequado, controle de qualidade dos serviços, ciclos de melhoria e monitoramento dos serviços oferecidos. Outra questão importante é a falta de um sistema adequado de visualização para a circulação.

5.1.2.f. Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)

No desenvolvimento do estudo de caso na Organização B foi possível identificar a inexistência do cumprimento dos seguintes itens de verificação propostos para esta etapa:

- Não possui processos definidos claramente visando à melhoria dos resultados e a segurança do paciente.
- Não verifica a utilidade dos indicadores de segurança utilizado.
- Não verifica o escore de risco dos indicadores usados.
- Não possui um conjunto de dados e informações que colabora na execução de suas tarefas bem como na sua organização, controle, disponibilidade de informações.
- Não possui um sistema de visualização adequado com placas indicativas e sinalizadores, a fim de facilitar o acesso dos pacientes e familiares.

O questionário e a avaliação desta subseção também foram desenvolvidos juntamente com o Gerente de Projetos da organização. Foi verificada a existência de prontuário eletrônico com um sistema de segurança eficiente implantado em quase todos os setores da instituição. Verificou-se, também, a existência de um sistema de informação computacional eficiente.

5.1.2.g. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta)

O questionário, bem como o acompanhamento da visita, foi realizado junto ao Gerente de Projetos da Organização B. Nesta seção, foi possível identificar a inexistência de uma política de segurança que envolve todos os membros da organização. A empresa possui uma comissão interna de prevenção de acidentes que atua apenas nas questões relacionadas a riscos ocupacionais.

Em se tratando dos itens de verificação relacionados na seção 3.4.5 da sistemática proposta, a organização B não atende nos seguintes itens:

- Não estabelece um sistema de reconhecimento e recompensa;
- Não possui um compromisso gerencial e individual dos aspectos relacionados à segurança;
- Não possui um sistema eficiente de entrada e saída de pessoas no hospital;
- Não possui plano de contingência e evacuação para situações emergenciais;
- Não gerencia os riscos de equipamentos médicos.

5.1.2.h. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática de proposta)

Na organização B, todo o processo de gerenciamento, recrutamento, seleção e desligamento é desenvolvido na unidade acadêmica da sua instituição mantenedora, o que dificulta o desenvolvimento do processo de gestão de pessoas.

Portanto, a organização B consegue atender 80 % dos requisitos estabelecidos na seção 3.4.6 da sistemática, destacando-se o sistema de gerenciamento do corpo clínico, realizado com muita eficiência. A Educação Corporativa é conduzida continuamente e coordenada pela unidade acadêmica, por parte da equipe médica.

Pode ser analisado que o desenho organizacional e a gestão de pessoas são realizados de modo formalizado e sistematizado, porém sua aplicabilidade não foi testada.

5.1.2.i. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta)

A organização B está trabalhando com uma equipe da qualidade juntamente com outros cursos oferecidos pela mantenedora do hospital. A equipe de gestão da qualidade tem

trabalhado algumas questões relacionadas à implantação de um programa de melhoria da qualidade da organização, porém ainda está na fase de planejamento. De acordo com o gerente de projetos, integrante da equipe de gestão da qualidade, a equipe tem conhecimento da necessidade de implementar uma política de gestão da qualidade, porém considera que esta seção deve ser aplicada quando o nível de maturidade da gestão da qualidade na instituição apresentar maior grau de maturidade.

A instituição não atende aos requisitos propostos e não tem previsão de quando começará a desenvolver um plano de gerenciamento e monitoramento da mudança na organização.

5.1.2.j. Análise crítica

De acordo com os dados coletados, foi possível identificar que a Organização B implantou o Comitê de Gestão da Qualidade em parceria com outros cursos oferecidos pela mantenedora do hospital e o processo ainda está em fase inicial, ainda não implantado na organização.

A organização tem interesse de adotar um modelo de gestão de qualidade, tem começado a estudar e desenvolver algumas atividades relacionadas a acreditação, porém esse processo ainda é recente, iniciado em 2013. Ainda não avalia os processos e não promove a cooperação dos colaboradores, de forma sistematizada ou segundo os requisitos do modelo de acreditação. Tem um conhecimento dos modelos de acreditação utilizados no Brasil, porém não cogita a hipótese de buscar a acreditação em curto prazo.

A organização recebeu a visita de uma instituição acreditadora no ano de 2010, onde foi feita uma avaliação identificando os serviços e processos que devem ser criados ou melhorados. A visita foi realizada em todos os hospitais que recebem recursos do PRO-HOSP (mencionado no caso A). Entretanto, não houve a possibilidade de continuidade dos processos estabelecidos pela instituição acreditadora, uma vez que a instituição B focaliza o desenvolvimento de novos serviços, estruturação física e de seu contingente médico. Isso tem resultado em um grande crescimento da organização B na prestação de serviços de alta complexidade para a região nos últimos 10 anos.

Do ponto de vista crítico, sobre o cumprimento dos itens de verificação usados na sistemática de acreditação proposta, pode-se verificar que a Organização B atende parcialmente apenas 62% dos itens de verificação propostos na sistemática de acreditação.

A análise estratégica não é bem conduzida, fato que a direção do hospital é composta por médicos e professores com formação em áreas médica e não de gestão. A estrutura física do hospital não colabora para a execução das atividades de internação, laboratório, ambulatório e outros setores primordiais de uma organização hospitalar. Durante a condução do trabalho foi possível verificar que a Organização B não possui uma equipe técnica suficiente para atender aos requisitos propostos e também não tem um poder de decisão efetivo na tomada de decisões estratégicas.

Contudo, foi possível identificar capacidade de atendimento e absorção da demanda de pacientes pela compatibilidade desta com a equipe de profissionais oferecida, bem como, a busca pela melhoria contínua de resultados clínicos, visando o atendimento das expectativas médicas e educacionais.

Segundo o Gerente de Projetos, o processo de planejamento e desenvolvimento de novos serviços é realizados pela equipe médica ligada, diretamente, com a unidade acadêmica da mantenedora do hospital.

A Organização B tem desenvolvido seus serviços, visando contribuir para o desenvolvimento da saúde regional, oferecendo serviços de alta complexidade que atendem, em parte, à demanda. Os serviços de alta complexidade oferecidos pela organização são os mais rentáveis, responsáveis por grande parte do faturamento da instituição. Esta não tem um setor ou um responsável pelas questões relacionadas à Qualidade, o que afeta diretamente no cumprimento dos requisitos propostos.

A seguir é apresentado o quadro síntese da análise intracasos da organização B.

Quadro 19 - Quadro síntese da organização B - continua

Caracterização da empresa	<ul style="list-style-type: none"> • Criada em 1921 - filantrópica e de ensino. • Referência para 191 municípios - 3.500.000 habitantes. • 264 leitos - média e alta complexidade.
Avaliação da sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente de projetos – Comitê de qualidade. • Pouca maturidade. • Considera a sistemática válida .
Modelo de gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 63% dos itens de verificação propostos. • Dificuldade na formulação estratégica. • Falta de equipe qualificada.
Gestão do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 58% dos itens de verificação propostos. • Dificuldade de captação de recursos e alta demanda.
Gestão da clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao paciente: Atende 83% dos itens. • Diagnóstico e terapia: Atende 73% dos itens – Radiologia. • Apoio técnico: Atende 53 % dos itens – Profissionais. • Abastecimento e apoio logístico: Atende 51% dos itens - Treinamento .

Quadro 19 - Quadro síntese da organização B - continuação

Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Não atende em 4 itens de verificação propostos. • Não trabalha com indicadores epidemiológicos e de qualidade - <i>Score</i> de risco - pouco conhecimento.
Gestão da segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 75% dos itens. Falta de um plano de contingência.
Gestão de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 80% dos itens de verificação. • RH funciona na unidade acadêmica.
Gestão de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Não atende - Não conhece.
Análise crítica	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura - pouca maturidade - investimento na alta complexidade .

5.1.3 Caso C

5.1.3.a. Caracterização da instituição

Inaugurado em 1992, atuando na assistência, ensino e pesquisa, a Instituição C é certificada como hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e Educação. Localizado na cidade de Alfenas/MG, o hospital realiza em média 30 mil procedimentos por mês, atendendo pacientes de Alfenas e outras cidades da região, uma população estimada em quase um milhão de habitantes.

É referência regional em gravidez de risco, trauma, neurocirurgia, UTI neonatal, hemodiálise, fonoaudiologia. Possui banco de tecidos oculares e realiza captação e cirurgias de transplante de córneas.

O Hospital C possui um complexo hospitalar com 14.198,61m² de área construída, 150 leitos operacionais, distribuídos em oito unidades assistenciais: clínica médica, clínica cirúrgica, unidade materno-infantil, que compreende a maternidade, pediatria e UTI pediátrica, UTI adulto, setor para convênios e particulares, UTI neo-natal e pronto socorro.

Além disso, oferece serviços nas especialidades de anestesiologia, cardiologia, clínica médica, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, coloproctologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, hematologia, infectologia, mastologia, medicina da família e da comunidade, medicina do trabalho, nefrologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, radiologia, trauma bucomaxilo facial, urologia e oncologia.

Também participa do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Pro-Hosp, onde em 2011 ficou classificado entre os 10 melhores da Rede.

5.1.3.b. Avaliação da sistemática de acreditação proposta

Na organização C, as etapas de condução do estudo de caso seguiram a mesma lógica dos casos anteriores.

No que diz respeito à avaliação para sistemática proposta, foi possível identificar que a organização conhece os modelos de acreditação utilizados no Brasil, possuindo uma gerência da qualidade atuante que realiza todos os procedimentos de acordo com o modelo de acreditação da ONA.

O processo de melhoria da qualidade na organização ocorre por meio de uma sistemática estruturada e bem definida, a qual é apoiada pela utilização de abordagens e ferramentas da Qualidade como *Lean* e FMEA. A organização tem interesse em solicitar uma nova avaliação de instituição acreditadora, apesar de já ter sido avaliada. Depois da avaliação ocorrida em 2010, a organização tem melhorado seus processos e implementado as melhorias apresentadas no relatório da avaliação.

A gestão da qualidade na Organização C envolve todos os colaboradores da empresa por meio de um processo de educação permanente e da realização de cursos na área para os integrantes da Qualidade. Foi possível verificar que a alta administração tem um comprometimento com a qualidade, visando a acreditação, pois investimentos são realizados na formação da Gerente da Qualidade que atua dentro da instituição. Este processo, iniciado em 2009, recebeu investimentos crescentes até 2011 e, posteriormente, apresentou uma estagnação por razões financeiras. Em 2014, foi novamente incentivado, fomentando o desenvolvimento dos processos de implantação e melhoria da qualidade.

De acordo com a Gerente da Qualidade, a sistemática proposta atende a todas as necessidades da organização e mostra-se uma excelente ferramenta na condução dos trabalhos, uma vez que está alinhada aos requisitos propostos pelas modelos de acreditação. Contudo, a Gerente declara a dificuldade de implantação dos processos relacionados à gestão da mudança, uma vez que esses processos devem ser implantados quando a instituição atingir um nível de qualidade que garante o cumprimento dos requisitos propostos nas seções anteriores. No Apêndice 1, é apresentado o questionário utilizado na condução desta etapa.

5.1.3.c. Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta)

O modelo de gestão adotado pela organização C foi desenvolvido de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, por ser uma instituição que atende às necessidades de demanda regional, e pelo Ministério da Educação por também ser uma instituição de ensino.

A instituição atende com excelência as necessidades de seus clientes, usuários e alunos, por meio de uma estrutura adequada para atender as necessidades de todos. Possui um modelo de gestão descentralizado, fato que parte da gestão estratégica da instituição é desenvolvida juntamente com outras áreas da instituição.

Segundo o Gerente Administrativo, essa divisão dificulta os processos, principalmente no que se refere à gestão financeira da organização. Os processos de gestão dentro da organização destacam-se pela existência de uma Gerência da Qualidade, com objetivos definidos claramente para toda a organização. Possui alta capacidade na resolução dos problemas, integração dos processos de gestão, conhecimento dos processos de condução do trabalho. Possibilita a oferta de serviços com muita eficiência, com profissionais capacitados e com responsabilidades definidas claramente.

Outro fator relevante no modelo de gestão da organização é a capacidade de um gerenciamento participativo. Contudo, verifica-se a inexistência de planejamento estratégico, a falta de capacitação dos servidores de média gerência e a adoção de um sistema de gestão da qualidade.

5.1.3.d. Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta)

Considerando os itens de orientação da sistemática de acreditação proposta utilizados no processo de condução do estudo de caso, a Organização C atende a 91% dos itens propostos, ressaltando apenas a inexistência de mapeamento de processos e um sistema de aferição da satisfação dos clientes.

Para o Gerente Administrativo, o desenvolvimento das atividades relacionadas aos processos organizacionais ocorreu a partir da contratação de um profissional especializado na gestão da qualidade há seis anos. Com a implantação da Qualidade, a organização tem conseguido desenvolver, claramente, seus processos na adoção de novas práticas, resultando em uma melhor oferta dos serviços prestados para a população, o que resultou na certificação

do laboratório de patologia e na conquista do Prêmio de Qualidade dos hospitais vinculados ao Pro-Hosp no ano de 2011.

5.1.3.e. Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta)

No desenvolvimento do estudo de caso na Organização C, esta seção também foi dividida, assim como nos outros casos para facilitar a compreensão do estudo. A visita e a entrevista ocorreram durante um dia inteiro, com o acompanhamento do Gerente Administrativo da instituição. O Diretor Clínico também foi entrevistado, fornecendo informações relevantes nesta etapa.

O Gerente declarou a dificuldade de contratação de uma empresa que realize uma manutenção preventiva contínua dos equipamentos, pelo fato de não existir uma empresa capacitada na cidade que realize este tipo de serviço. Porém, a situação já está sendo resolvida por meio de contrato firmado com uma empresa da região. Quanto à existência de um programa da Qualidade nos serviços oferecidos pelo setor de diagnóstico, o Gerente declarou que o setor da Qualidade não possui capacidade técnica e operacional para atuar nesses serviços. Há, ainda, dificuldade de realização de reuniões para discussão de assuntos relacionados à clínica e apoio técnico, uma vez que grande parte dos colaboradores também atuam no segmento educacional da instituição, não disponibilizando de tempo e dedicação exclusivos para o hospital. O Quadro 20 apresenta os resultados observados no Hospital C para a seção de gestão clínica.

Quadro 20 - Resultados da organização C - Gestão da Clínica - continua

Seção 3.4.3: Gestão da Clínica	
Atenção ao paciente	No que se refere a esta subseção, a Organização C atende a todos os requisitos estabelecidos, exceto na inexistência de um sistema de iluminação adequada nos setores de pediatria e maternidade. Também falta um programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
Diagnóstico e terapia	Nesta subseção o fator principal é a inexistência de um programa de treinamento e educação continuada e um efetivo controle da qualidade desses serviços. Atendendo a 73% dos itens propostos.
Apoio técnico	A organização atende a 84% dos requisitos propostos na subseção. É identificada, apenas, a necessidade de um programa de avaliação com reuniões técnicas efetivas, registros eficientes, discussões clínicas e um sistema de controle estatístico dos processos existentes.
Abastecimento e apoio logístico	Nesta subseção foi possível identificar a inexistência de alguns requisitos de segurança ao paciente, programa de manutenção preventiva e da existência de registros eficientes relacionados à segurança ocupacional. Também foram verificadas a infraestrutura e a localização inadequada do serviço de lavanderia. Atende 75% dos itens de verificação propostos na sistemática.

5.1.3.f. Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)

Considerando os itens de verificação da sistemática de acreditação proposta, foi possível identificar que a Organização C atende a 77% dos requisitos propostos. Verificou-se que a organização não atende aos seguintes requisitos:

- Não analisa os indicadores epidemiológicos usados pela organização.
- Não verifica o escore de risco dos indicadores usados.
- Não verifica a efetividade da prevenção, pela taxa de prevalência e efetividade.
- Não verifica a tolerância do desfecho dos indicadores.
- Não analisa a extensão que o indicador reflete a qualidade da assistência.

De acordo com o Gerente Administrativo, a organização investiu em um sistema de informação computacional capaz de integrar os processos existentes.

5.1.3.g. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta)

A organização C possui uma política de segurança desenvolvida pela Qualidade, a mesma não está em funcionamento em todos os setores da organização. Nesta seção a organização atende a 83% dos requisitos propostos.

Para o Gerente Administrativo, questões relacionadas à segurança são implementadas na organização e muitas vezes não são levadas adiante por todos os colaboradores. Para a solução desse tipo de problema, a organização está desenvolvendo um plano de segurança que tem o objetivo de estabelecer uma rotina de treinamento para todos os membros da organização.

Quanto ao cumprimento dos itens de verificação estabelecidos, a organização não atende aos seguintes requisitos:

- Não possui um sistema de reconhecimento e recompensas;
- Não realiza gerenciamento dos riscos;
- Não gerencia riscos do equipamento médico.

Uma consideração importante é a existência de um plano de contingências e evacuação em casos de emergência, porém não testado.

5.1.3.h. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática de proposta)

A organização C atende 88% dos itens de verificação descritos na seção 3.4.6 da sistemática proposta. Contudo, verificou-se a inexistência de uma política efetiva de gestão de pessoas, a falta de descrição de competências, a inexistência de um programa de avaliação de desempenho, de capacitação dos gestores e acompanhamento estatístico de *turnover* e absenteísmo.

A entrevista, bem como o preenchimento do questionário, foi realizada juntamente com a Gerente de RH do hospital. A gerente identificou dificuldades na gestão pelo grande número de funcionários que atuam nas dependências do hospital e também na unidade acadêmica da instituição. Isso dificulta o processo de condução dos trabalhos relacionados à integração de equipes, treinamentos e educação corporativa.

5.1.3.i. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta)

A entrevista, bem como o preenchimento do questionário, foram realizadas juntamente com a Gerente da Qualidade. Para a gerente, a organização tem conhecimento desse novo modelo de gestão da qualidade que inclui a gestão de mudanças.

A gerência da qualidade já até realizou cursos de gestão de mudanças oferecidos por instituições acreditadoras, porém considera que a organização não está preparada para implementar o processo. A gerente declarou que para atender os itens de verificação relacionados à gestão de mudanças é necessário um grande investimento em contratações de colaboradores e treinamentos que pode levar tempo para ser implementado. A gerente também relatou a importância da capacidade de inovação que esse processo pode gerar, agregando valor ao serviço e para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela instituição.

5.1.3.j. Análise crítica

A análise crítica das seções apresentadas na sistemática de acreditação proposta para a Organização C é realizada baseando-se no fato de a instituição possuir um setor e uma gerência da Qualidade. Apesar do atendimento de 81 % dos requisitos propostos pela

sistemática, o hospital não possui um modelo de gestão de mudanças implantado. Contudo, a Organização C mantém uma sistemática de Melhoria Contínua formalizada e estruturada, com infraestrutura física e organizacional compatível com a demanda atendida de pacientes. A organização C tem desenvolvido diversas mudanças e melhorias nas práticas organizacionais e clínicas visando a acreditação hospitalar, como a adoção de práticas clínicas baseadas em protocolos, gestão dos processos de acordo com manual da ONA.

A análise estratégica também é formalizada, revelando-se mais eficiente se comparada com os requisitos propostos, com uma gestão do processo e uma gestão da clínica (Seção 3.4.2 e 3.4.3) capazes de atender 81% dos requisitos propostos. A organização utiliza ferramentas da qualidade, visando a melhoria dos processos, o que possibilita atender 83% dos requisitos mencionados na seção 3.4.5 de gestão da segurança. Tal processo é realizado por de um programa computacional que consegue atender as necessidades e integra todos os setores. Atende aos requisitos de segurança (Seção 3.4.6) e não atende aos requisitos estabelecidos na seção 3.4.7 de gestão da mudança.

A seguir é apresentado o quadro síntese das análises intracasos realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa na organização C.

Quadro 21 - Quadro síntese da organização C - continua

Caracterização da empresa	<ul style="list-style-type: none"> • Criada em 1992 - filantrópica e de ensino. • Referência para microrregião - 500.000 habitantes. • 15 mil metros - média e alta complexidade. • Transplante córnea - premiação 2011.
Avaliação da sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente da qualidade: Possui conhecimentos de acreditação. • Considera a sistemática válida .
Modelo de gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 100% dos itens de verificação propostos. • Gestão participativa.
Gestão do processo	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 91% dos itens de verificação. • Gerência de qualidade.
Gestão da clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao paciente: Atende a todos itens. • Diagnóstico e terapia: Atende 73% - Treinamento. • Apoio técnico: Atende 84% - Programa de avaliação. • Abastecimento e apoio logístico: Atende 75% - Lavanderia.
Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 77% dos itens de verificação. • Não analisa indicadores epidemiológicos.
Gestão da segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 83% dos itens. • Falta de continuidade de alguns projetos.

Quadro 21 - Quadro síntese da organização C - continuação

Gestão de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 83% dos itens de verificação . • Possui processo de educação continuada .
Gestão de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Não atende aos itens – reconhece.
Análise crítica	<ul style="list-style-type: none"> • Atende 81% dos itens – alta maturidade – qualidade.

5.2 Análise intercasos

Neste item, são analisados os três casos de forma integrada em relação à aplicabilidade e à adequação de cada etapa da sistemática proposta.

5.2.1.a. Avaliação da sistemática de acreditação proposta

Nos três casos estudados, as questões relacionadas à melhoria da qualidade das instituições ainda está em processo de desenvolvimento, destacando o nível de evolução da Organização C. Todas consideram a sistemática de acreditação proposta uma ferramenta útil para a implantação e desenvolvimento de questões relacionadas à melhoria da Qualidade, principalmente quando a instituição tem o objetivo de buscar a acreditação hospitalar. A figura 24 apresenta uma visão geral dos resultados dos questionários aplicados nas três organizações.

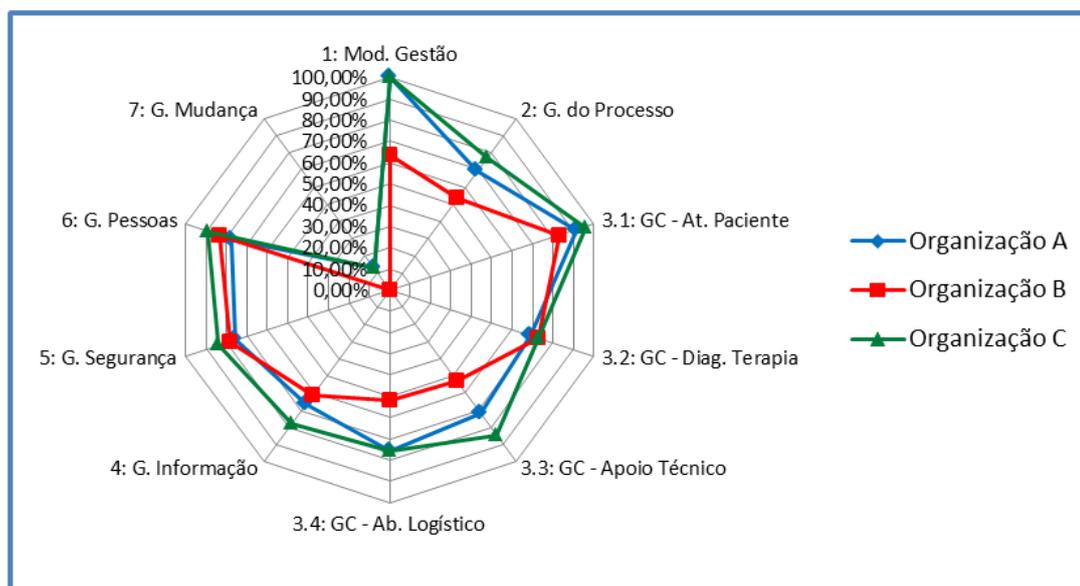


Figura 24 - Visão geral dos itens atendidos pelas organizações

As organizações A e C, que possuem um conhecimento maior dos modelos de avaliação para acreditação usados atualmente no Brasil, consideraram a etapa referente à Gestão de Mudanças uma seção difícil de ser implantada na atual situação em que as organizações se encontram. Ambas consideram este item ainda novo no contexto da acreditação hospitalar, pois foi inserido no modelo Brasileiro neste ano, apesar de ser muito usado pelo modelo Canadense. Considera-se que esta seção ainda precisa ser estudada e melhor entendida pelas organizações, para que em médio prazo, comece a ser desenvolvida.

Os dados obtidos por meio de pesquisas não permitiram identificar qual seria a seção mais importante a ser desenvolvida na organização. Mas, foi possível identificar que as três organizações consideram todas as seções apresentadas pela sistemática essenciais para o desenvolvimento das atividades. A sistemática é uma ferramenta de condução do processo de melhoria de qualidade que está alinhada não somente ao Modelo Brasileiro, mas sim em consonância com as propostas estabelecidas pelas instituições acreditadoras, independente do modelo ou certificação a ser adotado.

A Organização C é a única que estabelece todos os processos de condução da Qualidade alinhada a um modelo de acreditação. Contudo, destacou a importância da sistemática, uma vez que ela estabelece os critérios, desde a fase de concepção até a avaliação final, o que não é apresentado nos outros modelos de acreditação.

As três organizações pesquisadas deram importância ao estudo em questão e à sistemática proposta, reconhecendo a necessidade de melhoria da qualidade de seus serviços, considerando questões de mercado, concorrência, atendimento a novos convênios, captação de recursos e até as exigências impostas pelo cliente e pelo Ministério da Saúde.

Quanto a gestão de mudanças, pode ser verificado no desenvolvimento da pesquisa, que as organizações não estão preparadas para implementar processos de gestão de mudanças através de um modelo formalizado e conduzido eficientemente. Uma vez que as três organizações estudadas relataram estar desenvolvendo as atividades relacionadas das etapas anteriores e não possuem recursos necessários para o cumprimento de todos os itens de verificação dessas etapas de imediato. Como os critérios das etapas anteriores estão ligados diretamente na atenção ao paciente, as organizações consideram que o cumprimento dessas etapas devem ser priorizados em relação a gestão de mudanças. Outro aspecto que impede a implantação da gestão de mudanças é a escassez de recursos.

5.2.1.b. Modelo de gestão (etapa 3.4.1 da sistemática proposta)

As organizações A, B e C definiram seu modelo de gestão baseado em um modelo proposto pelo Pro-Hosp/MG. Todas atendem aos requisitos propostos pela sistemática, porém o modelo de gestão não é somente um documento formalizado ou um plano estratégico da organização. Ele auxilia na disseminação do objetivo principal da instituição, que deve estar focado no atendimento das necessidades dos clientes e na sobrevivência da mesma.

As ferramentas que são utilizadas na condução dos trabalhos relacionados à Qualidade, envolvendo o modelo de gestão das organizações foram o *Lean*, o QFD e o FMEA, usadas, principalmente, pelas organizações A e C. A disseminação do modelo de gestão é percebida, principalmente, na organização C, pois a mesma considera que todos os colaboradores devem conhecer os objetivos principais da organização. Nas demais organizações, esta exigência não foi identificado.

5.2.1.c. Gestão do processo (etapa 3.4.2 da sistemática proposta)

Em relação à gestão de processos, as organizações A, B e C não conseguem atender aos requisitos estabelecidos na condução do estudo, principalmente quando avalia-se a existência de mapeamento dos processos e controles necessários na execução dos trabalhos.

As Organizações A e C apresentam processos definidos e identificados, porém a Organização B ainda precisa realizar tal mapeamento. Nenhuma organização demonstrou a utilização de ferramentas de mapeamento de processos, de controles de processos, aplicação de procedimentos operacionais documentados, envolvendo todos os setores da organização e também não possuem um sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos.

A Organização C, que possui um setor da Qualidade, adota a padronização documentada de seus processos, mas também não é realizada de forma integrada. As Organizações A e B, apesar de atenderem os requisitos propostos na sistemática, precisam evoluir e melhorar a padronização documentada de seus processos.

5.2.1.d. Gestão da clínica (etapa 3.4.3 da sistemática de proposta)

Esta seção foi dividida em quatro subseções (atenção ao paciente, diagnóstico e terapia, apoio técnico, abastecimento e apoio logístico), envolvendo 111 itens a serem verificados nas organizações. Para facilitar a comparação dos dados, os mesmos foram tabulados paralelamente apresentados na Figura 25.

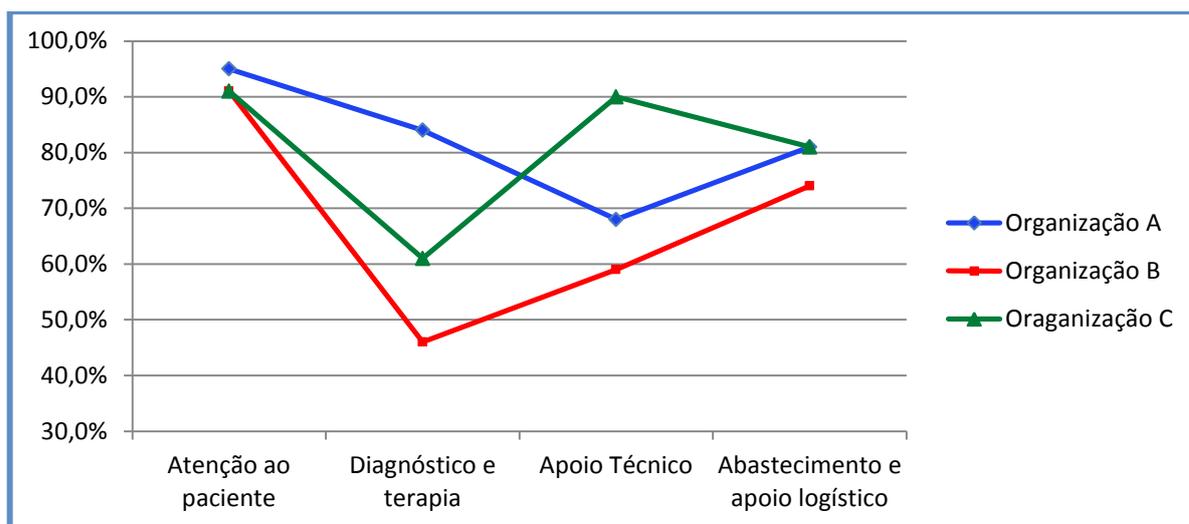


Figura 25 - Comparação dos dados na sessão gestão da clínica.

Pôde-se verificar que a Organização A tem um desempenho mais estável em relação às demais quando considerada a quantidade de itens de verificação atendidos. Porém, a Organização C também consegue atender à maioria dos itens de verificação propostos, deixando de atender aos requisitos estabelecidos na subseção diagnóstico e terapia, devido à falta de investimento no serviço de radiologia.

As Organizações A, B e C têm investido nos serviços que estão ligados diretamente ao paciente. Destaca-se o grau de importância dado pela Organização C a esta seção, quando comparada com as demais seções propostas na sistemática. Outro fator relevante é o grande investimento realizado pela Organização A, que conta com um novo serviço de diagnóstico e terapia com infraestrutura adequada e com tecnologia de ponta.

As instituições tem focalizado questões que afetam, diretamente, os pacientes, ou seja, evoluído na prestação de serviços primários. As três organizações demonstram essa preocupação direta com o paciente, buscando atender quase todos os requisitos estabelecidos na sessão de atenção ao paciente.

Em se tratando dos serviços de apoio logístico e apoio técnico, as organizações têm investido na aquisição de novos equipamentos, formação e capacitação dos colaboradores, e padronizando processos de trabalho. Porém, necessitam de participação e apoio da Alta Administração. Em relação aos serviços envolvidos na seção, destaca-se a necessidade de melhoria do serviço de lavanderia das Organizações B e C.

5.2.1.e. Gestão da informação (etapa 3.4.4 da sistemática proposta)

Em relação aos requisitos desta seção, foi possível verificar que as três organizações possuem dificuldade de compreensão do conceito de gestão da informação. Consideram a gestão da informação como o uso de tecnologia de informação computacional, quantidade de computadores, investimento em *softwares* e redes.

Nenhuma das três organizações demonstraram a existência de um processo definido e claro das questões relacionadas à gestão da informação. As organizações não utilizam indicadores, taxas e informações comparativas no processo de tomada de decisão e para a formulação de um fluxo informacional eficiente. Não estabelecem uma comunicação adequada interna e externamente, tornando assim os processos mais burocráticos e dispendiosos.

As organizações B e C destacam-se pelo investimento em um sistema de gestão computacional, que tem agregado valor, principalmente no que se refere à integração dos processos, padronização de documentos e facilidade de acesso regulado. Já a Organização A, possui um sistema de gestão computacional eficiente, mas que não consegue atender a todas as necessidades da organização.

Das três organizações estudadas, o destaque principal desta seção foi o não entendimento do conceito real da gestão da informação pelas organizações.

5.2.1.f. Gestão da segurança (etapa 3.4.5 da sistemática proposta)

Nos três casos estudados existem evidências de uma preocupação com as questões relacionadas à segurança. Nos três questionários aplicados, os respondentes colocaram este item como atendido para a maior parte dos requisitos propostos, com alguma dificuldade no comprometimento da alta gerência e no estabelecimento de um sistema de recompensa.

Pôde ser verificado, assim como na seção anterior, que o conceito de gestão de segurança não é bem entendido pelas organizações, relacionando esta seção com a segurança ocupacional desenvolvida pelos técnicos de segurança do trabalho. Isso acontece nas três organizações estudadas.

A Organização A demonstrou uma preocupação maior com as questões relacionadas à segurança, diminuindo a quantidade de portarias, melhorando a sinalização e a iluminação de corredores, existência de placas de identificação em todo o hospital, existência de sistema de alerta e chamada nos quartos, dentre outras questões que puderam ser verificadas.

Não foi encontrado nenhum plano de contingência e evacuação nas três unidades visitada e também não existe um plano de trabalho que envolve a educação corporativa dos colaboradores em relação à segurança.

5.2.1.g. Gestão de pessoas (etapa 3.4.6 da sistemática proposta)

Considerando os itens de verificação utilizados nesta seção e estabelecidos no questionário utilizado, as três organizações atendem a todos os requisitos propostos. No caso das Organizações A e C, não foi verificada a existência de um plano estratégico para a educação corporativa e foi evidenciada a inexistência de uma política de risco ocupacional na Organização C.

Contudo, o desenvolvimento do estudo e a coleta de dados mostrou que as três organizações estudadas desconhecem questões relacionadas à gestão de pessoas. Todas desenvolvem suas atividades por meio de um modelo burocrático e que não consegue atender as necessidades das pessoas. A relação entre diferentes cargos e funções ainda é estabelecida e gerenciada de acordo com a formação e com o valor pago pela instituição. Isso dificulta a integração entre os colaboradores, gerando assim uma insatisfação por parte das pessoas que trabalham diretamente na base operacional dessas organizações.

Nas três organizações estudadas, pôde-se verificar que não são trabalhadas questões relacionadas à melhoria da qualidade de vida de seus colaboradores, satisfação pessoal, política salarial adequada e que não utilizam das práticas modernas de gestão de pessoas. Das três empresas pesquisadas, a empresa do caso C é a que mais tem desenvolvido propostas que agregam valor para seus colaboradores, evidenciadas por meio de registros de cursos, viagens, uniformização e postura dos colaboradores.

5.2.1.h. Gestão de mudanças (etapa 3.4.7 da sistemática proposta)

A coleta de dados e a aplicação dos questionários e entrevistas revelaram que nenhuma das três organizações estudadas desenvolve alguma atividade ou atende à totalidade dos itens de verificação estabelecidos para esta seção.

Na organização C, pode ser verificado que a Gerente da Qualidade tem conhecimento da necessidade, por se tratar de uma estratégia que é considerada pelas instituições acreditadoras. Porém, nas Organizações A e B, pôde ser constatado que há desconhecimento das questões relacionadas à gestão de mudanças. As três organizações estudadas demonstraram estar aquém da implantação de um modelo de gestão de mudanças, uma vez que consideram mais importante atenderem aos requisitos estabelecidos nas seções anteriores, para depois implantar requisitos associados à gestão da mudança. Das técnicas de fontes externas de informações, nenhuma das organizações pesquisadas demonstrou a utilização de estratégias estabelecidas nesta seção.

Todas as organizações pesquisadas demonstraram a importância da gestão de mudanças, principalmente nos aspectos relacionados à inovação, na quebra de resistências, incertezas e na criação de um ambiente competitivo saudável. Essas conclusões foram identificadas somente após uma explicação do conceito da gestão de mudança.

6. CONCLUSÃO

6.1. Análise dos objetivos da pesquisa

A análise dos resultados da pesquisa é realizada com base nos dados empíricos obtidos junto às três organizações estudadas. Os objetivos iniciais são confrontados com a análise dos resultados e, em seguida, cada objetivo da pesquisa é analisado individualmente.

6.1.1. O atendimento dos objetivos propostos pela sistemática

No desenvolvimento desta dissertação foi possível propor uma sistemática de avaliação para acreditação hospitalar. Uma sistemática que busca atender às necessidades dos hospitais com características definidas nos estudos de caso e que está centrada nos parâmetros utilizados pelas organizações acreditadoras nacionais e internacionais.

A sistemática proposta foi desenvolvida utilizando como base os principais modelos de acreditação nacionais e internacionais, tendo como principal objetivo ser uma ferramenta inicial para a implantação dos processos de melhoria da qualidade para hospitais de médio porte que visam futuramente buscar a acreditação hospitalar. Esta Sistemática foi baseada no estudo dos principais modelos de acreditação e nos conhecimentos obtidos de trabalhos publicados na literatura, de cursos específicos e visitas técnicas a hospitais.

Na etapa de concepção do projeto (1) foi possível identificar com a condução da pesquisa que as três organizações não possuem um time de liderança responsável para a implementação de programas da Qualidade. Uma das organizações estudadas, possui um Gerente da Qualidade, outra possui um Comitê Gestor que envolve todos os processos de gestão da organização, porém não focam a melhoria da qualidade.

Os processos de gestão adotados pelas empresas não conseguem atingir a amplitude de responsabilidade e as estratégias necessárias que uma equipe de liderança bem desenvolvida pode gerar para a organização. Na formação da equipe de liderança, a concepção do projeto, as estratégias, a condução dos processos de trabalho passa a ter uma nova dimensão de responsabilidades e envolvimento, o que gera um maior benefício para a organização na implementação de projetos de melhoria da Qualidade.

Nesta etapa, também foi possível identificar dificuldade de comprometimento da Alta Administração, uma vez que, nas três organizações estudadas, a Direção é composta por profissionais que não atuam, exclusivamente, na gestão hospitalar. A falta de tempo, dedicação, e de formação adequada impedem a implantação e o desenvolvimento do gerenciamento da Qualidade nessas organizações. O comprometimento da Alta Administração é um fator preponderante para o sucesso do projeto de melhoria da Qualidade.

Na etapa processo de aprendizagem (2), nas três organizações pesquisadas, pode-se observar a inexistência de formação de uma equipe de liderança e de treinamentos específicos para os colaboradores de acordo com sua área de atuação. Na Organização C, esta etapa apresenta a maior evolução, uma vez que a organização conta com um Gerente da Qualidade. Mas, não foi identificado um programa de formação específico para a Qualidade, que consegue atingir os objetivos necessários estabelecidos na sistemática.

Na etapa de diagnóstico inicial (3), por não ter sido possível realizar uma verificação mais detalhada, a pesquisa de campo mostrou que os gestores das organizações estudadas são capacitados, mas precisam de maior incentivo, por parte da Alta Administração, para a realização de cursos específicos na área da Qualidade, gestão de processos e ferramentas da Qualidade. Esta etapa depende, diretamente, da etapa anterior, para que o diagnóstico seja desenvolvido em conformidade com as necessidades da instituição e atenda aos objetivos estabelecidos na sistemática.

Quanto à proposta de sistemática de acreditação (4) em si, nas suas respectivas seções e subseções, foi possível identificar que, nas três organizações, a sistemática atende parcialmente à realidade das organizações.

Contudo, não foi possível avaliar, durante a pesquisa, a satisfação dos colaboradores das diversas áreas da instituição, o que pode ter comprometido a avaliação da seção de gestão de pessoas, mas que não interfere nos resultados.

Em se tratando da seção gestão de mudanças, foi possível identificar que as organizações não atendem aos itens de verificação. A realidade atual das organizações quanto à melhoria da Qualidade ainda não atingiu um nível capaz de introduzir os processos de mudanças. As organizações estão focadas em implantar processos de melhorias, ou atender os objetivos das seções anteriores, para depois implantar os processos necessários à gestão da mudança. Outro fator identificado é a dificuldade de captação de recursos para implantação de um modelo de gestão de mudanças. Também podemos concluir que a gestão de mudanças é um das seções estabelecidas recentemente pelos modelos de acreditação utilizados no Brasil.

E que ainda esta em fase de disseminação e aprendizagem por parte das organizações estudadas.

Contudo as organizações reconhecem a necessidade de implantar um modelo que incentiva o gerenciamento considerando os aspectos relacionados a gestão de mudanças, mas não se veem em condições de adotar esta estratégia no momento que foram realizadas as entrevistas.

Na etapa implantação de melhorias (5), observou-se resistência na adoção de novas práticas, uma vez que muitos dos profissionais atuam na organização já há algum tempo e consideram o processo de trabalho utilizado adequado, ou seja, que não precisam ser mudados.

Quanto ao monitoramento (6), identificou-se que ainda há resistência em se submeter ao processo avaliatório, uma vez que as organizações estudadas consideram a avaliação para acreditação como uma fiscalização ou auditoria, onde se pode identificar erros e penalizar a instituição e seus colaboradores pela existência de processos não conformes.

A partir dos conhecimentos obtidos com a revisão de literatura, com os modelos de acreditação e com as informações e recomendações de melhoria identificadas no estudo de casos, foi proposta uma versão mais refinada para a sistemática de acreditação (Figura 26).

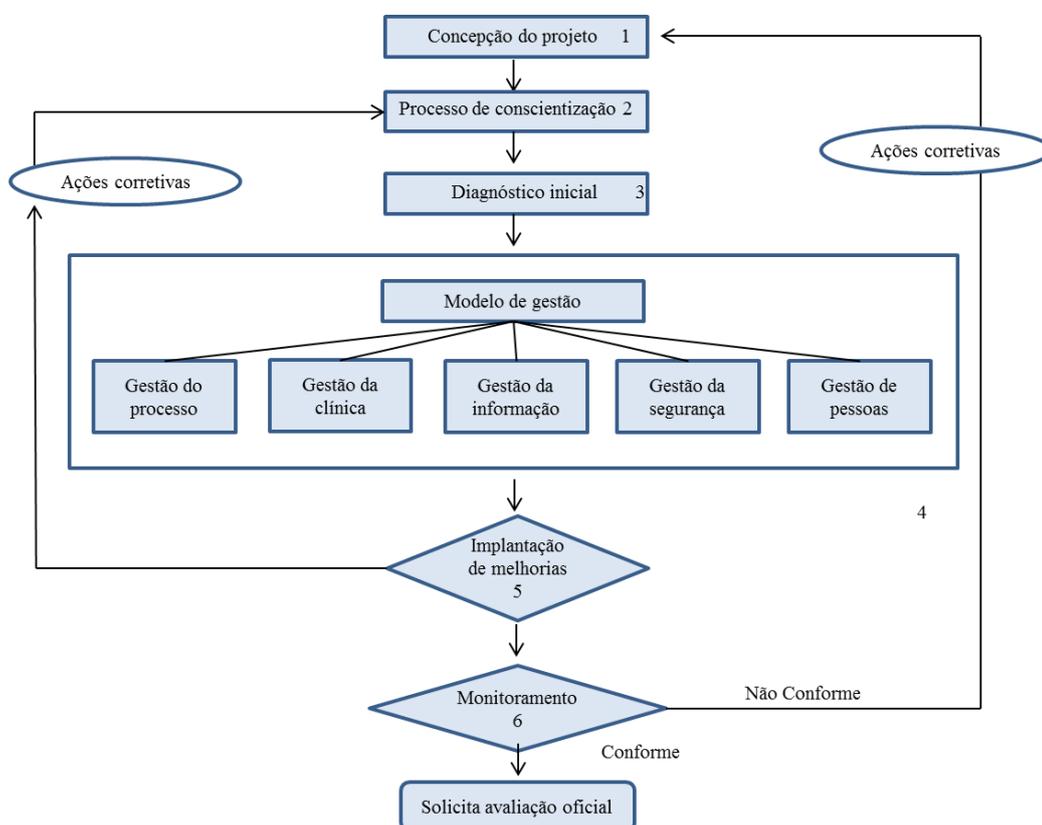


Figura 26 - Versão final da sistemática de acreditação

As organizações estudadas também valorizaram a sistemática proposta pela pesquisa, uma vez que os modelos de acreditação utilizados careciam de sistematização, dificultando a compreensão e a adoção de critérios.

No desenvolvimento da pesquisa de campo, foi possível identificar que a sistemática de avaliação atinge os objetivos na condução da melhoria da Qualidade e de preparação para a acreditação hospitalar, adequando-se às necessidades das organizações avaliadas. Além disso, foi possível aliar, na sistemática, os requisitos e itens de verificação inerentes aos principais modelos de acreditação com as estratégias nacionais de Qualidade, estabelecida pelo Ministério da Saúde.

A validação da sistemática de acreditação, por especialistas, antes da realização da pesquisa e a sua aplicabilidade confirmada no estudo de caso, mostra que os objetivos foram alcançados com sucesso. A sistemática pode ser utilizada pelas organizações como ferramenta para implantação dos requisitos de acreditação ou condução dos processos de melhoria da Qualidade. Além disso, enfatiza a cultura de qualidade e da segurança com uma adequada relação custo-benefício, fatores essenciais para o crescimento e desenvolvimento das organizações brasileiras.

Outro objetivo proposto foi a recomendação de melhorias para a Gestão da Qualidade das instituições analisadas. Esse objetivo foi atingido, uma vez que as organizações receberam um relatório contendo todas as informações analisadas em cada seção avaliada, bem como os itens de verificação atingidos e não atingidos, avaliados pelo questionário de pesquisa. Tais relatórios contêm as avaliações e análises de cada item das seções aplicados, individualmente, em cada organização.

6.1.2. A viabilidade de implementação da sistemática

A pesquisa de campo realizada nas três organizações indica que a sistemática de acreditação proposta é viável de ser aplicada nas organizações que possuem as mesmas características.

O Estado de Minas Gerais possui um grande número de municípios de pequeno porte, localizados em um grande espaço territorial. Considerando esses fatores, a estratégia utilizada no Estado é investir em hospitais regionais de médio e grande porte que conseguem atender, de certa forma, a demanda de uma microrregião composta por diversos municípios em torno de um polo de atendimento. Principalmente quando se trata da oferta de serviços de média e alta complexidade, onde se torna inviável o investimento em hospitais pequenos. Os hospitais

localizados em municípios de pequeno porte oferecem serviços de baixa complexidade e utilizam os hospitais regionais como referência para encaminhamento dos demais casos.

Por essas razões, as características dos hospitais mineiros são bem próximas das organizações estudadas, o que fortalece o processo de validação da sistemática proposta, considerando que esta mostrou-se viável na implantação de processos de melhoria da qualidade para hospitais mineiros.

Para que a sistemática fosse validada de uma forma mais abrangente, seria necessário estudar a sua aplicação em várias outras organizações localizadas em diferentes pontos do Estado, além das organizações localizadas na Macrorregião Sul, além de testar sua viabilidade em outros Estados, pois cada Estado possui uma característica diferente, com estratégias de políticas de Saúde diferentes, que envolvem diferenças relacionadas a financiamentos, localização, maturidade das organizações prestadoras de serviços, dentre outros fatores.

Outro fator que deve ser considerado é que não foi aplicado o estudo em organizações de pequeno porte, uma vez que estas ainda estão em um processo distante da realidade aqui estudada. As três organizações pesquisadas podem ser consideradas de porte médio, o que garante disponibilidade de recursos para implementação de melhorias na estrutura física, contratação de profissionais especializados e implementação de processos relacionados à melhoria da qualidade da organização.

A sistemática poderia ser avaliada em organizações de pequeno porte para verificar a aplicabilidade da mesma e o nível de qualidade existente nestas organizações. Contudo, a sistemática desenvolvida tem o objetivo de incentivar a implantação de processos de melhoria de qualidade, o que pode resultar na certificação. Fatores como escassez de recursos ou estrutura física e organizacional não podem ser impedimentos para a aplicação da sistemática, considerando seu objetivo principal.

6.1.3. Sugestões para futuras pesquisas

Este estudo de caso, bem como a sistemática de acreditação proposta, foi desenvolvido tomando como base os três modelos de acreditação utilizados no Brasil atualmente (ONA, JCI, QMENTUM). No entanto, a proposta tem o objetivo maior de ser um instrumento de condução dos processos de implantação de programas de melhorias da qualidade, sendo seus principais resultados a melhoria da qualidade dos serviços prestados, por meio da adoção de

práticas que garantam a segurança e a qualidade dos serviços hospitalares aos pacientes, ao menor custo para a instituição.

Contudo, o presente estudo oferece a possibilidade de realização de diversas análises futuras, trabalhos que podem ser desenvolvidos considerando outros Estados do Brasil, em organizações privadas com fins lucrativos e instituições públicas, que podem seguir as mesmas etapas desenvolvidas nesta dissertação. Outros estudos podem ser realizados em organizações já acreditadas, que precisam desenvolver uma sistemática que garantam a continuidade dos trabalhos desenvolvidos anteriormente.

Considera-se necessário realizar pesquisas sobre a qualidade dos serviços prestados pelas organizações brasileiras, principalmente, quanto à segurança do paciente. Essa questão, apesar de avançada em países desenvolvidos, ainda é incipiente no Brasil.

Outra oportunidade para trabalhos futuros seria analisar a implementação do processo de gestão de mudanças nos hospitais brasileiros. Poderiam ser realizados, ainda, trabalhos sobre a utilização de ferramentas da qualidade, típicas da indústria, em organizações hospitalares, sua aplicabilidade e seus resultados. Pode-se citar como exemplo a utilização do *Lean Manufacturing*, FMEA e QFD. Existe carência de estudos que demonstrem, efetivamente, os resultados reais da aplicação dessas ferramentas no ambiente hospitalar.

Para generalizar a validação da sistemática proposta, esta poderia ser testada em uma pesquisa-ação para adequar a gestão de um hospital conforme os requisitos de acreditação da ONA. O teste de validação da sistemática poderia ser realizado, também, em uma pesquisa *survey* aplicada em uma amostra representativa de hospitais com características similares aos que foram objeto do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação Hospitalar: Proposição de roteiro para implantação. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.
- ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. D. Acreditação Hospitalar: Um Estudo de Caso. **Produção Online**, v. 5, n. 1, p. 1-27, 2005.
- ARCE, H. E. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 10, n. 6, p. 469–72, dez. 1998.
- BATTEL-KIRK, B. *et al.* Developing a competency-based Pan-European Accreditation Framework for Health Promotion. **Health education e behavior : The official publication of the Society for Public Health Education**, v. 39, n. 6, p. 672–80, dez. 2012.
- BRAITHWAITE, J. *et al.* Comparison of health service accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 24, n. 6, p. 568–77, dez. 2012.
- CARSTENS, D. *et al.* Task analysis of healthcare delivery: A case study. **Journal of Engineering and Technology Management**, v. 26, n. 1-2, p. 15–27, mar. 2009.
- CHEN, J. *et al.* JCAHO Accreditation And Quality Of Care For Acute Myocardial Infarction. **Health Affairs**, v. 22, n. 2, p. 243–254, 1 mar. 2003.
- COUTO R. C.; PEDROSA T. M. G. **Hospital Acreditação e Gestão em Saúde**. 2ª Edição. Editora Guanabara Koogan S.A. 2007.
- COWIE, A. P. (ed.), 1989. Oxford Advanced Learner's Dictionary. **Oxford**, Oxford University Press. 1989.
- DONAHUE, K. T. Accreditation : Relationship to four models of evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 12, n. 3, p. 243–246, 2000.
- EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989
- EL-JARDALI, F.; TCHAGHCHAGIAN, V.; JAMAL, D. Assessment of human resources management practices in Lebanese hospitals. World hospitals and health services. **The official journal of the International Hospital Federation**, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614681>>. Acesso em 22/09/2013.
- FELDMAN, L. B. *et al.* História da evolução da qualidade hospitalar : dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 213–219, 2005.

FELDMAN, L. B.; CRISTINA, I.; OLM, K. Identification of result evaluation criteria for nursing services in hospital accreditation programs. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2006.

GIGANTESCO, A.; MOROSINI, P. Mental health services accreditation in Italy. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 16, n. 6, p. 1157–63, dez. 2010.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 20, n. 3, p. 172–83, jun. 2008.

HABANA, L. **Desmistificando A Certificação e a Acreditação**. Memórias II Congresso Latinoamericano de Engenharia Biomédica, v. 5, n. c, Habana, 2001.

HIROSE, M. et al. How can we improve the quality of health care in Japan? **Health Policy**, v. 66, n. 1, p. 29–49, out. 2003.

HONNUTAGI, A. R; SONAR, R; BABU, S. Towards knowledge management integrated quality accreditation system for Indian engineering education using system dynamics. **IETEC' 11 Conference, Kuala Lumpur**, Malaysia, 2011.

HORTALE, V. A. Accreditation and its implementation in graduate studies in Public Health. **Cad. de saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1789–1794, 2002.

KINGDOM, U. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **ENESP FIOCRUZ**, p. 239–246, Rio de Janeiro, 2011.

LEE, D. Implementation of quality programs in health care organizations. **Service Business**, v. 6, n. 3, p. 387–404, mar. 2012.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v.32, n. 4, p. 32–41, 1992.

MELLO, C. H. P. **Modelo para projeto de desenvolvimento de serviços**. 2005. 315 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Escola Politecnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. **Produção**, v. 17, n. 1, p. 216–229, abr. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp. Acesso dia 22/11/2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, Ministerio da Saúde**, v.27, n. 3, Brasilia 2007.

MOSSIALOS, E; DIXON, A; FIGUERAS, J; KUTZIN, J. **Funding health care: Options for Europe**. Open University Press, EUA, 2002.

NATIONAL VOLUNTARY LABORATORY ACCREDITATION PROGRAM. **Scope of Accreditation to ISSO/IEC 17025/2005**, Calibration Laboratories, USA, 2014.

NOORI, H.; CHEN, C. Applying Scenario-Driven Strategy To Integrate Environmental Management and Product Design. **Production and Operations Management**, v. 12, n. 3, p. 353–368, 5 jan. 2009.

ONA, **Manual Brasileiro de Acreditação: Organização Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília, 2014.

OVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. Evaluation of quality improvement programmes. **Quality & safety in health care**, v. 11, n. 3, p. 270–5, set. 2002.

QMENTUN. Quality and momentum in one comprehensive package. **Accreditation Canada. 2014**. Disponível em: <http://www.accreditation.ca/qmentum>. Acesso em: 15/03/2014.

RINGARD, Å. Equitable access to elective hospital services: the introduction of patient choice in a decentralised healthcare system. **Scandinavian journal of public health**, v. 40, n. 1, p. 10–7, fev. 2012.

ROCHA, R. A. et al. Acreditação dos hospitais das cidades sede brasileira na copa do mundo de futebol em 2014. **Revista de Ciências da Administração**, UFSC, Santa Catarina v. 13, n. 30, p. 178–197, Ago. 2011.

SACK, C. et al. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 23, n. 3, p. 278–83, jun. 2011.

SES - MG, **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sus / MG**. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SHAW, C. D. Accreditation and ISO: international convergence on health care standards ISQua position paper--October 1996. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 9, n. 1, p. 11–3, fev. 1997.

SHAW, C. D. et al. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. **International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua**, v. 22, n. 5, p. 341–50, out. 2010.

SILIMPERI, D. R; ZANTEN, T. V; FRANCO, M. L. Framework for institutionalizing Quality Assurance in Evidence - Based Practice Manual: **Research and Outcame Measures in Health and Human Services**. Oxford Universtity Press, USA, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Quality and Accreditation in Health Care Services : A Global Review Quality and Accreditation in Health Care**. Evidence and Information for Policy - Department of Health Service Provision, Geneva, 2003.

SES - MG, **Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais**. Secretaria Estadual de Minas Gerais, Belo Horizonte, Jan, 2011.

THE OFFICIAL HANDBOOK. **Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals**. CAMH, Update 2, Set. 2006.

TSAI, H.-Y.; CHANG, C.-W.; LIN, H.-L. Fuzzy hierarchy sensitive with Delphi method to evaluate hospital organization performance. **Expert Systems with Applications**, v. 37, n. 8, p. 5533–5541, ago. 2010.

TURRIONI, J. **A Implementação da Gerência da Qualidade Total com base na série NBR ISO 9000**. 1992. 74 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola Politecnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

VASSIE, L.; TOMÀS, J. M.; OLIVER, A. Health and Safety Management in UK and Spanish SMEs: A Comparative Study. **Journal of Safet Research**, v. 31, n. 1, p. 35–43, 2000.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 195–219, 2002.

WARDHANI, V. et al. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. **Health policy (Amsterdam, Netherlands)**, v. 89, n. 3, p. 239–51, mar. 2009.

XIAO, M. Is quality accreditation effective? Evidence from the childcare market. **International Journal of Industrial Organization**, v. 28, n. 6, p. 708–721, nov. 2010.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e método**. Bookman, 2º. ed. São Paulo, 2001.

APÊNDICE A

Questionário para avaliação da sistemática- Continua

Nome da Organização:					
CNPJ:					
Endereço:					
Telefone:					
E-mail:					
Responsável pelo preenchimento:					
Função:					
Tempo que ocupa o cargo:					
QUESTÕES GERAIS DA ORGANIZAÇÃO:					
Tempo que a organização atua no mercado: _____					
Quantidade total de funcionários: _____					
Características da organização:					
() Público () Privado sem fins lucrativos () Privado com fins lucrativos.					
1	O processo de melhoria da qualidade é discutido na organização.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
2	A organização tem interesse em implantar a sistemática proposta com vista de buscar a melhoria da qualidade.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
3	Entende os requisitos de melhoria de desempenho proposto pela sistemática.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
4	Avalia processos visando identificar erros e propor melhorias de acordo com a proposição da sistemática.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
5	Promove a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe de acordo com a proposta da sistemática.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:

Questionário para avaliação da sistemática- Continuação

6	A organização tem conhecimento do modelo de acreditação Brasileiro.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
7	Já utilizou o Modelo Brasileiro de Acreditação como instrumento de melhoria na estrutura, no processo ou nos resultados.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
8	Já cogitou a possibilidade em buscar a acreditação.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
9	Já recebeu a visita de alguma instituição avaliadora credenciada pela ONA.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
10	Você considera que a proposta pode ajudar a instituição implantar um processo de melhoria continua com vista a acreditação.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
11	Você tem conhecimento de outra sistemática ou modelo que colabora na implantação de processos de melhoria da qualidade visando a acreditação.	Sim ()	Não ()	Em Construção ()	Comentário:
12	Como você avalia a proposta de sistemática apresentada?	Resposta:			
13	Em quais pontos você considera que a proposta poderia melhorar. (Revisar, acrescentar ou eliminar alguma informação)	Resposta:			

Obs: Este questionário deve ser preenchido pelo gestor do hospital, juntamente com o avaliador.

APÊNDICE B

Questionário para avaliação do nível de qualidade em relação a sistemática proposta

Proposta de sistemática de acreditação - Itens de verificação

Obs: Deve ser preenchido pela média gerência antes ou no dia da avaliação

Seção 1: Modelo de Gestão

Responsável pelas informações: _____

Itens de Orientação		Sim	Não
	A organização...		
1	Se preocupa com seu comportamento perante o mercado.		
2	Tem conhecimento profundo dos processos de condução do trabalho.		
3	Estabelece objetivo claro e definido com todos os membros da organização e monitora seu alcance.		
4	Avalia constantemente os seus serviços oferecidos e presta serviços de acordo com a necessidade local com atendimento adequado e de qualidade.		
5	Possui integração dos processos principais.		
6	Possui eficiência na resolução de problemas.		
7	Busca a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos.		
8	Possui responsáveis habilitados da área médica e administrativa.		
9	Garante a permanência de um dos membros da Diretoria por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades institucionais.		
10	Possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).		
11	Possui registros que evidenciem a memória dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional (atas de diretoria, registros de reuniões ou outros procedimentos de documentação).		

Seção 2: Gestão do processo

Responsável pelas informações: _____

Itens de Orientação		Sim	Não
	O hospital...		
1	Identifica claramente todos os processos de negócio.		
2	Classifica cada um de seus processos, inclusive os clínicos primários.		
3	Possui os processos de negócio mapeados.		
4	Garante que o mapeamento dos processos de negócio foi priorizado.		
5	Define claramente os seus produtos ofertados.		
6	Define claramente as tarefas a serem executadas nos seus processos.		
7	Define os controles necessários para os seus processos de trabalho.		
8	Possui profissional habilitado ou com capacitação compatível.		
9	Garante o serviço de pessoal com todos os registros dos funcionários e suas habilitações específicas.		
10	Possui processos de aquisição, distribuição e controle dos insumos e recursos materiais duráveis, bem como registros, manejo e gerenciamento de bens.		
11	Possui instalações físicas e processos compatíveis com a capacidade instalada e os serviços oferecidos.		
12	Possui sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos.		

Seção 3: Gestão da Clínica

Subseção 3.1: Atenção ao paciente

Responsável pelas informações: _____

Avalia os processos dos serviços principais. A partir destes é estabelecido o roteiro para o desenvolvimento da avaliação nos demais setores como:

Serviços principais na gestão da clínica:

Internação / emergência / centro cirúrgico / tratamento intensivo (UTI)

Serviços secundários na gestão da clínica: Ambulatório, anestesiologia, obstetrícia, hematologia, medicina nuclear, radioterapia e reabilitação.

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.1: Atenção ao paciente - Continua

Itens de Orientação		Sim	Não
	O setor/serviço avaliado...		
1	Utiliza protocolos clínicos como recomendação e não como processo de trabalho?		
2	Possui processo definido que agrega valor ao paciente e resultado para a organização nos setores de UTI, emergência, centro cirúrgico?		
3	Possui um processo de trabalho que reduz a variabilidade sem prejudicar a flexibilidade?		
4	Possui uma linha de cuidado definido que envolve todos os membros da organização?		
5	Trabalha visando a redução de danos ao paciente e a prevenção?		
6	Possui um plano terapêutico visando o melhor gerenciamento de eleitos?		
7	Possui um responsável técnico que coordena a equipe de profissionais com habilitação adequada ou com capacitação específica.		
8	Garante aos pacientes um profissional médico responsável pela assistência, desde a internação até a alta.		
9	Garante aos pacientes algum sistema de comunicação próximo ao leito para chamar a equipe de Enfermagem.		
10	Estabelece uma escala de plantão de médicos e equipe de enfermagem destinada ao atendimento de emergência e sua distribuição nas 24 horas.		
11	Estabelece uma escala de profissionais adequadas à programação cirúrgica e recuperação pós-anestésica, e que contemple as emergências.		
12	Garante que acompanhantes ou responsáveis são informados sobre a situação e estado geral do cliente/paciente assistido.		

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.1: Atenção ao paciente - Continuação

13	Estabelece precauções padronizadas e rotina para isolamento do cliente/paciente.		
14	Possui pontos de oxigênio, ar comprimido e vácuo próximo ao leito.		
15	Possui materiais e equipamentos básicos para o atendimento em situações de emergência e em local de fácil acesso.		
16	Possui banheiros com barras de apoio para os pacientes e meios para a comunicação com a Enfermagem.		
17	Possui quartos e enfermarias com iluminação e ventilação natural adequada.		
18	Provê condições de lavagem simples e antissepsia das mãos nos quartos, enfermarias e/ou corredores.		
19	Oferece vestiários, paramentação e uso de EPIs apropriados para o serviço.		
20	Possui programa de manutenção preventiva dos equipamentos.		
21	Possui sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do Centro Cirúrgico.		
22	Garante o cumprimento das normas da Comissão de Controle de Infecção.		
23	Possui um sistema de referência (interno ou externo) para o encaminhamento dos casos de alto risco e/ou que superem a capacidade resolutive do serviço.		
24	Possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).		

Seção 3: Gestão da Clínica**Subseção 3.2: Diagnóstico e terapia**

Responsável pelas informações: _____

Serviços que serão avaliados nesta subseção: Laboratório clínico, diagnóstico por imagem, métodos gráficos, anatomia patológica.

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.2: Diagnóstico e terapia - Continua

Itens de Orientação		Sim	Não
	O setor/serviço avaliado...		
1	Possui processos definidos claramente visando a melhoria dos resultados e a segurança do paciente.		
2	Utiliza indicadores de resultado visando a melhoria da qualidade dos serviços.		
3	Garante um corpo técnico habilitado.		
4	Possui um fluxo de atendimento e esclarecimento ao paciente padronizado.		
5	Possui uma estrutura e equipamentos adequadas, detalhamento das funções, padronização dos processos visando a segurança do paciente.		
6	Possui um programa de manutenção adequado.		

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.2: Diagnóstico e terapia - Continuação

7	Possui processos padronizados de acordo com a legislação vigente, uso de EPIs, e controle de infecção dos procedimentos.		
8	Utiliza processos de controle de qualidade		
9	Possui um programa de treinamento adequado visando a qualificação dos profissionais e integração dos mesmos.		
10	Possui um sistema de informação eficiente, baseado em taxas e indicadores de resultado.		
11	Possui controle de estoque, entrada e saída de insumos e materiais visando a existência de um fluxo de materiais de acordo com as normas de segurança e qualidade.		
12	Garante um serviço habilitado de acordo com as normas e regulamentos vigentes.		
13	Garante um sistema de coleta, identificação da amostra e acompanhamento de todas as fases do processo até a emissão do laudo.		
14	Garante um sistema adequado para o transporte de amostras.		
15	Possui um sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do Laboratório.		
16	Possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).		
17	Oferece um programa de educação e treinamento continuado.		
18	Efetua um controle interno de qualidade.		
19	Implantou o controle estatístico de processos.		
20	Possui grupo de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional.		
21	Possui um sistema de análise crítica dos procedimentos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e minimização de riscos.		
22	Efetua um controle de qualidade externo.		
23	Garante um sistema de planejamento e melhoria contínua em termos técnico-profissional e procedimentos específicos do serviço.		
24	Trabalha com ciclos de melhoria com impacto sistêmico.		
25	Possui um sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem a análise e comparações.		
26	Possui um sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).		

Seção 3: Gestão da Clínica**Subseção 3.3: Apoio técnico:**

Responsável pelas informações: _____

Serviços que serão avaliados nesta subseção: Corpo clínico, enfermagem, arquivo médico, controle de infecções, estatística, farmácia, nutrição e dietética.

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.3: Apoio técnico – Continua

Itens de Orientação		Sim	Não
O setor/serviço...			
1	Possui processos definidos claramente visando a melhoria dos resultados e a segurança do paciente.		
2	Possui corpo clínico organizado e em quantidade adequada para atender a necessidade da organização.		
3	Possui responsável técnico pela assistência médica, enfermagem, que supervisiona as decisões sobre diagnóstico e tratamento, e assume a responsabilidade final pelos colaboradores.		
4	Possui supervisão contínua e sistematizada por profissional habilitado, nas diferentes áreas. Coordenação, seleção e dimensionamento da equipe.		
5	Possui dimensionamento de corpo clínico designado para cada grupo de pacientes.		
6	Possui relação de profissionais e escala de plantão ativa ou a distância.		
7	Permite que pacientes tenham conhecimento do nome do profissional que lhes assiste e sejam informados sobre o seu diagnóstico e procedimentos a realizar ou realizados.		
8	Garante continuidade do atendimento ao paciente (visita, prescrições e evoluções médicas).		
9	Mantém registros no prontuário do paciente de todos os atendimentos realizados.		
10	Mantém prontuários completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.		
11	Possui regimento do Corpo Clínico ou manual(is) de normas rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).		
12	Mantém programa de educação e treinamento continuado.		
13	Possui grupos de trabalho para a melhoria de processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos colaterais.		
14	Estabelece mecanismos de auditoria médica e enfermagem (sistemas internos e/ou externos) e seus resultados.		
15	Possui procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao cliente/ paciente e seguimento de casos.		
16	Garante que a assistência ao cliente/paciente segue um planejamento em níveis de complexidade com enfoque multiprofissional e interdisciplinar.		
17	Realiza a avaliação dos protocolos clínicos e de seus resultados.		
18	Proporciona reuniões clínicas periódicas para discutir casos selecionados.		
19	Estabelece indicadores epidemiológicos utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial.		

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.3: Apoio técnico – Continuação

20	Mantém registros, atas, relatórios e estatísticas referentes às atividades de avaliação da qualidade da assistência.		
21	Realiza comparações de resultados com referenciais adequados e análise do impacto gerado junto à comunidade.		
22	Possui um sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).		
23	Possui uma sistemática de organização do arquivo e do prontuário, técnicas, impressos e métodos utilizados para a composição do prontuário.		
24	Possui uma sistemática de controle de entrada e saída dos prontuários do arquivo, circulação dos mesmos nas Unidades de Internação e mecanismos que garantam a sua rápida localização.		
25	Garante a atuação da Comissão de Serviço de Controle de Infecção (CCI) na Organização.		
26	Mantem normas e procedimentos específicos para as áreas críticas.		
27	Mantém precauções padrão e rotinas de isolamento.		
28	Garante a interação com demais setores visando a melhoria dos processos de trabalho.		
29	Estabelece padronização e uso racional de antimicrobianos, conforme perfil da Organização.		
30	Mantém sistema de documentação e registros estatísticos correspondentes.		
31	Controla medicamentos e correlatos quanto ao armazenamento, estoques satélites e distribuição para as unidades de internação.		
32	Sistematiza e controla as atividades de higienização, desratização e dedetização do setor.		

Seção 3: Gestão da Clínica**Subseção 3.4: Abastecimento e apoio logístico**

Responsável pelas informações: _____

Serviços que serão avaliados nesta subseção: Central de processamento de roupas – Lavanderia, processamento de materiais e esterilização, higiene e limpeza, segurança e saúde ocupacional, serviço social,

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.4: Abastecimento e apoio logístico - Continua

Itens de Orientação		Sim	Não
O setor/serviço...			
1	Possui processos definidos claramente visando a melhoria dos resultados e a segurança do paciente.		

Seção 3: Gestão da Clínica - Subseção 3.4: Abastecimento e apoio logístico - Continuação

2	Possui corpo funcional habilitado ou capacitado e dimensionado às necessidades do serviço.		
3	Oferece condições estruturais e operacionais que atendam a todos os requisitos de segurança para o cliente interno e externo, conforme normas vigentes.		
4	Possui sistemática de coleta, fornecimento e distribuição, atendendo ao perfil e demanda da Organização.		
5	Possui barreira física e controle da circulação de pessoas entre as áreas.		
6	Oferece condições adequadas de iluminação, ventilação, temperatura e ruído.		
7	Possui programa de manutenção preventiva dos equipamentos.		
8	Estabelece precauções padrão e rotinas de controle de infecção.		
9	Mantém manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).		
10	Implementa programa de educação e treinamento continuado.		
11	Mantém grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional.		
12	Estabelece padronização de insumos.		
13	Possui sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos.		
14	Possui atividades de controle de qualidade em todas as fases do processo.		
15	Mantém ciclos de melhoria com impacto sistêmico.		
16	Possui sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).		
17	Mantém monitoramento e registros de controle do ciclo de esterilização e lavagem, e desinfecção.		
18	Possui sistema de controle de estoque ou inventário de materiais atualizado.		
19	Mantém áreas diferenciadas e separadas por barreira física e mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior.		
20	Possui equipamentos e instalações adequados às necessidades do serviço.		
21	Possui sistemática geral de coleta, acondicionamento, armazenamento (interno e/ou externo) e guarda do lixo conforme normas vigentes.		
22	Mantém normas técnicas para o tratamento de resíduos de alto risco.		
23	Possui atuação conjunta com a Comissão de Controle de Infecção (CCI) na elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção.		
24	Possui sistema de acompanhamento, documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional.		
25	Possui CIPA em função do porte e da capacidade instalada da Organização.		
26	Mantém mapas de risco e colocação em locais de fácil acesso e visualização pelo corpo funcional.		
27	Incentiva uso sistemático de equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletivos (EPCs) para a prevenção de acidentes.		

Seção 4: Gestão da informação

Responsável pelas informações: _____

Itens de Orientação		Sim	Não
O hospital...			
1	Possui processos definidos claramente visando a melhoria dos resultados e a segurança do paciente.		
2	Verifica a utilidade dos indicadores de segurança utilizado.		
3	Analisa os indicadores epidemiológicos usados pela organização.		
4	Verifica o escore de risco dos indicadores usados.		
5	Verifica a efetividade da prevenção, pela taxa de prevalência e efetividade.		
6	Verifica a tolerância do desfecho dos indicadores.		
7	Analisa a extensão que o indicador reflete a qualidade da assistência.		
8	Tem confiabilidade e a validade dos dados.		
9	Possui um conjunto de dados e informações que colabora na execução de suas tarefas bem como na sua organização, controle, disponibilidade de informações.		
10	Possui um sistema de informação gerencial capaz de integrar as diversas áreas da instituição.		
11	Possui um sistema de identificação do paciente, acompanhantes e visitantes.		
12	Possui um sistema de visualização adequado através da existência de placas indicativas e sinalizadores a fim de facilitar o acesso dos pacientes e familiares.		
13	Conta com guichês de atendimento em todas as portarias de acesso a instituição.		
14	Possui um sistema adequado de armazenamento de prontuários dos pacientes.		
15	Possui de um sistema de segurança adequado que garanta a segurança dos dados, caso o prontuário seja digital.		
16	Possui um sistema eficiente de troca de informações com fornecedores.		
17	Estabelece uma comunicação adequada com a comunidade através de um profissional capacitado para atender essa demanda (Relações públicas).		
18	Possui um sistema de informação institucional com indicadores, taxas e informações comparativas.		

Seção 5: Gestão da segurança - continua

Responsável pelas informações: _____

Itens de Orientação		Sim	Não
O hospital...			
1	Possui processos de segurança definidos claramente, envolvendo todos os membros da organização que gera resultado para o paciente e para a organização.		
2	Possui uma estratégia de segurança.		
3	Verifica o comprometimento da alta administração com questões relacionados a segurança.		
4	Possui uma comunicação de objetivos com envolvimento de toda força de trabalho.		
5	Utiliza de ferramentas de segurança de forma integrada.		
6	Estabelece de um sistema de reconhecimento e recompensa.		
7	Possui um compromisso gerencial e individual dos aspectos relacionados a segurança.		
8	Utiliza indicadores de prevenção e não de risco.		
9	Possui um sistema de notificação eficiente.		
10	Estabelece um sistema de aprendizado entre todos os membros da organização.		
11	Planeja as atividades de forma segura.		
12	Assegura a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos existentes na organização.		
13	Possui placas de identificação de risco em toda organização de acordo com o tipo de riscos existentes.		
14	Possui extintores de incêndio em pontos estratégicos da instituição.		
15	Possui lâmpada de emergência nos pontos necessários.		
16	Possui saída de emergência com identificação nos setores de maior concentração de pessoas.		
17	Estabelece um controle de entrada e saída de pessoas do hospital.		
18	Conta com CIPA efetiva com treinamento regular.		
19	Possui um plano de contingencia e evacuação para situações emergenciais.		
20	Reduz e controla os perigos e riscos ambientais		
21	Previne acidentes e lesões		
22	Mantém as condições de segurança para os pacientes, funcionários e outras pessoas próximas às instalações do hospital		
23	Mantém um ambiente que seja sensível às necessidades do paciente para o conforto, interação social, e distração positiva.		

Seção 5: Gestão da segurança - continuação

24	Gerência os riscos de segurança.		
25	Mantém um ambiente seguro.		
26	Gerência seus materiais perigosos e riscos residuais.		
27	Gerência as emergências nos seus diversos setores.		
28	Testa regularmente seu plano de gestão de emergências.		
30	Gerência os riscos do equipamento médico.		
31	Possui setor específico para controle de Infecção hospitalar CCIH com a presença de profissionais capacitados.		
32	Divulga as ações de controle e prevenção de infecção em toda organização.		
33	Possui número adequado de lavatórios em todos os setores para lavagem de mãos.		
34	Possui um monitoramento do uso de antibióticos.		
35	Monitora ações de vigilância epidemiológica;		
36	Possui um sistema de notificação.		
37	Gerência as ações que assegura a qualidade da água		

Seção 6: Gestão de pessoas

Responsável pelas informações: _____

Itens de Orientação		Sim	Não
O hospital...			
1	Possui processos de gestão de pessoas definidos claramente, envolvendo todos os membros da organização que gera resultado para o paciente e para a organização.		
2	Possui profissionais capacitados tecnicamente, aptos a exercer a função designada.		
3	Utiliza de treinamento que agrega valor para o resultado ao serviço oferecido.		
4	Possui um plano estratégico para a educação corporativa.		
5	Tem um trabalho visando a saúde e a satisfação dos colaboradores.		
6	Possui uma estrutura adequada de gestão de pessoas.		
7	Tem um setor específico de recursos humanos com estrutura física e profissionais adequados.		
8	Provê serviço de pessoal com todos os registros dos funcionários e suas habilitações específicas, contendo regimento das categorias necessárias a atender as necessidades da instituição.		
9	Possui gerenciamento do corpo clínico.		
10	Garante que a quantidade e a formação dos profissionais atende a maior parte da demanda da região.		
11	Possui uma política de risco ocupacional.		
12	Fornecer EPI e uniformes caso necessário de forma a atender a necessidade dos colaboradores:		
13	Capacita os profissionais de acordo com as necessidades de cada setor / função:		
14	Possui sistema de integração de novos colaboradores:		
15	Possui um sistema de avaliação periódica dos funcionários:		
16	Possibilita a interação entre diversas áreas possibilitando a garantia da qualidade dos serviços prestados:		
17	Possui um organograma e / ou funcionograma definindo todos os cargos e funções.		
18	Possui um planejamento adequado de gerenciamento de risco.		

Seção 7: Gestão da Mudança

Responsável pelas informações: _____

Itens de Orientação		Sim	Não
O hospital...			
1	Possui um time de liderança capaz de implementar mudanças.		
2	Tem envolvimento de todos os colaboradores na gestão da mudança.		
3	Define claramente das mudanças necessárias.		
4	Verifica seu diagnóstico atual.		
5	Possui um plano de mudanças.		
6	Realiza mapeamento das mudanças.		
7	Garante que as mudanças necessárias implementadas são aplicáveis.		
8	Possui capacidade efetiva de mudança considerando os recursos humanos e financeiros da organização.		

ANEXO A

Documentos encaminhados as organizações estudadas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ – UNIFEI

Prezado (a) Sr. (a)

A Universidade Federal de Itajubá, através do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção e Gestão, vem através deste solicitar que seja avaliado a sistemática em anexo e autorizado a realização de visita para avaliação da proposta.

O presente projeto visa estabelecer uma sistemática de acreditação, que facilite o processo de melhoria da qualidade dos serviços oferecidos com vista à acreditação hospitalar.

Os estabelecimentos foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais. Para Hospitais que participam do PRO-HOSP - MG.

Cordialmente;

João Éderson Corrêa

Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI
edercorrea@unifei.edu.br

Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello
Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI
carlos.mello@unifei.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ – UNIFEI
CRONOGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Fase 1: Recebimento da proposta para análise do Gestor do Hospital e pela média Gerência – De 01/03 à 01/04/2014.

Fase 2: Visitas técnicas para explicação da sistemática e da proposta do estudo. De 01 a 15 de Abril.

Fase 3: Visita técnica para avaliação do nível de qualidade da instituição juntamente com gerentes de média gerência dos setores que serão avaliados. De 15 a 30 de Abril de 2014.

Fase 4: Visita técnica para realização de entrevista com o Gerente (Avaliação do modelo) e finalização do estudo. De 30 de Abril a 15 de Maio de 2014.

Fase 5: Envio de relatório da avaliação as instituições.

Observação: A proposta em desenvolvimento deverá ser utilizada apenas para fins de pesquisa e avaliação dentro do hospital. Sendo vedada a sua cópia total ou parcial. Os direitos são de exclusividade do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Itajubá.

No decorrer das visitas serão realizadas entrevistas, gravações, avaliação *in-loco*, preenchimento de questionários e reuniões.

Para sucesso da pesquisa, solicitamos acesso em todos os setores do hospital de acordo com a disponibilização de datas proposta pela instituição.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ – UNIFEI

A presente pesquisa é parte integrante da dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI, intitulada “**Proposta de sistemática de acreditação para hospitais componentes das redes de atenção à saúde do Estado de Minas Gerais**”.

A finalidade da pesquisa é adquirir informações relevantes sobre os processos de desenvolvimento de melhoria da qualidade para apoiar as equipes e instituições. Esta instituição está sendo convidado a participar dessa pesquisa, devido os criterios estabelecidos anteriormente.

Garantimos o sigilo das informações e anonimato das pessoas envolvidas. Os resultados serão analisados, sem identificação individual e em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas.

Agradecemos sua participação e nos colocamos à disposição para eventuais informações.

Atenciosamente,

João Éderson Corrêa

Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI

edercorrea@unifei.edu.br

35-36223906 - 35-84094600

Prof. Dr. Carlos Henrique Pereira Mello

Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI

carlos.mello@unifei.edu.br

35-36291165



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ – UNIFEI

Eu, João Éderson Corrêa, brasileiro, casado, administrador, portador do RG n.º m-9303405, SSP/MG, CPF n.º 056.187.516-23, residente e domiciliado à Rua Antonio Corrêa Cardoso, 101, Ap. 1103, bairro Varginha, na cidade de Itajubá, MG, venho através do presente termo, comprometer-me a não associar ou relacionar, direta ou indiretamente, de forma escrita, verbal ou de qualquer outra forma, o nome da instituição, bem como dos participantes do projeto, funcionários responsáveis pelo preenchimento do questionário à minha pesquisa ligada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI, seja durante e/ou após a realização da mesma.

O nome da instituição poderá ser publicado desde que haja autorização escrita e expressa pelo diretor geral.

Itajubá, 25 de Março de 2014

João Éderson Corrêa

Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI