

## PROPOSTA DE UMA SISTEMÁTICA DE ACREDITAÇÃO PARA HOSPITAIS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE

JOÃO ÉDERSON CORRÊA<sup>1</sup>  
JOÃO BATISTA TURRIONI<sup>2</sup>  
MARIA CAROLINA MORENO<sup>3</sup>  
CARLOS HENRIQUE PEREIRA MELLO<sup>4</sup>  
PEDRO JOSE PAPANDREA<sup>5</sup>

### RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo propor e 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 pequeno e médio porte, mostrando-se adaptável conforme cada realidade hospitalar.

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

<sup>1</sup> Instituto de Engenharia de Produção e Gestão, Universidade Federal de Itajubá.

<sup>2</sup> Instituto de Engenharia de Produção e Gestão, Universidade Federal de Itajubá.

<sup>3</sup> Instituto de Engenharia de Produção e Gestão, Universidade Federal de Itajubá.

<sup>4</sup> Instituto de Engenharia de Produção e Gestão, Universidade Federal de Itajubá.

<sup>5</sup> Instituto de Engenharia de Produção e Gestão, Universidade Federal de Itajubá.

## PROPOSAL FOR A SYSTEM OF ACCREDITATION FOR SMALL AND MEDIUM SIZED HOSPITALS

### 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 cost-benefit ratio. Thus, a multiple case research method was used having as research objects three medium-sized hospitals in the region called “Macro Sul” in state of Minas Gerais, Brazil. The systematic proposal for accreditation at the end of the work proved suitable for use in small and medium-sized hospitals, being adaptable for each hospital reality.*

**Keywords:** *Systematic of accreditation, Hospitals, Case Research.*

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde no Brasil são caracterizados, em geral, pela deficiência e precariedade de seus processos e procedimentos, especialmente no setor público. Essa ineficiência é gerada, principalmente, por recursos insuficientes e utilizados de maneira inadequada, 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 (ANTUNES, 2013). Contudo, muitos serviços de saúde têm se preocupado com as boas práticas e métodos relacionados à gestão da qualidade, destacando a adoção de normas e sistemáticas que direcionam as instituições para um modelo padronizado visando à melhoria da qualidade (LEE, 2012). 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.

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

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). Nesse 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).

O presente trabalho se justifica, segundo Shaw (2007), pela escassez de uma cultura voltada para a qualidade, aliada a um déficit organizacional dos hospitais do Estado. Identificou-se também que os modelos de acreditação atualmente em uso envolvem fortemente questões relacionadas à estrutura e processos das instituições, e não evoluem para a medição de resultados. 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 que envolva os três fatores-chave para a melhoria da qualidade: estrutura, processo e resultados, simultaneamente.

Para a condução da pesquisa, o método adotado foi o estudo de caso, por ser adequado para este tipo de pesquisa. Para tal, foi realizado um estudo de casos múltiplo em três hospitais de médio porte do Estado de Minas Gerais, a fim de identificar a adequação da sistemática proposta. Ao final, as recomendações obtidas após a condução dos casos foram incorporadas à sistemática proposta.

## 2 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

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 1: definição, medição e melhoria.

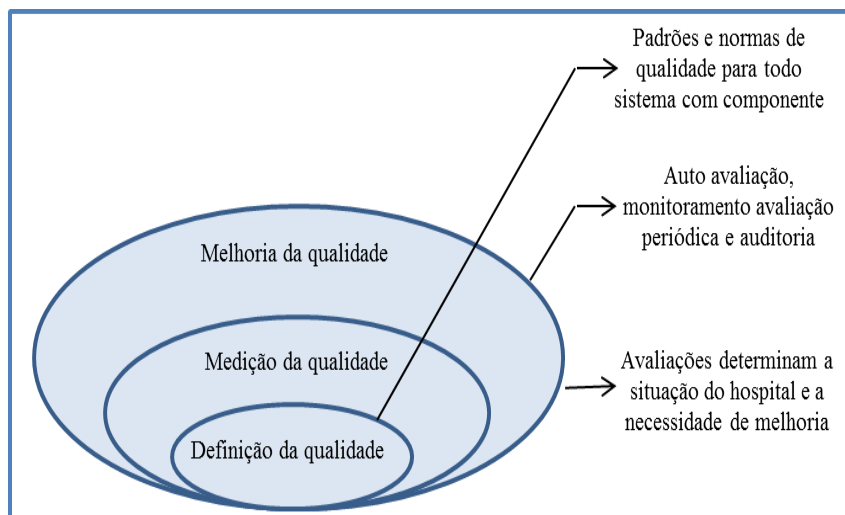


Figura 1 - Atividades essenciais para garantia da qualidade

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 a esses ambientes. 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 aplica 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). 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).

## 2.1 Acreditação hospitalar no Brasil

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).

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 do Brasil 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).

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. Desses, o número de hospitais acreditados totaliza 254 instituições, que representam apenas 3,78% dos serviços hospitalares existentes no Brasil.

De acordo com os dados apresentados, pode-se concluir que a maior parte dos hospitais no Brasil não consegue atender aos 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 aos requisitos básicos de qualidade, como segurança e garantia da qualidade do atendimento dos serviços prestados.

### 3 PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE ACREDITAÇÃO

Visto que mais de 96% dos hospitais brasileiros não são acreditados ou não conseguem atingir os requisitos necessários exigidos pelos modelos existentes, a proposta desse presente trabalho visa desenvolver uma sistemática de acreditação baseada nos modelos de acreditação utilizados no Brasil, uma ferramenta a ser utilizada pelos gestores em prol da qualidade e que auxilie a adoção de novas práticas relacionadas à melhoria da qualidade.

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.

Nesse 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. Busca-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 2.

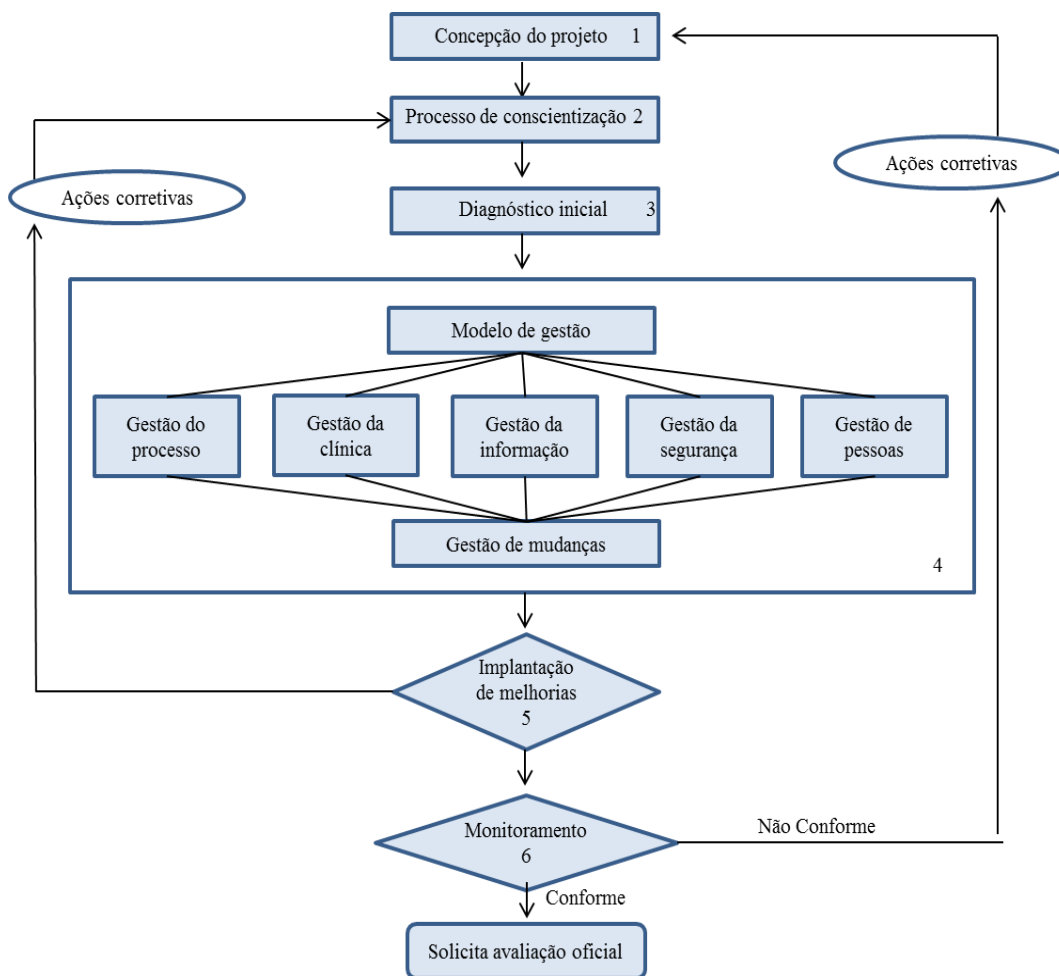


Figura 2 - Sistemática de acreditação proposta

Fonte: Adaptado de Turrioni (1992)

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.

No modelo da Figura 2, a **etapa 1**, denominada concepção do projeto, refere-se à implantação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) em hospitais, na forma da sensibilização da alta direção do hospital em realizar o investimento e as adequações necessárias para atender aos requisitos de acreditação (OVRETVEIT e GUSTAFSON, 2002).

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.

Nessa etapa também é formada uma 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. Essa equipe deve ser formada por membros da Alta Direção, gerentes e colaboradores de diferentes setores do hospital.

**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. Nessa 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).

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). Trata-se também de desenvolver o profissional levando em consideração os aspectos motivacionais.

El-jardali *et al.* (2010) afirmam que 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.

**Na etapa 3** é realizado um diagnóstico inicial na instituição, com intuito de verificar o seu nível de qualidade, bem como realizar o mapeamento dos processos e setores críticos, obtendo uma visão macro dos processos do hospital em relação à qualidade. Para Alástico e Toledo (2013), o diagnóstico é uma autoavaliação e representa um importante passo para a condução do processo de implantação da sistemática proposta, ou seja, 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. Nesse 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.

A etapa 4 trata das seções que devem ser desenvolvidas pela organização nesse processo de acreditação. Trata-se de um conjunto de fatores, agregados aos diversos setores do hospital, com o objetivo de desenvolver a qualidade e buscar a acreditação posteriormente. O Quadro 1 apresenta os processos que devem ser desenvolvidos nesta etapa.

Seção 4.1 Modelo de Gestão	Refere-se a 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). É analisada a utilização de ferramentas técnicas juntamente com outros processos de gestão e verifica-se se a organização possui um pensamento sistêmico.
Seção 4.2 Gestão do processo	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). 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.
Seção 4.3 Gestão da clínica	Essa seção tem por objetivo assegurar os padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar as práticas clínicas. Verifica a integração vertical em 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.
Seção 4.4 Gestão da informação	Refere-se à gestão de informação adotada pela instituição. 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. Trata também do uso coerente de indicadores de qualidade, que 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).
Seção 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. Verifica a incorporação da ciência

	da segurança na formação e na prática dos profissionais, visando à melhoria da segurança (QMENTUM, 2013).
Seção 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 verificada 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.
Seção 4.7 Gestão de mudanças	Refere-se a 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).

Quadro 1: Seções devem ser desenvolvidas pela organização

**A etapa 5** refere-se à implantação da sistemática em toda a organização, cuja tarefa é da equipe de implantação. O importante nessa fase é a documentação de todos os processos desenvolvidos em cada setor para, posteriormente, verificar os resultados obtidos e as adequações necessárias.

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 de outros colaboradores.

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

#### 4 MÉTODO DE PESQUISA

O método de pesquisa escolhido foi o estudo de caso. O trabalho foi conduzido segundo o roteiro de passos propostos por Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002).

Desenvolvidos os instrumentos de pesquisa e protocolos, partiu-se para a seleção dos casos, onde foram estabelecidos 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 utilizada a divisão geográfica definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG), que é um 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 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.

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

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2014, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Ao todo foram entrevistadas 26 pessoas, sendo 10 da organização A, sete na organização B e nove na Organização C. Esses entrevistados correspondem aos colaboradores do nível de média gerência dessas organizações. Após a coleta dos dados, esses foram organizados seguindo um rigor metodológico conforme recomendado por Voss, Tsiriktsis e Frohlich (2002). A análise dos dados coletados nos estudos de casos, seguiu a narrativa sugerida por Miguel (2007), fornecendo uma visão tanto geral quanto detalhada, permitindo a extração de conclusões válidas para o estudo em questão.

## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com os critérios apresentados na seção anterior, foram selecionadas três organizações a serem estudadas: Hospital Escola de Itajubá - Itajubá – MG, Hospital Samuel Libâneo - Pouso Alegre – MG e Hospital Universitário Alzira Velano - Alfenas – MG.

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.

Para o desenvolvimento desta etapa do estudo de caso, foram elaborados dois questionários. Um específico para avaliar a sistemática de acreditação proposta e outro para avaliar o cumprimento dos itens de verificação propostos pela sistemática. O objetivo do segundo questionário foi identificar a maturidade de cada instituição em relação a implementação de processos de melhoria da qualidade.

### 5.1 Análise intracasos

Nesta seção apresenta-se uma análise de cada organização que foi estudada. Em se tratando da organização A, 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.

O Quadro 2 apresenta uma síntese da análise intracasos da organização A.

Quadro 2 - Síntese da organização A

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

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.

O Quadro 3 apresenta uma síntese da análise intracasos da organização B.

Quadro 3 - Síntese da organização B

Caracterização da empresa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criada em 1921 - filantrópica e de ensino.</li> <li>• Referência para 191 municípios - 3.500.000 habitantes.</li> <li>• 264 leitos - média e alta complexidade.</li> </ul>
Avaliação da sistemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente de projetos – comitê de qualidade.</li> <li>• Pouca maturidade.</li> <li>• Considera a sistemática válida.</li> </ul>
Modelo de gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 63% dos itens de verificação propostos.</li> <li>• Dificuldade na formulação estratégica.</li> <li>• Falta de equipe qualificada.</li> </ul>
Gestão do processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 58% dos itens de verificação propostos.</li> <li>• Dificuldade de captação de recursos e alta demanda.</li> </ul>
Gestão da clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ao paciente: Atende 83% dos itens.</li> <li>• Diagnóstico e terapia: Atende 73% dos itens – Radiologia.</li> <li>• Apoio técnico: Atende 53 % dos itens – Profissionais.</li> <li>• Abastecimento e apoio logístico: Atende 51% dos itens - Treinamento.</li> </ul>
Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não atende em 4 itens de verificação propostos.</li> <li>• Não trabalha com indicadores epidemiológicos e de qualidade - Score de risco - pouco conhecimento.</li> </ul>
Gestão da segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 75% dos itens. Falta de um plano de contingência.</li> </ul>
Gestão de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 80% dos itens de verificação.</li> <li>• RH funciona na unidade acadêmica.</li> </ul>
Gestão de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não atende - Não conhece.</li> </ul>
Análise crítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestrutura - pouca maturidade - investimento na alta complexidade.</li> </ul>

Na organização C, a análise estratégica é formalizada, são utilizadas ferramentas da qualidade, visando a melhoria dos processos e atende aos requisitos de segurança. O Quadro 4 apresenta uma síntese das análises intracasos realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa na organização C.

Quadro 4 - Síntese da organização C

Caracterização da empresa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criada em 1992 - filantrópica e de ensino.</li> <li>• Referência para microrregião - 500.000 habitantes.</li> <li>• 15 mil metros - média e alta complexidade.</li> <li>• Transplante córnea - premiação 2011.</li> </ul>
Avaliação da sistemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente da qualidade: Possui conhecimentos de acreditação.</li> <li>• Considera a sistemática válida.</li> </ul>
Modelo de gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 100% dos itens de verificação propostos.</li> <li>• Gestão participativa.</li> </ul>

Gestão do processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 91% dos itens de verificação.</li> <li>• Gerência de qualidade.</li> </ul>
Gestão da clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ao paciente: Atende a todos itens.</li> <li>• Diagnóstico e terapia: Atende 73% - Treinamento.</li> <li>• Apoio técnico: Atende 84% - Programa de avaliação.</li> <li>• Abastecimento e apoio logístico: Atende 75% - Lavanderia.</li> </ul>
Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 77% dos itens de verificação.</li> <li>• Não analisa indicadores epidemiológicos.</li> </ul>
Gestão da segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 83% dos itens.</li> <li>• Falta de continuidade de alguns projetos.</li> </ul>
Gestão de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 83% dos itens de verificação.</li> <li>• Possui processo de educação continuada.</li> </ul>
Gestão de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não atende aos itens – reconhece.</li> </ul>
Análise crítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende 81% dos itens – alta maturidade – qualidade.</li> </ul>

## 5.2 Análise intercasos

Nos três casos estudados, as questões relacionadas à melhoria da qualidade das instituições ainda estão 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 3 apresenta uma visão geral dos resultados dos questionários aplicados nas três organizações e suas respectivas pontuações em cada seção.



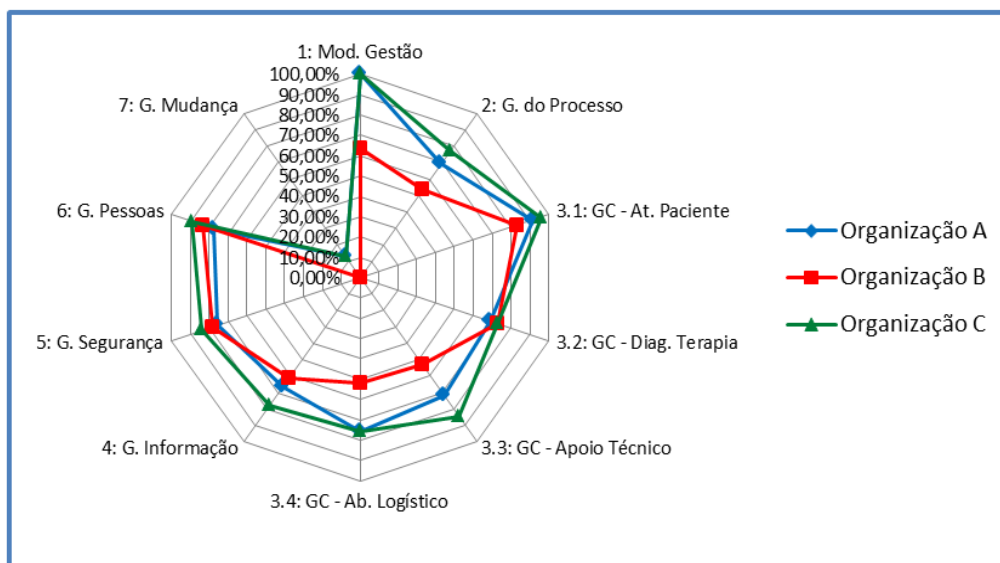


Figura 3 - Visão geral dos itens atendidos pelas organizações

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. Foi possível identificar que as três organizações consideram todas as seções apresentadas pela sistemática essenciais para o desenvolvimento das atividades. Mostra-se que a sistemática proposta 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.

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.

Em se tratando especificamente do Modelo de Gestão, pode-se considerar que as três organizações 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.

Na seção denominada gestão do processo, pode-se verificar que 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 análise da seção, gestão da clínica foi dividida em quatro subseções, envolvendo 111 itens a serem verificados nas organizações. Para facilitar a comparação dos dados, os mesmos foram tabulados paralelamente e apresentados na Figura 4.

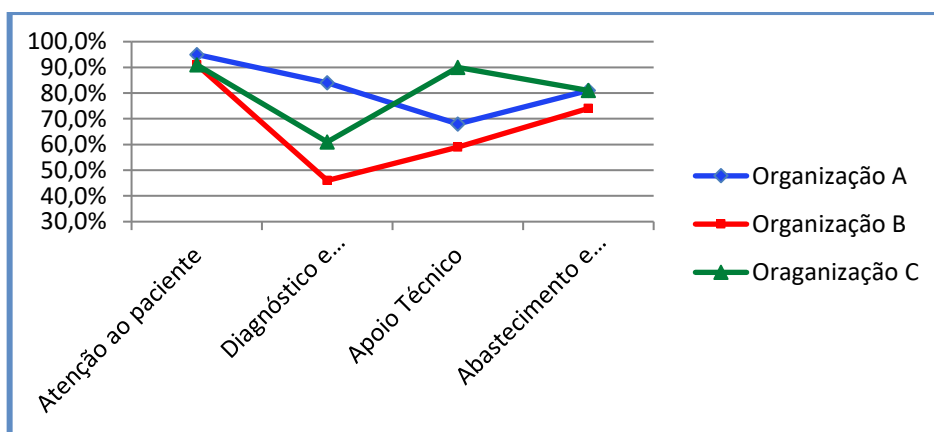


Figura 4 - Comparação dos dados na sessão gestão da clínica.

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. As três organizações demonstram essa preocupação direta com o paciente, buscando atender quase todos os requisitos estabelecidos na sessão de atenção ao paciente.

Na gestão da informação, 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.

Na seção de gestão da segurança, nos três casos estudados existem evidências de uma preocupação com as questões relacionadas à segurança. Porém, 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. Não foi encontrado nenhum plano de contingência e evacuação nas três unidades estudadas e também não existe um plano de trabalho que envolva a educação corporativa dos colaboradores em relação à segurança.

Em se tratando de gestão de pessoas, pode-se verificar que 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 às necessidades das pessoas. Também verifica a inexistência de um trabalho focado em 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.

Na seção de gestão de mudanças, nenhuma das três organizações estudadas desenvolve alguma atividade ou atende à totalidade dos itens de verificação estabelecidos para esta seção. 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

O presente trabalho permitiu concluir que os processos de gestão adotados pelas empresas estudadas não conseguem atingir a amplitude de responsabilidade e as estratégias necessárias que uma equipe de liderança bem desenvolvida pode gerar para a organização.

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. As análises sugerem que a sistemática proposta pode ser

utilizada pelas organizações de serviço de saúde como ferramenta para implantação dos requisitos de acreditação ou condução dos processos de melhoria da qualidade, visando preparar essas organizações para uma acreditação futura. A sistemática mostrou-se importante para colaborar na disseminação da cultura de qualidade e da segurança com uma adequada relação custo-benefício, fatores essenciais para o crescimento e desenvolvimento das organizações brasileiras.

A pesquisa de campo realizada nas três organizações sugere que a sistemática de acreditação proposta é viável de ser aplicada nas organizações que possuem as mesmas características dos hospitais estudados no presente trabalho, 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.

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 neste trabalho. 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 demonstram, efetivamente, os resultados reais da aplicação dessas ferramentas no ambiente hospitalar.

## 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.
- 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.
- COUTO R. C.; PEDROSA T. M. G. **Hospital Acreditação e Gestão em Saúde**. 2ª Edição. Editora Guanabara Koogan S.A. 2007.
- 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.
- 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.

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.

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.

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](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.**

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.

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 Outcome Measures in Health and Human Services**. Oxford University Press, USA, 2004.

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.

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.